- Responsivo ao nome, sacudir, estímulos dolorosos apropriados ou desapropriados.
- Avaliação ocular:
- pupilas fotorreagentes, isocóricas, anisocóricas, miose, midríase;
- ptose palpebral;
- movimento ocular para cima e para baixo, para esquerda e direita;
- habilidade em movimentar membros superiores e inferiores;
- força muscular;
- parestesias, plegias e paresias;
- dificuldade de engolir;
- desvio de rima;
- tremores;
- convulsões.
- Verificação dos sinais vitais:
- PA;
- pulso;
- respiração;
- Temperatura.

➢ **Avaliação Cardiorrespiratória** - Situação/Queixa, quando o paciente queixar-se de:

- Tosse produtiva ou não.
- Dificuldades de respirar / cianose.
- Resfriado recente.
- Dor torácica intensa.
- Fadiga.
- Edema de extremidades.
- Taquicardia.
- Síncope.
- Com histórias passadas de:
- asma / bronquite;
- alergias;
- enfisema;
- tuberculose;
- trauma de tórax;
- problemas cardíacos;
- antecedentes com problemas cardíacos;
- tabagismo;

Mnemônico que utilizaremos para avaliar a dor torácica – PQRST:

- P -> O que provocou a dor? O que piora ou melhora?
- Q -> Qual a qualidade da dor? Faça com que o paciente descreva a dor, isto é, em pontada, contínua, ao respirar.

- Ingestão de medicamentos (particularmente anti-inflamatórios e aspirina).
- Náuseas e vômitos.
- Ingestão de alimentos (colecistite, úlcera).
- Sangramentos.
- Disúria, urgência urinária, urina turva, hematúria e sensibilidade supra púbica.

Observar:
- Palidez.
- Cianose.
- Icterícia.
- Sinais de choque.
- Posição do paciente (ex.: na cólica renal o paciente se contorce).
- Distensão, movimento da parede abdominal, presença de ascites.

Apalpar levemente atentando para:
- Resistências.
- Massas.
- Flacidez.
- Cicatrizes.

Quanto aos sinais vitaisobservar:
- Hiperventilação.
- Taquicardia.
- PA.
- Temperatura.

Quantos aos procedimentos diagnósticos, realizar:
- Análise de urina.
- Eletrocardiograma (em pacientes com história de riscos cardíacos).

Encaminhamentos para Área Vermelha:
- Dor mais alteração hemodinâmica.
- PA menor que 90 ou maior que 180
- Frequência cardíaca maior que 120 e menor que 50 com PA maior ou igual a 180.
- Dor mais dispnéia intensa.
- Dispnéia intensa.
- Vômitos incoercíveis.
- Hematêmese.

➢ **Avaliação da Saude Mental** - Uma avaliação rápida da Saude

A – Airway (ar).
B – Breathing (respiração, boa ventilação).
C – Circulation (circulação).
D – Desfibrilation (desfibrilação).

A – Airway (ar)

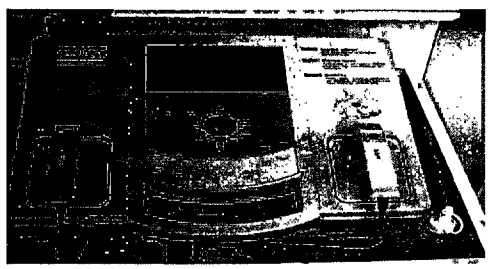
1. Alerta
Verificar nível de consciência
- Você está bem?
- Qual é o seu nome?

Responde / Não responde
Se não responde a comandos verbais:

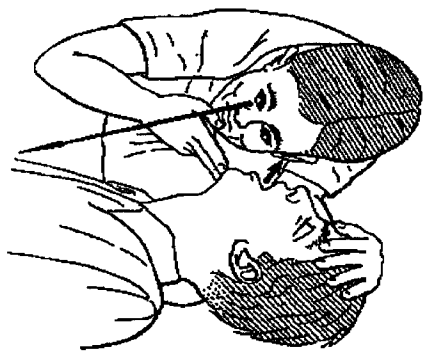
2. Ajuda
- Ligue, chame por socorro!
- Informe que está diante de uma pessoa inconsciente em provável PCR, os dados da pessoa e local onde você se encontra.
- Peça um desfribilador.

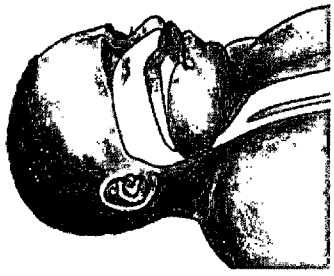
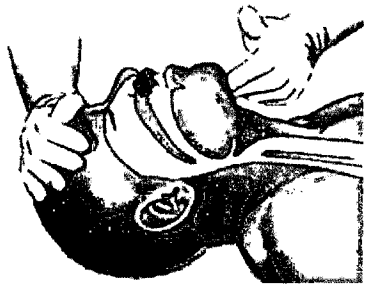
3. Abertura de vias aéreas superiores
- Manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo.
- Manobra de elevação do ângulo da mandíbula.
- Ver, ouvir e sentir.

Desfibrilador – Cardioversor



Ver a elevação do tórax
Ouvir o som do ar entrando e saindo
Sentir a entrada e saída do ar



B – Breathing (respiração, boa ventilação)

➢ Oferecer 2 insuflações, ventilações de resgate.

➢ Observar os movimentos respiratórios, expansibilidade torácica enquanto realiza a ventilação.

➢ A respiração de resgate deve ser feita a um ritmo de 10 a 12 insuflações por minuto.

➢ A indicação de ventilação adequada é dada quando:

- Observamos o tórax subindo e descendo;
- Ouvimos e sentimos o fluxo de ar durante a expiração.

Respiração de Resgate:

➢ Boca-a-boca;

➢ Boca-a-nariz;

➢ Boca-a-máscara;

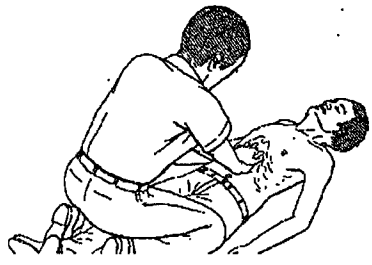
➢ Bolsa-válvula-máscara.

Compressões abdominais - Manobra de Heimlich

➢ Em situação de engasgamento:

- Adultos - compressões abdominais sem varredura digital às cegas.
- Fazer as manobras até conseguir ventilação.

Manobra de Heimlich



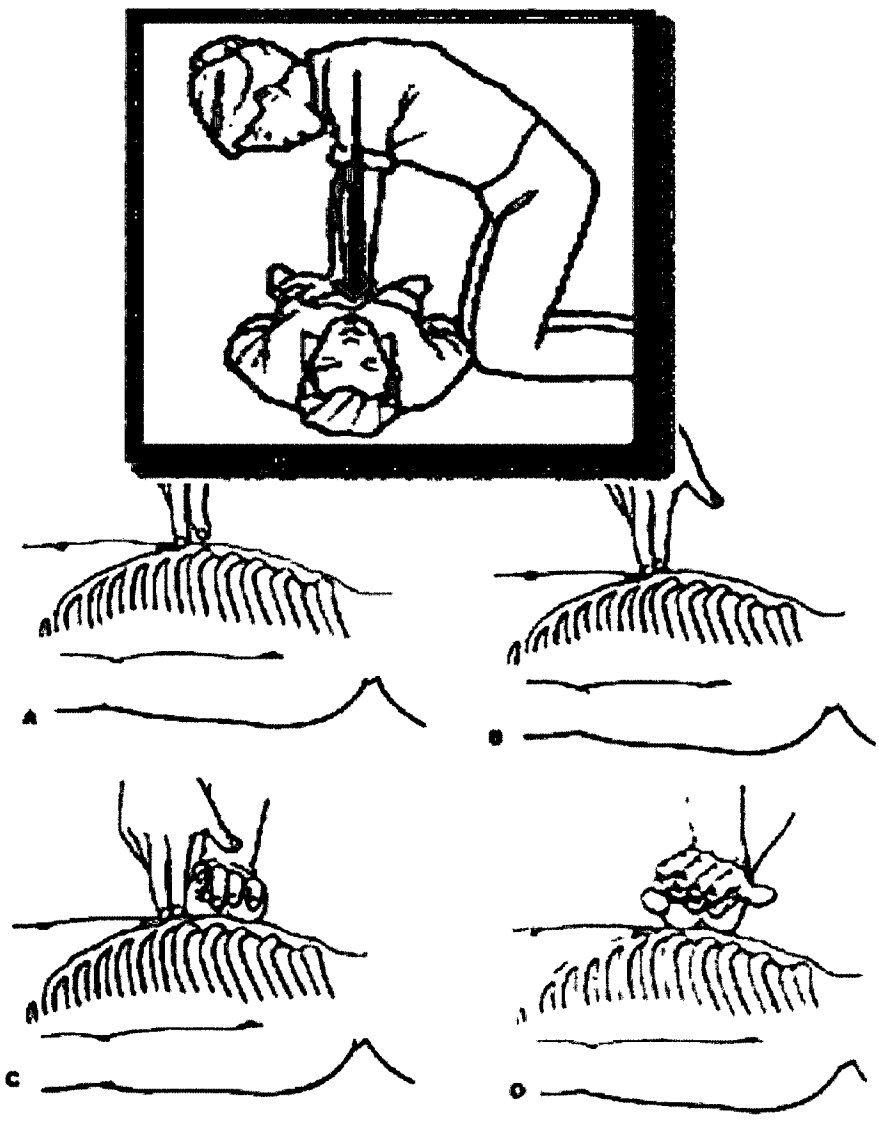
C – Circulation (circulação)

➢ Checar pulso - verificar pulso central (carotídeo/femural).

➢ Na ausência de pulso iniciar Massagem Cardíaca Externa (MCE), sincronizada com as ventilações, na proporção de 30:2.

Realizar compressões torácicas numa frequência de 80 a 100 por minuto.

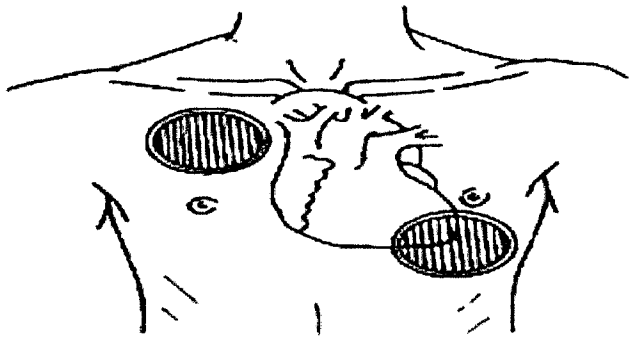
Local das Compressões Torácicas e Posicionamento do Socorrista



D – Desfibrilation (desfibrilação – desfribilador / cardioversor)

➢ Ao chegar o suporte com um monitor-desfibrilador, devem-se colocar os eletrodos do aparelho no paciente para verificar ritmo.

Posicionamento dos Eletrodos do Desfibrilador



PROTOCOLO APÓS ACIDENTE COM PERFURO CORTANTE

1. Mantenha a calma. Você tem cerca de duas horas para agir. Segundo o Ministério da Saude (BRASIL 1.996), as quimioprofilaxias contra HBV e HIV devem ser iniciadas até duas horas após o acidente. Em casos extremos, pode ser realizada até 24 a 36 horas depois. Após esse período de tempo, sua eficácia para o HIV é discutível. Nos acidentes de alto risco para HBV, a quimioprofilaxia pode ser iniciada até uma a duas semanas depois. Orisco de transmissão ocupacional do HIV para o trabalhador de saudeapós exposição percutânea é estimada em 0,3% e após exposição mucocutâneaem 0,09%. Para a hepatite B, o risco para o profissional dependeda situação do paciente fonte. (CDC/EUA, 2001b).

2. Lave exaustivamente com água e sabão o ferimento ou a pele exposta aosangue ou líquido orgânico. Lave as mucosas com soro fisiológico ou águaem abundância; não provoque maior sangramento do local ferido e nãoaumente a área lesada, a fim de minimizar a exposição ao material infectante.

O uso de anti-sépticos tópicos do tipo PVPI ou álcool 70% pode seradotado. Não é recomendada a utilização de agentes cáusticos ou injeçãode anti-sépticos.

3. Dirija-se imediatamente e comunique o superior imediato e a CCIH, e o serviço e acidentes ocupacionais com material biológico. Nesse local deverá ser comunicado o fato ao Técnico de Segurança do Trabalho,

preenchidoo inquérito de notificação e emitida a Comunicação de Acidentede Trabalho – CAT. O ideal é que o acidentado e as condições do acidentesejam avaliados por uma equipe multiprofissional.

Obs.: Dirija-se ao Serviçode Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). O atendimento é considerado uma urgência devido ao pouco tempo disponível para se iniciar a profilaxia com os medicamentos antiretrovirais (2 horasapós o acidente).

4. Obtenha do paciente-fonte uma anamnese recente e detalhada sobre seushábitos de vida, história de hemotransfusão, uso de drogas, vida sexual,uso de preservativos, passado em presídios ou manicômios, história de hepatite e DSTs e sorologias anteriores, para analisar a possibilidade desituá-lo numa possível janela imunológica.

5. Leve sua carteira de vacinação ou informe sobre seu estado vacinal e dadosrecentes de sua saude, sorologias anteriores, etc.

6. Deverá ser solicitada pelo médico a coleta de amostras de sangue seu edo paciente-fonte, em tubos de ensaio, sem anticoagulante, devidamenteidentificados, que serão encaminhados imediatamente ao laboratório do HDT para serem centrifugados.

Obs.: O paciente-fonte pode recusar-se a se submeter à realização da sorologia para HIV. Caso issoocorra, deve-se considerar o paciente como sendo soropositivo e com alto título viral.

7. Caso o quadro caracterize situação de risco, as quimioprofilaxias contra oHBV e o HIV serão iniciados.

8. O médico, se necessário, fará a solicitação para o paciente-fonte do anti-HIV (Elisa convencional, teste rápido), Anti-HCV e HbsAg (quando o profissional não foi imunizado para hepatite B).

9. Repetir-se-ão as sorologias seis semanas, três meses, seis meses e um anoapós o acidente ou a critério do médico.

10. O profissional acidentado, em uso de quimioprofilaxia antiretroviral, deverá retornar à consulta médica semanalmente, ou conforme protocolodo serviço, para acompanhamento clínico dos sinais de intolerância medicamentosa.

11. Se durante o acompanhamento ocorrer novo acidente com o funcionário, ele deverá submeter-se ao protocolo novamente sendo, desconsiderados todos os procedimentos já realizados.

12. Nos casos em que ocorrer a soroconversão para HIV ou hepatite o funcionárioserá encaminhado ao médico do trabalho para as orientações legaise a um centro de referência para o acompanhamento e tratamentonecessário.

ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES PERFURO-CORTANTE

1. Ao transferir instrumentos, evitar que estejam apontados para alguém.
2. Apontar os instrumentos para a direção contrária a que você está.
3. Evitar pegar instrumentos cortantes com as mãos, usar pinças, alicates ou porta-agulhas.
4. Evitar que agulhas fiquem fora dos limites da bandeja.
5. Manter as brocas inseridas nas peças de mão voltadas para o solo, evitando arranhões.
6. Não reencapar as agulhas com as mãos, se fizer isso use uma pinça ou alicate para a preensão da tampa, evitando que a agulha fique apontada para o dedo.
7. Descartar imediatamente agulhas e instrumentos afiados.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
PROCEDIMENTO: Assistência de Enfermagem a pacientes com Insuficiência Respiratória Aguda
DEFINIÇÃO : Síndrome caracterizada pelo aparecimento de disfunção súbita de qualquer setor do sistema fisiológico responsável pela troca gasosa entre o ambiente e a intimidade tissular.
OBJETIVO: O objetivo principal do tratamento é restaurar a oxigenação e a ventilação adequadas
RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO: Enfermeiro
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA: Mobilização das secreções: • Hidratação - manter a limpeza mucociliar normal. • Umidificação - fluidificar e mobilizar as secreções pulmonares. • Nebulização - melhorar a limpeza das secreções pulmonares. • Drenagem postural. - Promoção da expansibilidade torácica: • Mudança de decúbito - diminuir a dificuldade respiratória, facilitar a expansibilidade torácica e mobilização de secreções pulmonares.

• Suporte ventilatório adequado - promover recrutamento alveolar, facilitar a expansibilidade torácica.

- Manutenção e promoção da oxigenação:

• Oxigenoterapia - utilização de máscara facial.

• Mudança de decúbito - diminuir a dificuldade ventilatória/respiratória arterial.

Dispneia

Segundo a American Thoracic Society (1999), a dispneia pode ser definida como uma experiencia subjetiva do desconforto respiratorio que consiste em sensações distintas que variam na intensidade. Essa experiencia deriva da interacao entre múltiplos fatores fisiologicos, psicologicos, social e ambiental, podendo induzir respostas fisiologicas e comportamentais secundarias (BOOTH; MOOSAVI; HIGGINSON, 2008).

E um sintoma comum em pacientes com cancer, tanto de origem pulmonar como extrapulmonar, suaprevalencia aumenta com a progressao da doenca e e presente em 70% dos pacientes nas ultimas seis semanas devida (URONIS; ABERNETHY, 2008).

Nas doencas cardiopulmonares avancadas de todas as etiologias, a dispneia e o sintoma mais prevalente (AMERICAN THORACIC SOCIETY, 1999). A dispneia e um dos sintomas mais devastadorese angustiantes para o paciente e para quem o assiste, podendo ser um dos motivos que leva o paciente a sofrer dedistanasia, quando ele se submete a medidas desproporcionais, invasivas e agressivas, porem futeis.

Como Avaliar

Assim como a dor, nao temos meios objetivos para mensurar a dispneia, embora esteja frequentemente associada a taquipneia, batimento de asa do nariz (BAN) e uso de musculatura acessoria. Nem mesmo a hipoxemia,mensurada por meio de gasometria, tem uma relacao precisa com a dispneia. A melhor forma de avaliar a dispneiae por meio do relato do proprio paciente. Podemos utilizar as mesmas escalas (numerica, visual-analogica ou mesmo verbal) para medir a intensidade da dispneia cuja avaliacao, como em qualquer outro sintoma, deve seguir a sequencia: ouvir, perguntar e examinar.

Uma vez identificada a causa da dispneia, deve-se ponderar a possibilidade de um tratamento especifico. Se adispneia e decorrente de multiplas metastases pulmonares, talvez haja poucas possibilidades de um tratamento especifico, mas por outro lado, se ela e decorrente de um pneumotorax ou de um derrame pleural, pode ser tratada sem grandes dificuldades.

Como Controlar

Algumas medidas simples podem contribuir para o alivio da dispneia de forma significativa:

• Promover um ambiente tranquilo e bem arejado.

• Utilizar roupas leves que facilitam a movimentacao.

• Posicionar adequadamente o paciente, preferencialmente com decubito elevado.

• Fluxo de ar direcionado para o rosto do paciente – pode-se usar um pequeno ventilador.

• Embora com frequência e de forma empírica prescrita para os pacientes com dispneia, ainda nao há evidencias convincentes de que a oxigenioterapia suplementar seja realmente util no alivio deste sintoma em todos os pacientes. Os dados disponíveis mostram que a oxigenoterapia e util para o alivio da dispneia em pacientes com hipoxemia (BOOTH; MOOSAVI; HIGGINSON, 2008; URONIS;ABERNETHY, 2008; QASEEM et al., 2008).

Em caso de ansiedade, utilizar benzodiazepinico, sempre iniciando com doses baixas, como

lorazepam (1mg), clonazepam (0,5mg), diazepam (5mg).

Uso de Opioide para o Alívio da Dispneia

Os opioides sao muito uteis para o manejo sintomatico da dispneia, tanto para os pacientes em estagio avancado de cancer como para os sofrem de doenca pulmonar obstrutiva cronica (DPOC) ou de insuficiência cardiaca congestiva. O medo da depressão respiratoria (rara quando usado corretamente) nao deve ser uma barreira para o uso de opioide para aliviar a dispneia. Alias, os estudos mostram que os opioides são muito eficientes no alivio da dispneia, no entanto alteram muito pouco os parâmetros gasometricos quando utilizadoscom criterio e observacao clinica (CLEMENS; KLASCHIK, 2008).

A forma de usar opioides para a dispneia e muito semelhante do modo como os usamos para a dor (ver maisdetalhes acima). Para os pacientes "virgens de opioide", devemos comecar com doses baixas e para os pacientesque ja fazem uso de opioide, podemos aumentar cerca de 25% a dose atual. Alem da dose regular (de horario),tambem devemos providenciar a dose de resgate, da mesma forma que fazemos para a dor.

Sororoca (Death Rattle)

Quando o paciente esta nas ultimas horas da sua vida, geralmente, torna-se apatico, sonolento, torporoso efinalmente comatoso. Perde-se, entao, o reflexo de degluticao, acumulando a secrecao nas vias aereas superiores(VAS) que, em combinacao com os movimentos respiratorios, produz o som conhecido como "sororoca" (DOYLEet al., 2004).

Embora isso nao incomode o paciente, os familiares ficam apreensivos com o barulho. E importanteexplicar o que esta acontecendo e reforcar que o paciente nao esta sofrendo, mas, as vezes, os familiares não conseguem assimilar bem a situacao, sendo necessário intervir.

Como Controlar

• Elevar a cabeceira.

• Limpar a cavidade oral com uma gaze umida em agua bicarbonatada/ colutorio diluido ou inclinara cabeca de lado para drenar a secrecao. Em geral, evita-se aspirar o paciente, mas apresentandoabundante quantidade de escarro, as vezes com odor fetido, nao ha porque nao aspirar as viasaereas com todo o cuidado (lubrificar a sonda de aspiracao mais delicada no 10, sem usar muitapressao negativa).

• Butilescopolamina (20mg – 40mg) e furosemida (40mg – 60mg) SC/EV/inalada de 6h/6h.

• Colirio de atropina 0,05% a 1%: pingar quatro a duas gotas via sublingual de 8h/8h a 6h/6h.

• Diminuir ou mesmo suspender a hidratacao.

Soluço

Embora possa parecer uma situacao banal, o soluco (DOYLE et al., 2004), quando prolongado e nao controlado,pode tornar um sintoma extremamente desagradavel e estressante. Ha muitas situacoes que podem causar o soluco, desde disturbios metabólicos como uremia, irritacao direta do musculo diafragma, dos nervos vagoe frenico ate afecções do sistema nervoso central. A identificacao da sua causa pode permitir um tratamento especifico, entretanto nem sempre ela e aparente e muitas vezes nao há possibilidade de tratamento direcionado,como nos casos de tumor de sistema nervoso central de dificil acesso cirurgico, como no tronco cerebral.

Como Controlar

• O estimulo faringeo pode ser muito eficaz: segurar agua gelada na regiao posterior

da boca, colocar um cateter fino (de O2) na orofaringe ou provocar espirros, estimulando a

mucosa da narina comcotonete.

• Antiemeticos como:

• Domperidona 10mg a 20mg tres vezes ao dia.

• Metoclopramida 10mg a 20mg tres vezes ao dia.

• Baclofeno 5mg a 10mg duas vezes ao dia.

• Nifedipina 10mg a 20mg duas vezes ao dia.

• Valproato de sodio 250mg duas a tres vezes ao dia, em caso de soluco de origem central.

• Clorpromazina 10mg a 25mg duas a tres vezes ao dia, em caso de falencia de outrasmedidas.

Fadiga e Astenia

E uma queixa frequente em pacientes com doenca avancada, mas antes de atribuir a astenia ou a fadiga adoenca de base, devemos nos atentar para possiveis causas tratáveis como anemia, infeccao, insonia, depressao,hipotireoidismo, hipocalemia, hiponatremia, hipercalcemia etc. (DOYLE et al., 2004; YENNURAJALINGAM; BRUERA,2007).

Como Controlar

Medidas gerais (mais importantes que a medicamentosa):

• Evitar atividades que demandam gasto energetico consideravel ou desnecessario.

• Oferecer alimentos de consistencia pastosa ou macia, para nao exigir mais esforço do paciente,porem alguns nao toleram esse tipo de consistencia, devendo-se, entao, adequar a dieta de acordo com a sua aceitacao.

• Rever medicacoes que poderiam contribuir com a fadiga. Por exemplo: sedativos, diureticos e opioides.

• Avaliar o aporte calorico-nutricional. O ato de comer, independente do resultado biologico, pode ter efeito "placebo" muito positivo na astenia.

• Adaptar as atividades, de acordo com o padrao da fadiga, ao longo do dia.

Abordagem medicamentosa possivel:

• Prednisona 5mg a 40mg/dia ou outro corticoide na dose equivalente. O efeito dura cerca de 2 a 4 semanas.

• Metilfenidato: e um psicoestimulante bastante eficaz no tratamento da astenia induzida por

opioides, mas pode ser tentado nas outras situacoes de astenia. Iniciar 5mg a 10mg duas vezes ao dia (ao acordar e ao inicio da tarde). O seu efeito e notavel em 1 a 2 dias ou ate no mesmo dia da introducao do medicamento.

Obstrução Intestinal Maligna

Ocorre com frequencia em pacientes com cancer abdominal e pelvico avancado, em especial de origem intestinal e ginecologica. Quando uma intervencao cirurgica nao e viavel, uma abordagem farmacologica pode oferecer um bom controle sintomatico e nao e raro os pacientes sobreviverem longos periodos (semanas ou atemeses), pois a obstrução geralmente nao e completa (suboclusao). Desde que tolerado, os pacientes podem ingerir pequenas quantidades de alimentos e liquidos.

E fundamental afastar outras causas que possam simular o quadro,

em especial, constipacao secundaria a drogas (principalmente opioides) ou disturbios hidroeletrolíticos (p. ex.: hipercalcemia). Lembrar que o quadro de obstrucao intestinal pode ser umacondicao passivel deabordagem cirurgica (DOYLE et al., 2004; MERCADANTE, 2004; LAVAL et al., 2006).

Como Controlar

Em caso de obstrucao intestinal sem indicacao de cirurgia:

• **Antissecretor**: escopolamina SC, na dose de 10mg a 30mg – tres a quatro vezes ao dia.

Antieméticos:

• Haloperidol SC, 2,5mg a 5mg – duas a tres vezes ao dia.

• Levomepromazina SC, 6,25mg a 25mg – uma a duas vezes ao dia.

• Metoclopramida SC, 10mg a 30mg – tres a quatro vezes ao dia. E utilizada nos casos de suboclusao.

A dose maxima pode chegar a 2 mg/kg/dia. Como se trata de um pro-cinetico, pode agravar colicas,devendo ser suspensa.

• Ondansetrona SC, 8mg a 24mg ao dia – uma a tres vezes.

• Dexametasona 8mg a 16mg de SC dividida em duas a quatro vezes ao dia. Alem do seu efeito antiemetico, e um anti-inflamatorio potente e reduz, mesmo que temporariamente, o efeito demassa tumoral e edema da parede intestinal.

• Octreotide 100mg – 200mg de SC 8h/8h. E uma droga que antagoniza a acao do peptidio intestinalvasomotor (VIP) e diminui drasticamente a secrecao intestinal e aumenta a reabsorcao, diminuindoa pressao intraluminal e da parede intestinal. E droga de grande valor no manejo de obstrução intestinal maligna e, se disponivel, deve ser introduzida precocemente. Uma das barreiras para seuuso e o custo elevado.

Obs.: Considerar gastrostomia ou jejunostomia (drenar conteudo gastrico ou intestinal), caso o estado geraldo paciente permita e que o tempo de sobrevida seja razoavel para se beneficiar do procedimento.

Vias Alternativas de Medicamentos

Na assistencia domiciliar, nem sempre se tem acesso imediato a insumos de uso comum hospitalar. Pode-seusar vias alternativas de administracao de medicamentos para o controle de sintomas no final da vida,principalmente quando as doses de medicamentos nao sao altas, com poucas drogas em uso.

Para um cuidador leigo, essas vias podem facilitar o tratamento de uma intercorrência pontual e intensa de sofrimento, como e ocaso de crise de dispneia, convulsao ou *delirium*, ate conseguir ajuda da equipe de AD ou do Samu. Isso pode evitar uma internação desnecessaria.

Outra situacao e quando uma via classica de administracao de medicamento esta inviavel ou "saturada"(via enteral ou subcutanea),

necessitando de adaptacoes para garantia de medicamentos, como nos casos de pacientes em anasarca ou inumeras lesões cutaneas.

Abaixo, estao alguns exemplos de medicamentos de administracao via retal e sublingual (HOSPITAL..., 2009;SMITH, 2001; TWYCROSS; WILCOCK, 2007).Em geral, as doses dos comprimidos e solucoes orais sao identicas quando se altera a aplicacao para essas vias.

Para as aplicacoes sublingual e bucal, as solucoes mais concentradas sao preferidas. O volume ideal deabsorcao seria 0,5mL – se a dose for maior, deve-se repeti-la com mais frequencia. O gosto desagradavel de certassolucoes pode ser aliviado com gotas de flavorizantes, groselha, mel ou melado.Para a via retal, os comprimidos de acao rápida podem ser macerados em glicerina liquida, agua destilada/soroou gel de lubrificação intima; o volume total nao deve passar de 5mL a 10mL. Deve-se retirar fezes impactadas volumosas ou pastosas da ampola retal, pois o medicamento deve ficar em contato direto com a mucosa.

O tempode absorcao por essa via varia de minutos a duas horas para solucoes e comprimidos de acao rapida, a dependerdas caracteristicas do farmaco. E claro que esta via esta contraindicada para pacientes com lesoes anogenitaisou diarreia. A aplicacao pode ser feita, apos lubrificacao adequada do material, com seringa pequena de 3mL oumL, introduzindo-se a ponta pelo menos ate 5cm dentro do canal anal, ou pode se usar uma sonda uretral ou deLevine encurtada (cortada), com *flush* de ar posteriormente para empurrar todo o medicamento na luz intestinal.

Alem de 5cm a 9cm, pode ocorrer absorcao pelo sistema venoso mesenterico e consequente metabolização hepatica antes da acao sistemica, o que pode diminuir o efeito de varios medicamentos por essa via.

Infecção Urinaria:

• febre, sem cateter urinario, mais: um ou mais dos seguintes sinais/sintomas:

instalacao de novoepisodio/piora de urgencia miccional, polaciuria (ou nocturia ou nicturia), piuria (ou leucocituria),hematuria macroscopica, dor em baixo ventre, lombalgia, sinal de Giordano, incontinencia urinariarecem-instalada;

• febre, com sonda vesical de demora, mais: lombalgia/Giordano de inicio recente e calafrio sem outracausa ou delirium de inicio recente.

Infeccao Respiratoria:

• febre alta, maior que 38.5°C, mais: frequencia respiratoria maior que 25 mov./min ou tosse produtiva;

• febre menor ou igual a 38.5°C, mais: tosse mais um dos seguintes sintomas:

taquicardia maior que100 b.p.m., *delirium*, calafrios, frequencia

respiratoria maior que 25 mov./min;

• com DPOC, afebril: tosse piorada ou de inicio recente e escarro purulento;

• sem DPOC, afebril: tosse de inicio recente com escarro purulento mais um dos seguintes sintomas: frequencia respiratoria maior que 25 mov./min ou *delirium*.

Indicacao de encaminhamento ao setor de emergencia/hospitalizacao:

Instabilidade hemodinamica; falta de ar, dor, desidratacao grave nao controlada no domicilio; crise convulsiva (na hipotese de infeccao de SNC);necessidade de exames diagnosticos, terapeutica e monitorizacao mais intensivas; falta de retaguarda decuidados no domicilio.

Obs.: Para pacientes em cuidados paliativos, em especial nos ultimos dias/horas de vida, devera ser acordadopreviamente se vale a pena tratar infeccao (obstinação terapeutica). Por outro lado, a manutencao de antibióticos pouco agressivos ao paciente, via sonda enteral (ja instalada previamente a fase final) ou de aplicacao topica, pode aliviar secrecoes purulentas respiratorias, feridas tumorais com odor fetido, trazendo dignidade ao cuidado no final da vida.

Crise Convulsiva

E a forma mais frequente da manifestacao epileptica, resultante de uma atividade eletrica anormal das células cerebrais. Tem inicio e fim bruscos (paroxisticos), com duracao de segundos a minutos, e repetitivo. Quase nunca e de longa duracao – neste caso, pensar em outros diagnosticos (crise histerica, tetano, intoxicações medicamentosas ou acidentes com animais peconhentos, como escorpionismo grave, por exemplo) (CARDSOS,1993; MARTINS, 2012).

A crise convulsiva isolada nao caracteriza epilepsia e pode ser manifestacao aguda, entre outras, de condicoes fisico-estruturais do sistema nervoso central, de causas metabolicas ou externas como evidencia o quadro a seguir.

Quadro 4 – Causas de crise compulsiva

Estruturais do SNC	Isquemia, infecções do SNC ou sistêmicas, tumores, eclâmpsia, doenças cerebrovasculares, epilepsia, doenças degenerativas cerebrais (demências e outras).
Causas externas	Intoxicação exógena por cocaína, anfetaminas, antidepressivos, salicilatos, pesticidas, hidrocarbonetos, metais, cânfora, abstinência de medicamentos/drogas, picada de escorpião, antibióticos (quinolonas e betalactâmicos).
Metabólicas	Hipo e hipernatremia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipo e hiperglicemia, febre, hipóxia, insuficiência hepática, uremia, insuficiência adrenal, eclâmpsia, hipertireoidismo, abstinência e etilismo.

Fonte: SAS/MS.

E muito importante fazer essa diferenciacao, pois uma vez controlada a condição patologica subjacente, acrise convulsiva tende a encerrar-se e nao recorrer.

Por outro lado, se o paciente e sabidamente epileptico (ou ainda nao tem o diagnostico fechado, mas harelatos de crises repetidas do mesmo padrao), a abordagem sera diferente.

Indicacao de hospitalizacao/encaminhamento para a urgencia:

• Se as medidas acima nao puderem ser realizadas por qualquer motivo, ou se realizadas e ineficazes,acionar o plantao do Samu imediatamente.

• Se as crises estiverem repetidas, convem avaliacao com propedeutica especifica para ajuste de dosesdos antiepilepticos.

• Se houver sinais de traumatismo cranioencefalico (TCE) ou infeccao de sistema nervoso central ou sinal neurologico localizatorio.

• Se permanecerem alteracoes ao exame neurologico, torpor, cianose e hipoventilacao, ou estado demal epileptico (cinco minutos de crise ou duas crises seguidas sem recuperacao do estado mental entre crises).

Dor Abdominal

Existe uma grande variedade de causas, que vao desde situacoes mais simples como constipacao ate situações de abdome agudo, com ulcera peptica perfurada. A dor pode ser aguda ou cronica. Neste topico, daremos ênfase a dor aguda que se caracteriza por apresentar inicio recente e de forte intensidade.

Quadro 9 – Principais mecanismos de dor abdominal e condição patológica

Principais mecanismos de dor abdominal	Condição patológica
Obstrução	Obstrução total ou parcial de estômago, intestinos, trato biliar e trato urinário.
Irritação peritoneal	Infecção, irritação química, processo inflamatório sistêmico.
Insuficiência vascular	Embolização, oclusão arterial, hipotensão, dissecção de aneurisma de aorta.
Ulceração de mucosa	Úlcera péptica, câncer gástrico.
Alteração de motilidade	Gastroenterocolite aguda, diabetes mellitus tipo II, Síndrome do Intestino Irritável, diverticulose.
Distúrbios metabólicos	Cetoacidose diabética, porfiria, envenenamento por chumbo.
Lesão nervosa	Herpes zoster, compressão de raiz, cicatriz cirúrgica.

Conclusão

Principais mecanismos de dor abdominal	Condição patológica
Lesão da parede abdominal	Trauma, miosite, hematoma.
Dor referida	Pneumonia, infarto do miocárdio ou pulmonar.
Causas psicogênicas	Ansiedade, depressão, neuroses.

Fonte: SAS/MS.

Quadro 10 – Causas comuns de dor abdominal segundo a localização

Causas comuns de dor abdominal segundo a localização	
Quadrante superior direito	Doenças do trato biliar, hepatite, hepatomegalia.
Quadrante superior esquerdo	IAM, pneumonia, anemia falciforme, linfoma, esplenomegalia, gastrite.
Quadrante inferior direito	Apendicite, doença de Crohn, causas ginecológicas (ruptura de cisto ovariano, gestação ectópica, DIP), causas renais (litíase, pielonefrite).
Quadrante inferior esquerdo	Diverticulite, obstrução intestinal, colite, sacroileíte, causas ginecológicas (ruptura de cisto ovariano, gestação ectópica, DIP), causas renais (litíase, pielonefrite).
Mesoepigástrica	Dispepsia, DRGE, pancreatite, DUP, apendicite inicial.
Suprapúbica	Cistite, prostatite, retenção urinária, causas ginecológicas.
Difusa ou generalizada	Lesão de parede abdominal, doença celíaca, constipação, diarreia, SII, gastroenterocolite aguda, linfadenite mesentérica, cólon perfurado, ruptura de aneurisma aórtico abdominal, trauma.

Fonte: SAS/MS.

Anamnese: e fundamental na historia a caracterizacao da dor abdominal para auxilio no diagnostico e nomanejo adequado. Logo, e importante verificar o inicio (subito ou insidioso), o carater (em colica, queimacao,facada, pontada), intensidade, frequencia, localizacao, irradiacao, fatores que pioram e que aliviam.

Importante tambem questionar sobre outros sinais ou sintomas associados para auxilio no diagnostico. Atencao redobrada nos pacientes idosos que podem modificar a apresentacao e a percepção da dor.

Nestes casos, atentar para patologias potencialmente fatais como a diverticulite, a isquemia mesenterica e o aneurismade aorta abdominal.

Exame físico: durante a avaliacao no domicilio, mais do que nunca, faz-se necessaria a realizacao de um bome minucioso exame fisico, utilizando-

se da semiologia para chegarmos a um diagnostico com maiores chances de acerto.

Identificar situacoes de gravidade com agilidade e com o devido encaminhamento.

Sinais de Alarme:
1. Dor que muda de localização.
2. Dor que desperta do sono.
3. Dor que persiste por mais de 6 horas ou piora.
4. Dor seguida de vômitos.
5. Perda de peso.

Quando encaminhar para urgência/hospital:

• Pacientes com quadro de dor abdominal aguda que necessitem de elucidação diagnostica por exames complementares nao oferecidos no domicilio ou para uma segunda opiniao especializada.

• Casos de dor abdominal aguda emergencial que possam requerer cirurgia (apendicite, obstrução intestinal, gravidez ectopica).

Administração Errada de Medicamentos

Em toda internacao, inclusive a domiciliar, existe o risco da falha humana. Um erro frequente e a administração inadequada em dose, horario, via ou especie de medicacoes.

Dependendo do tamanho do erro, as consequências podem ser graves.

Portanto, a equipe deve estar preparada para orientar as familias quanto as medidas que devem ser tomada sem situacoes de erros na administracao de medicamentos, com possibilidade de intoxicação medicamentosa.

Antes de tudo, devem ser consideradas as seguintes questões:

• Qual a medicação dada por engano? Por qual via?

• Em que dose?

• Ha quanto tempo?

• Já era usuário previo?

• Como o paciente esta nesse momento?

Foi feita tentativa de retirada da droga (indução de vomito)?

• Tomou, ou foi administrada outra medicacao ou alimento concomitante?

Todas essas perguntas sao essenciais e norteadoras da conduta a ser tomada. O medico da Emad ou oregulador do Samu deve ser informado imediatamente, para ponderar sobre a farmacologia do medicamento emquestao (absorcao, pico de acao, excrecao, toxicidade, feitos colaterais e

interacoes medicamentosas) e indicarou realizar o procedimento necessario.

O matriciamento de um farmaceutico e muito util nesses casos. Em todosos estados do Brasil, ha centros de informacao toxicologica gratuitos por telefone, que funcionam 24 horas.

Em linhas gerais, pode-se orientar o seguinte:

• Se relacionada a medicacao usual, em dose usual ou terapeutica, mas em horário equivocado:suspender a proxima dose e observar.

• Se for medicacao nao usual, em dose terapeutica: avaliar junto ao medico e/ou farmaceutico apossibilidade de interacao medicamentosa com os demais medicamentos em uso. Habitualmentenenhuma medida e necessaria.

• Se for medicacao usual ou nao em dose alta: sugere-se transferencia do paciente para unidade de urgencia, para avaliacao das medidas cabiveis (esvaziamento gastrico, dependendo do tempo de ingestao, ou administracao de carvao ativado ou antidotos).

• Se dose alta ou terapeutica, de medicacao usual ou nao, ja transcorrido **o pico de ação** da

droga e sem efeitos clínicos: analise do potencial de toxicidade da medicacao pelo medico e/oufarmaceutico. Geralmente orienta-se observacao apenas, pela Emad no domicilio ou na unidade de urgencia. Intervir caso desenvolva sinais ou sintomas tardios.

Observações importantes:

• A presenca de alimentos no estomago pode retardar a absorcao de alguns medicamentos, e outros,potencializar – conhecer a farmacocinetica basica da droga pode ajudar na conduta terapeutica nos casos de intoxicacao.

• Medicacoes com maior toxicidade: os que atuam no sistema cardio circulatorio, no sistema nervoso,como e o caso de alguns analgesicos.

• De qualquer maneira, a melhor orientacao em cada caso sera dada pelo centro de informações toxicologicas de referencia. Nunca deixar de ligar !

• E muito importante a visita de urgencia nesses casos, para avaliacao medica do paciente: se a Emadnao tiver condicoes de ir, deve-se comunicar ao Samu.

Alguns sinais de alerta, que indicam necessidade de encaminhamento para a Urgência:

- Agitação ou alucinações.
- Bradicardia ou taquicardia.
- Hipo ou hipertensão.
- Convulsões.
- Cianose e/ou dificuldade respiratória.
- Tremores ou fasciculações musculares.
- Torpor ou coma.
- Alterações oculares (midríase, miose, nistagmo).
- Hipo ou hipertermia.
- Queimaduras de pele ou mucosas.
- Enrijecimento articular e dificuldade de fala.
- Vômitos incoercíveis.

Dor Torácica

Muitos pacientes em acompanhamento domiciliar apresentam uma variedade de quadros de dor, e, quando reportada ao torax, deve ser muito bem avaliada devido ao risco de significar eventos agudos com risco de morte em pacientes que nao se encontram em processo de morte.

A dor como quinto sinal vital deve ser bem tratada e sempre valorizada. Orientar que, diante de uma dor toracica, sempre entrar em contato no momento em que a dor ocorrer.

Conceitos e classificacao da dor toracica: a dor toracica e uma queixa frequente e pode ser decorrente de uma variedade de causas. E importante tentar reconhecer as causas que oferecem risco de morte ao doente,principalmente as sindromes coronarianas agudas (SCA) e a disseccao de aorta.

Quadro 12 – Classificação da dor torácica

Definitivamente anginosa	Desconforto retroesternal precipitado pelo esforço, com irradiação para o ombro, mandíbula ou face interna do braço, aliviada pelo repouso.
Provavelmente anginosa	Dor torácica com grande possibilidade de ser sintoma de insuficiência coronariana aguda, porém necessita de exames complementares para excluí-la.
Definitivamente não anginosa	Dor torácica não relacionada ao esforço, com aspectos que excluem a origem cardíaca.

Fonte: SAS/MS.

Na presenca de outros sintomas e fatores de risco para doenca coronariana, devem ser investigados:

- Lesoes ateroscleroticas em outras areas (AVC previo ou claudicacao intermitente).
- Doencas associadas, uso previo de medicacoes antianginosas, contraindicacoes ao uso de anticoagulantes ou de trombolíticos.

Uma dor toracica mais intensa com duracao acima de 20 minutos, acompanhada de dispneia, sudorese,palidez cutanea e nauseas, frequentemente representa infarto agudo do miocardio.

E importante saber que a melhora da dor com o repouso ou com o nitrato nao deve nos conduzir apenas ao diagnostico de angina cardiaca, pois outras dores toracicas podem melhorar com o uso do nitrato e, neste caso,um eletrocardiograma deve ser realizado.

Quadro 13 – Principais causas de dor torácica

Dor na parede do tórax	Lesões nas costelas (herpes zoster), costocondrite (Síndrome de Tietze), fibromialgia, dores musculares inespecíficas.
Causas pulmonares	Pneumonia, câncer de pulmão, derrame pleural infeccioso ou neoplásico.
Causas psiquiátricas	Transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada, depressão, transtornos somatoformes.
Causas gastroesofágicas	Refluxo gastroesofágico, espasmos esofágicos, úlcera péptica/gastrite.

Fonte: SAS/MS.

Indicações de hospitalização ou de remoção para urgências:

Sera de acordo com a historia clinica colhida e o exame medico efetuado e se houver

suspeita de uma dascausas a seguir:

Causas cardiacas:

- Sindromes coronarianas agudas.
- Pericardite.
- Disseccao de aorta.
- Estenose aortica.
- Cardiomiopatia hipertrofica.
- Causas pulmonares:
- Pneumotorax.
- Embolia pulmonar.
- Hipertensao pulmonar.
- Pancreatite.
- Colecistite.

Quando o Falecimento Ocorrer no PS

Se o falecimento do paciente ocorrer no PS, onde o paciente ja fora atendido, mesmo que a

entrada tenha se dado pela emergencia. Nocaso de permanencia da duvida do óbito , o corpo deve ser encaminhado para o SVO, ou ao Instituto Medico Legal (IML)para causas nao naturais.

Para o correto preenchimento da declaração de óbito:

- E recomendavel a consulta ao manual do CFM atualizado.
- E necessario atentar-se para os dados pessoais do paciente mediante consulta a documentação de identificacao.
- E importante lembrar-se de que para o sepultamento ocorrer antes

das 24 horas, esta autorização devera ser anotada pelo medico na DO (alguns municipios no Brasil permitem que isso ocorra com anuencia do medico atestante).

Prescrição de Fórmulas Nutricionais para Cuidados em Terapia Nutricional

Após a definição da via de acesso para alimentação e da estimativa das necessidades nutricionais, deve-se estabelecer quais características físico-químicas da fórmula nutricional serão selecionadas. Além disso, é necessário conhecer a quantidade e a qualidade dos macro e micronutrientes, a densidade energética, a relação das calorias não proteicas por grama de nitrogênio, o grau de hidrólise dos nutrientes, a osmolaridade/osmolalidade, a presença ou não de fibras e o volume da fórmula para

preencher as recomendações individuais (ZADÁK, 2009; KENT-SMITH, 2009; SCHIEFERDECKER et al., 2013a).

Para a escolha da fórmula nutricional, também se deve avaliar:

• Estabilidade hemodinâmica e condição clínica do indivíduo;

• Necessidade de restrição de algum nutriente dada à fisiopatologia da enfermidade;

•Insuficiência pancreática, renal, hepática, entre outras;

•Limitações digestivas e absortivas que podem levar à necessidade de restrição ou substituição de fontes de nutrientes, por exemplo, nas ressecções intestinais, gastrectomias, fístulas, doenças disabsortivas, com diarreia e esteatorreia.

Geralmente os indivíduos que apresentam indicação da Terapia Nutricional Enteral (TNE) são desnutridos ou em risco nutricional, com doenças que resultam na impossibilidade de mastigação e deglutição e/ou doenças neurológicas em estágios avançados (FOOG, 2006; VAN AANHOLT et al., 2011).

Frequentemente, nestas situa- ções clínicas, os indivíduos não apresentam necessidade de internação hospitalar, pois são aptos para receberem atenção à saúde no âmbito da AB Na indicação das fórmulas nutricionais também se deve considerar que o indivíduo é um ser social e a alimentação em nossa cultura é defi nida como parte deste ato. Nesse sentido, o alimento deve ser visto não apenas como simples soma de nutrientes, mas como elementos com signifi cado (MONTANARI, 2009; POLLAN, 2008).

Categorias de Fórmulas nutricionais

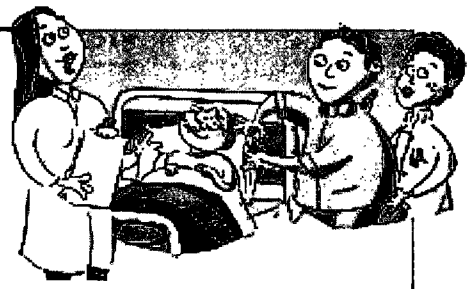
Existem diferentes categorias de fórmulas nutricionais disponíveis para a utilização de

indivíduos com necessidades alimentares especiais. Basicamente,

elas diferem entre si por serem produzidas com alimentos (artesanal) ou serem industrializadas, à base de nutrientes isolados, fabricadas pela indústria (poliméricas, oligoméricas e elementares e contendo componentes específi cos, como imunomoduladores) e mistas (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2000; CUNHA et al., 2007; ZADÁK, 2009; KENTSMITH, 2009; SCHIEFERDECKER et al., 2013b).

A prescrição de fórmulas nutricionais industrializadas não deve ser baseada somente

na indicação da doença específica que consta no rótulo do produto. É necessário analisar sua composição nutricional a fim de verificar sua adequação ao estado clínico e nutricional do indivíduo. O Box a seguir revela uma "situação analisadora" fi ctícia dessa situação.



Maria que era previamente hipertensa e diabética, apresentou descompensação dessas co-morbidades durante a internação e foi acompanhada por equipe multiprofissional do hospital (médico, enfermeiro, fonoaudióloga, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico e assistente social).

A TN foi iniciada via sonda nasogástrica e sendo infundida fórmula industrializada específica para controle glicêmico, com baixo teor de sódio, adequada as necessidades nutricionais da Maria. Como o prognóstico de retorno à alimentação oral foi descartado nos três meses que sucederam, foi realizada uma gastrostomia para infusão da fórmula nutricional.

Durante a internação hospitalar, Maria apresentou estabilização da glicemia e da pressão arterial. O nutricionista responsável pelo cuidado no hospital indicou manutenção da TN com fórmula industrializada especializada utilizada durante a internação. Já no domicílio, o Nutricionista da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de referência do território avaliou Maria. Tendo em vista a estabilidade clínica, da glicemia, da pressão arterial e estado nutricional normal (eutrófica), o nutricionista do NASF refez os cálculos das necessidades nutricionais e prescreveu fórmula padrão com fibras disponível no serviço público de saúde, intercalando com fórmula artesanal padronizada pelo município. Durante o acompanhamento, o nutricionista observará a tolerância clínica e nutricional de Maria quanto à dieta prescrita, de forma a realizar progressivamente a transição da fórmula industrializada para a fórmula com alimentos. Para melhor compreensão as composições das fórmulas estão apresentadas no **Quadro 2.**

Quadro 2 – Composição Nutricional das Fórmulas Industrializadas Especializada e Padrão com Fibras

Composição	Especializada para controle glicêmico	Padrão com fibras
	Polimérica normocalórica	Polimérica normocalórica
Apresentação	Líquido	Líquido
Valor calórico (Kcal/100 mL)	100	120
Proteína (%)	17	15
Carboidrato (%)	33	55
Lipídio (%)	50	30
Fibras (g)	1,4	2

Fonte: (SCHIEFERDECKER et al., 2013b, adaptado)

As fórmulas nutricionais podem ser administradas de forma

exclusiva ou complementar na alimentação de indivíduos com capacidade limitada de ingerir, digerir, absorver ou metabolizar alimentos preparados convencionalmente ou de indivíduos que possuem necessidades nutricionais específicas determinadas por sua condição clínica. De modo geral, as fórmulas nutricionais oferecem quantidades adequadas de micronutrientes, quando os volumes consumidos são capazes de atender à necessidade nutricional de acordo com as recomendações nutricionais do IOM ou da OMS para a idade e sexo ou de acordo com protocolos clínicos de recomendações nutricionais (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000; ZADÁK, 2009; KENT-SMITH, 2009; SCHIEFERDECKER et al., 2013b).

São consideradas fórmulas nutricionais hipocalóricas aquelas com 0,6 a 0,8 Kcal/ml,

normocalóricas com 0,9 a 1,2 kcal/ml e hipercalóricas as fórmulas nutricionais com 1,3 a 1,5 Kcal/ml (BAXTER, 1997). Tanto as fórmulas nutricionais com alimentos quanto as industrializadas estão sujeitas à contaminação microbiológica quando manipuladas

incorretamente (ANDERSON et al., 1984; PATCHELL et al., 1994; KLEK et al., 2011).

Fórmula Padrão para Nutrição Enteral

São fórmulas para nutrição enteral que atendem aos requisitos de composição para macro e micronutrientes estabelecidos com base nas recomendações para população.

Podem ser apresentadas na forma líquida ou em pó, em sistema aberto ou fechado e

destinadas para adultos e crianças (BANKHEAD et al., 2009; SCHIEFERDECKER et al., 2013b).

As fórmulas nutricionais padrão são as mais utilizadas por indivíduos que necessitam

de suplementação nutricional via oral ou nutrição por sonda/ostomias. Sua composição de nutrientes é recomendada para indivíduos clinicamente estáveis e com função do sistema digestório pouco alterada ou inalterada. Possuem proteínas intactas na sua composição e contêm quantidades equilibradas de macronutrientes. Podem atender às exigências nutricionais com menor custo, quando comparadas às fórmulas nutricionais especializadas (SILK, 1999; ZADÁK, 2009; KENT-SMITH, 2009; SCHIEFERDECKER et al., 2013b).

Módulos Nutricionais

São módulos para nutrição enteral compostos por um dos principais grupos de nutrientes: carboidratos, lipí- dios, proteínas, fibras alimentares ou micronutrientes (vitaminas e minerais) e são recomendados para a suplementação da alimentação via oral e enteral ou na elaboração de fórmula

nutricional enteral (BAXTER; WAITZBERG, 2006).

Nesse grupo ainda existem os flavorizantes e os espessantes.

Fórmulas Nutricionais com Alimentos (Fórmulas Artesanais)

São fórmulas nutricionais preparadas com alimentos (cereais, leguminosas, carnes, vegetais, frutas, laticínios, ovos, açúcares e óleos) e necessitam de uma adequada combinação de alimentos para que seja completa e equilibrada nutricionalmente (CUNHA et al., 2007; DREYER et al., 2011).

São preparações usadas em situações em que o sistema digestório encontra-se com capacidade de digestão e de absorção fisiológicas e podem variar quanto à sua composição e características, em função da forma com que os alimentos são empregados e processados (OLIVEIRA et al., 2000; MITNE, 2006).

Os alimentos contêm compostos bioativos, flavonóides e outros fenólicos. Os compostos bioativos possuem propriedades antioxidantes, moduladoras da resposta imunológica e já estão amplamente estudados como fatores que diminuem o risco de mortalidade de doenças crônicas não transmissíveis. Este fato é relevante, considerando que o uso crônico dessas fórmulas pode ser necessário (ADA, 2013).

As fórmulas nutricionais com alimentos podem ser indicadas para indivíduos estáveis clinicamente e nutricionalmente, com doenças crônicas ou em tratamento paliativo (MITNE, 2006).

Não há evidências científicas que mostrem prejuízo na absorção de nutrientes provenientes de fórmula nutricional com alimentos na inexistência de disfunções absortivas no sistema digestório e de doenças que demandam necessidades especiais de nutrientes (ADA, 2009).

Na presença de disfunção absortiva e necessidades especiais de algum tipo de nutriente, a fórmula nutricional industrializada deve ser recomendada para atender as demandas específicas. Nas orientações de elaboração de fórmulas nutricionais com alimentos, os nutricionistas devem trabalhar com os diferentes atributos do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

Portanto, as orientações devem respeitar as condições socioeconômicas, a possibilidade de acesso aos alimentos, os aspectos qualitativos e quantitativos da alimentação (que atendam as necessidades nutricionais do indivíduo) e os hábitos alimentares da família do usuário.

Fórmulas Nutricionais Mistas

As fórmulas nutricionais mistas podem ser preparadas com alimentos e nelas adicionados os módulos nutricionais ou formulações industrializadas. Ainda pode ser considerada como fórmula nutricional mista, a alternância entre a administração de fórmulas nutricionais com alimentos e de

fórmulas nutricionais industrializadas ao longo do dia. A descrição de cada tipo de fórmula nutricional utilizada na TN consta no Quadro 3.

Quadro 3 – Descrição das Fórmulas Nutricionais Orais e Enterais

Tipo da Fórmula Nutricional	Descrição
Fórmula nutricional com alimentos	• Preparadas à base de alimentos, produtos alimentícios e/ou módulos de nutrientes • Variam quanto à sua composição e características, em função da forma com que os alimentos são empregados e processados.
Fórmulas nutricionais poliméricas	• Proteínas: sob a forma intacta. Varia entre normoprotéica e hiperprotéica • Carboidratos: parcialmente hidrolisados • Lipídios: Triglicerídeos de Cadeia Longa (TCL) e/ou Triglicerídeos de Cadeia Média (TCM) • Densidade energética: varia entre normocalórica e hipercalórica (1,0 a 2,4Kcal/mL) • Hipotônicas, isotônicas ou hipertônica • Podem conter fibras • Raramente contêm lactose e glúten
Fórmulas nutricionais oligoméricas	• Composta por nutrientes hidrolisados em diferentes graus • Proteínas: sob a forma de peptídeo ou aminoácido. Varia entre normoprotéica e hiperprotéica • Carboidratos: parcialmente hidrolisados, como maltodextrina • Lipídios: TCM e/ou TCL • Geralmente, possuem osmolaridade maior que as fórmulas poliméricas • Densidade energética: varia entre normocalórica e hipercalórica (1,0 a 1,5Kcal/mL) • Pobre em resíduos • Isentas de lactose e glúten
Fórmulas nutricionais com imunomoduladores	• Destinadas a condições metabólicas especiais em que há necessidade de modulação da atividade imune • São considerados imunonutrientes: ácidos graxos poliinsaturados, sobretudo ômega-3, RNA, glutamina e arginina
Módulos	• Módulos de carboidrato, proteínas, lipídios, aminoácidos isolados, fibras, eletrólitos, minerais, aromatizantes e espessantes

Fonte: (OLREE et al.,1998; SILK, 1999; OLIVEIRA et al, 2000; MITNE, 2006; BANKHEAD et al, 2009; ZADÁK, 2009 KENT-SMITH, 2009; DUDRICK; PALESTSY, 2011; SCHIEFERDECKER et al., 2013b).

Suplementos Nutricionais Orais

Os suplementos nutricionais orais são classificados como alimentos para fins especiais e são definidos como alimentos especialmente formulados ou processados, nos quais são introduzidas modificações no conteúdo de nutrientes, adequados à utilização em dietas diferenciadas e/ou opcionais, atendendo às necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1998).

A TN com uso de suplementos nutricionais orais está indicada a todos os indivíduos cuja dieta oral convencional seja incapaz de satisfazer as necessidades nutricionais (KREYMANNA et al.; 2006; McCLAVE et al.; 2009).

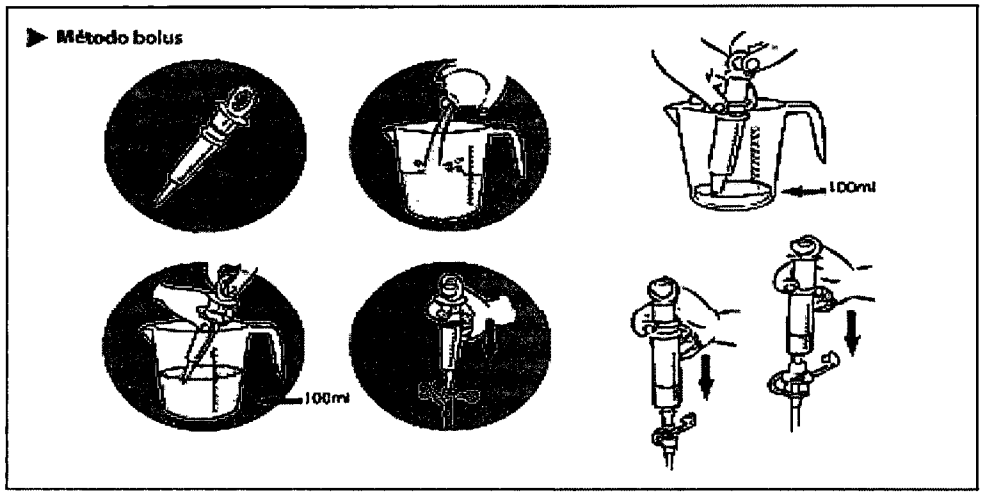
No entanto, para que apresente êxito ela deve ser feita após avaliação nutricional e análise de indicação. Para determinação do tipo e da quantidade do suplemento nutricional a ser utilizado devem ser considerados aspectos como a doença de base e doenças associadas, alterações laboratoriais, utilização de fármacos, função digestória, estado nutricional, ingestão alimentar, necessidades nutricionais e de nutrientes específicos e aceita- ção do suplemento nutricional oral (PINHEIRO; BENARROZ; REIS, 2013).

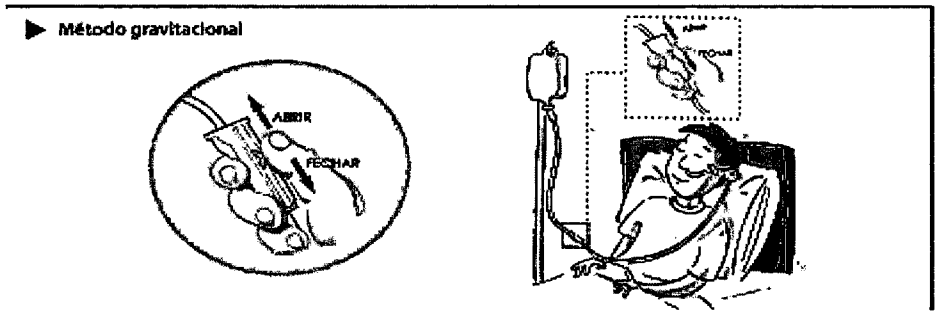
Métodos e Cuidados na infusão da Nutrição

Após a indicação da melhor via de acesso, o tempo que será necessário à infusão da fórmula nutricional deve ser avaliado. As fórmulas

nutricionais podem ser administradas de maneira intermitente ou contínua (COPPINI; WAITZBERG, 2009; CIOSAK et al., 2011).

A escolha do método de infusão dependerá da estabilidade clínica do indivíduo. O método de administração intermitente pode ser por meio de bolus e gravitacional.





A infusão em bolus é mais tolerada quando a sonda estiver em posição gástrica. A dministração da fórmula nutricional é por meio de seringa e o tempo de infusão total é de no mínimo quinze a trinta minutos, respeitando intervalos entre a administração de uma seringa e outra. O método intermitente gravitacional utiliza como recipientes frascos para armazenar as fórmulas nutricionais que são infundidas durante trinta a sessenta minutos, gota a gota, com ou sem bomba de infusão e intervalos de três a quatro horas entre uma dieta e outra.

Com relação à velocidade de administração, a mesma dependerá do método de infusão da fórmula nutricional (KREYMANN et al., 2006; McCLAVE et al., 2009).

Recomenda-se que a cabeceira esteja elevada e posicionada em ângulo de 45°, a fi m de evitar refl uxo gastroesofágico e aspiração pulmonar (CUNHA et al., 2007). A tolerância à fórmula nutricional deve ser analisada por

meio de parâmetros mínimos sugeridos neste manual ou de acordo com protocolo estabelecido pelo serviço local.

Em indivíduos com doenças crônicas que estejam em cuidados paliativos, não necessariamente na terminalidade, as fórmulas nutricionais com alimentos podem ser indicadas. Para a prescrição da fórmula nutricional com alimentos e industrializada é necessário que o domicílio apresente condições mínimas de higiene, presença de energia elétrica e eletrodomésticos necessários para manipulação da dieta.

Tratamentos Cirúrgicos Ambulatoriais

1. Procedimento cirúrgico: deve ser realizado em sala de procedimento e/ou consultório especializado devidamente equipado, sem necessidade de uso do centro cirúrgico. Por ex.: biópsia e pequeno procedimento entre outros, a depender da dimensão da lesão e da intervenção anestésica.

Quanto à finalidade do tratamento cirúrgico:

• Cirurgia Diagnóstica: Esclarecer o diagnóstico da doença. P. ex.: biopsia, histeroscopia;

• Cirurgia Curativa: Extirpar ou corrigir a causa da doença (às vezes sendo necessário a retirada

parcial ou total de um órgão). P. ex.: catarata, tratamento cirúrgico de varizes, hernioplastia;

• Cirurgia Paliativa: Atenuar a doença. P. ex.: cistostomia, instalação endoscopia de cateter duplo J, ureteroscopia cutânea;

Quanto ao porte cirúrgico ou risco cardiológico:

• Pequeno porte: pequena probabilidade de perda de fluido e sangue. P. ex.: cirurgia endoscópica;

• Médio Porte: média probabilidade de perda de fluido e sangue. P. ex.: hernioplastia;

• Grande porte: grande probabilidade de perda de fluido e sangue. P. ex.: cirurgia de emergência, cirurgia cardíaca, politraumatismo.

Quanto ao potencial de contaminação da cirurgia:

• Cirurgia limpa: eletiva, primariamente fechada, sem a presença de dreno, não traumática, realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local. Cirurgias em que não ocorreram penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário .

Cir.1h: cirurgias de pequeno porte com duração média de 1 hora de rápida recuperação pós

Anestésica

Registro da produção assistencial

1. É obrigatório o registro de informações nos sistemas oficiais do município (atualmente SIGASaúde/SP):

a. Confirmação de presença do usuário na recepção;

b. Confirmação de atendimento do profissional;

• Nos casos de não atendimento especificar o motivo

c. Inclusão de procedimentos realizados durante o atendimento (registro reduzido);

d. Inclusão de atendimentos que não tenham sido agendados previamente (encaixes do dia ou interconsultas) no módulo "encaixe regulado" do SIGA.

2. Os atendimentos realizados pela equipe médica e multiprofissional obrigatoriamente devem ser registrados em prontuário, seja ele manual ou eletrônico, acompanhados de data e horário de registros e identificação de profissional (nome e número de conselho de classe).

3. Todo o registro de atendimento deve gerar relatório da produção assistencial realizada.

4. É responsabilidade do gestor local a emissão de relatórios estatísticos e analíticos quanto à produção da unidade e qualidade do serviço prestado, deve ser realizado mensalmente, anualmente (em condensado), e mediante solicitações de STS, CRS e/ou SMS/SP, além da criação das séries históricas.

ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE POLITRAUMA E QUEDA

1. INTRODUÇÃO

O trauma é um grande problema da sociedade atual, sendo responsáveis por várias perdas. As principais causas de trauma são: violência, ocorrências de trânsito, quedas, tentativas de suicídio, acidentes de trabalho, ocorrências esportivas, dentre outras. O trauma está no ranking das principais causas de morte no Brasil.

Politraumatizado é o paciente com lesões graves que colocam em risco sua vida e que depende de tratamento médico cirúrgico especializado para o sucesso terapêutico.

1.1. Importância do Protocolo: Alguns problemas e/ou complicações referentes ao trauma podem ser amenizados ou revertidos dependendo da dinâmica no atendimento, sendo necessária uma equipe bem treinada no atendimento intra-hospitalar.

2. . OBJETIVO

Definir um padrão de atendimento de acordo com a Classificação de Risco e ao tipo do paciente, visando otimizar o tempo de atendimento, assegurando o direcionamento correto, focando na segurança do paciente e na qualidade da assistência prestada, assim:

- Melhorar a assistência hospitalar ao paciente vitima de traumatismo que chega ao serviço;
- Sistematizar atendimento ao paciente acometido pelo trauma e queda;
- Melhorar a qualidade na assistência prestada;
- Disponibilizar ao paciente vitima de trauma os melhores recursos propedêuticos e terapêuticos o mais rápido possível;

3. ABRANGÊNCIA

□ Pacientes vítimas de acidentes automobilísticos, bicicleta, skate, patins, entre outros até 08 horas após evento;

□ Pacientes vítimas de quedas da própria altura ou de superfícies altas (por exemplo: escadas) até 08 horas após o evento;

4. INTERFACE

□ Equipe assistencial do Pronto-Socorro;

□ CRC/Ressonância

□ Recepção do Pronto-Socorro;

□ Farmácia do Pronto-Socorro.

5. ESPECIFICAÇÕES

5.1- Equipe de Atendimento ao paciente POLITRAUMATIZADO

□ Médico Cirurgião;

□ Médico Ortopedista;

□ Médico clínico geral para pacientes acima de 60 anos ou história sugestiva de síncope.

5.1.1 Atendimento Infantil

O atendimento de pacientes pediátricos será conduzido pelos pediatras e ortopedistas.

5.2 Tempos de atendimentos

- O tempo de espera para atendimento médico será de acordo com a classificação de risco:) Vermelho Imediato) Laranja 10 minutos) Amarelo 30 minutos) Verde até 2 horas

- O tempo para realização de exames de imagem (RX e Tomografia) para pacientes com colar e prancha deverá ser de até 30 minutos após a solicitação do médico, a fim de evitar lesões por pressão.

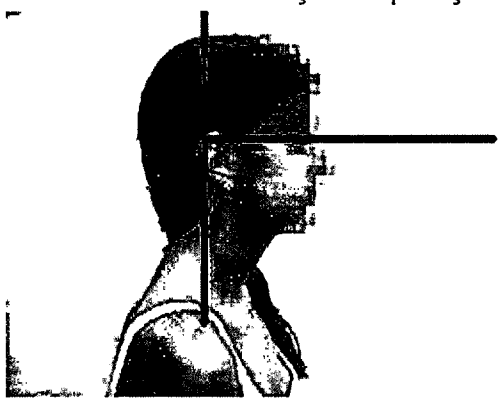
5.3 Critério para colocação de colar e prancha

CRITÉRIO	TEMP	CONDU

		O	TA
Trauma envolvendo velocidade: ACIDENTES AUTOMOBILÍSTICOS, BICICLETA, SKATE, PATINS, OUTROS		Até 8 horas	- Colar cervical - Prancha - Seguir o fluxo de politrauma
TRAUMA EM COLUNA E/OU CABEÇA		Até 8 horas	- Colar cervical - Prancha - Seguir o fluxo de politrauma
TRAUMA EM CABEÇA	[redacted] QUEIXA DE DOR NA COLUNA CERVICAL	Até 8 horas	- Colar cervical - Atendimento com o CIRURGIÃO
	[redacted] QUEIXA DE DOR NA COLUNA CERVICAL	Até 8 horas	Aguarda atendimento do CIRURGIÃO
TRAUMA EM EXTREMIDADES		Até 8 horas	Aguarda atendimento do ORTOPEDISTA

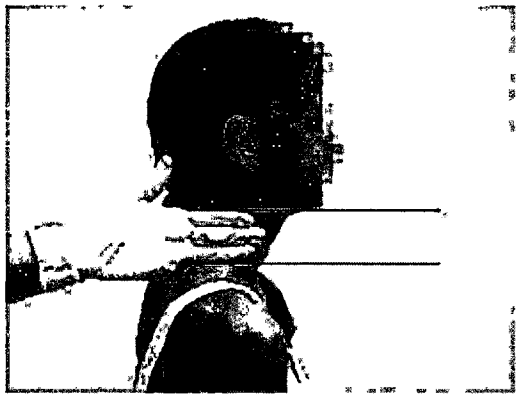
5.4 Técnica de Escolha do tamanho do Colar Cervical

• Vítima com a cabeça em posição neutra



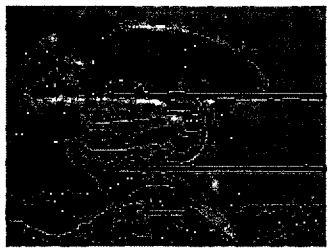
1- Posição Neutra

• Verifique com seus dedos a altura do pescoço, que corresponde a distancia entre uma linha imaginária que passa pela borda inferior da mandíbula e outra que passa pelo ponto onde termina o pescoço e se inicia o ombro.



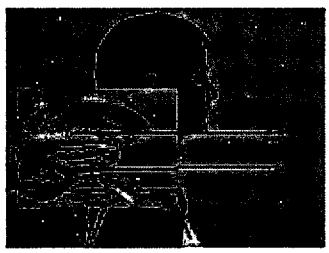
2- Altura do Pescoço

• Verifique a altura (tamanho) do colar cervical, calculando a distância entro o pino preto de fixação até a borda rígida do colar. Não inclua na medida a borda macia.



3- TAMANHO DO COLAR

• Escolha o colar que tiver a mesma medida da altura do pescoço.



4- MEDIDAS IGUAIS

PROTOCOLO

6.1 Classificação de Risco e Direcionamento do paciente

A Classificação de Risco deverá ser feita através do protocolo adaptado de Manchester de acordo com a Queixa principal do paciente.

O paciente será direcionado de acordo com a Classificação de Risco

• Vermelho (ATENDIMENTO IMEDIATO): encaminhar para Sala de Emergência

• Laranja (ATENDIMENTO EM ATÉ 10 MIN): encaminhar para Sala de Protocolos – Laranja

• Amarelo (ATENDIMENTO EM ATÉ 30 MIN):

• PACIENTE EM COLAR E PRANCHA: encaminhar para Sala de Protocolos - Laranja

• PACIENTE SEM NECESSIDADE DE PRANCHA: sala de medicação 02 – Amarela

6.3. DIRETRIZ DO ATENDIMENTO MÉDICO NOS PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMA E/OU QUEDA

6.3.1.Cirurgião

• Avaliar e examinar o paciente;

• Preencher a Anamnese no Tasy;

• Fazer prescrição de medicamentos e exames quando julgar necessário;

• Encaminhar TODAS as solicitações de procedimento para a Enfermagem.

• Interagir com o Médico Ortopedista.

• Interagir com o Médico Clínico Geral do PS quando o paciente for maior de 60 anos ou com história de síncope.

6.3.2.Ortopedista

• Avaliar e examinar o paciente;

• Preencher a Anamnese no Tasy;

• Fazer prescrição de medicamentos e exames quando julgar necessário;

• Encaminhar TODAS as solicitações de procedimento para a Enfermagem.

• Interagir com o Médico Cirurgião.

• Interagir com o Médico Clínico Geral do PS quando o paciente for maior de 60 anos ou com história de síncope.

6.3.3.Clínico Geral

□ Atender os pacientes de trauma e/ou queda acima de 60 anos ou com história de síncope com a finalidade de investigar alterações clínicas.

6.3.4.Reavaliação Médica

□ Avaliar o resultado dos exames de imagem e laboratorial;

□ Evoluir no Tasy a reavaliação;

□ Conduzir de acordo com a necessidade: nova prescrição de medicamentos, internação,
encaminhamento para atendimento domiciliar ou alta médica.

6.3.5.Interconsulta (Parecer Médico)

□ Fazer a solicitação da interconsulta (Parecer Médico) via sistema Tasy;

□ Entrar em contato com o especialista e passar o caso;

□ Avisar o enfermeiro do PS sobre a solicitação da interconsulta.

6.3.6.Alta Médica

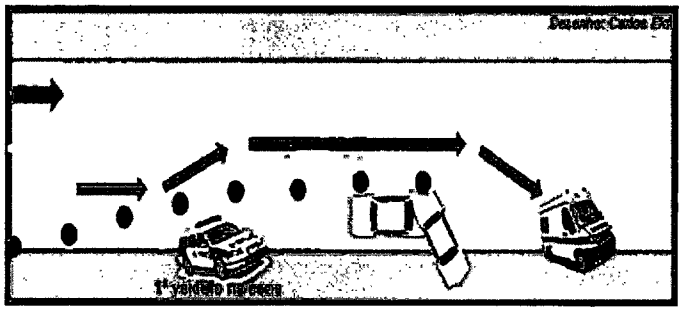
□ Evoluir no Tasy as condições da alta;
□ Fazer receita de alta, se necessário;
□ Entregar atestado médico;
□ Fazer encaminhamento ao especialista, se necessário;
□ Fazer as orientações de alta;
□ Dar alta no sistema Tasy.

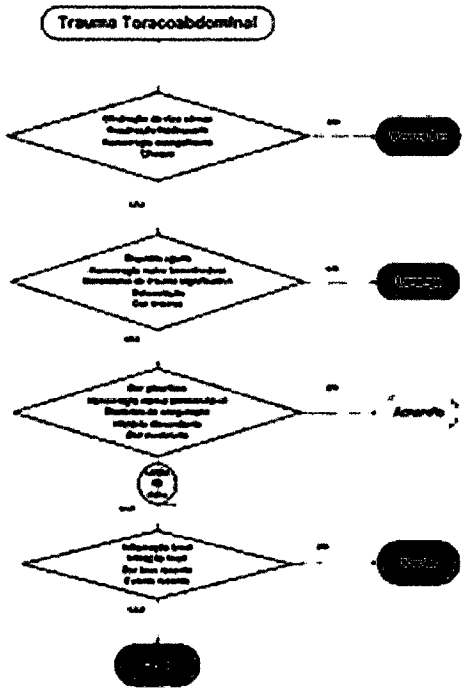
6.4. DIRETRIZ DO ATENDIMENTO DA ENFERMAGEM NOS PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMA E/OU QUEDA

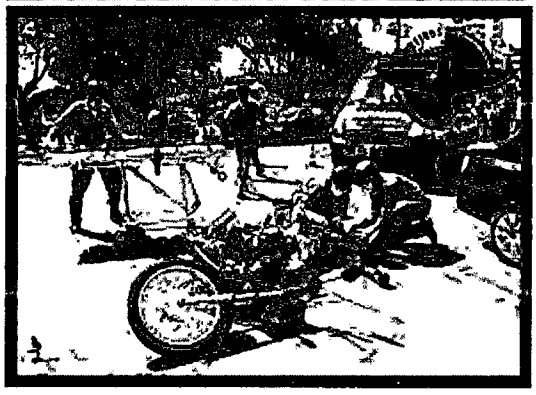
□ Coloca Colar Cervical e Prancha no paciente conforme item 5.3.
□ Direcionar o fluxo de acordo com a Classificação de Risco;
□ Comunicar a equipe médica (Cirurgião e Ortopedista) sobre o paciente;
□ Colocar a localização do paciente no sistema Tasy;
□ Preencher e controlar o check-list de Politrauma (DC-186);

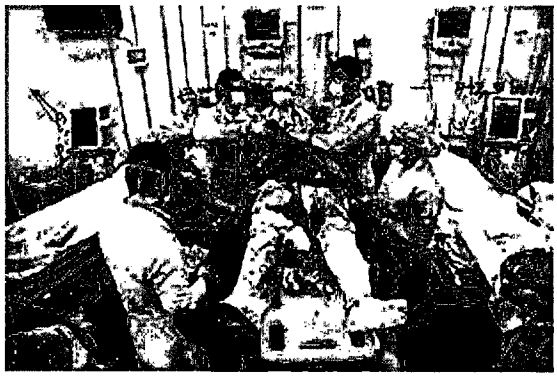
6.4.1.Exames de Imagem

□ Solicitar para familiar e/ou acompanhante encaminhar o pedido do exame de imagem até o CRC/RNM;
□ Colocar uma etiqueta vermelha no pedido do exame quando o mesmo deverá ser realizado em até 30 minutos e avisar a equipe do setor de imagem que tem um exame de emergência para ser realizado;
□ Acompanhar os laudos os exames;
.2 FLUXOGRAMA
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PROTOCOLO DE POLITRAUMA




Trauma Toracoabdominal





7. ESTRATÉGIA E MONITORAMENTO DE INDICADORES

Os protocolos gerenciados buscam por meio da instituição de

diretrizes assistenciais e da monitorização contínua de indicadores de qualidade, garantir a implementação de ações específicas baseadas na melhor evidência científica possível.

Indicadores de gerenciamento do protocolo:

Tempo Porta – Realização RX: o indicador será extraído da diferença de tempo entre a retirada

da senha para atendimento até o momento da realização do RX. Meta: 30 minutos.

Tempo Porta – Interpretaçao RX: o indicador será extraído da diferença de tempo entre a

retirada da senha para atendimento até o momento de interpretação do RX pelo Cirurgião e Ortopedista. Meta: 40 minutos.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA/BIBLIOGRAFIA

INSTITUTO BRASILEIRO EM GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 02/04/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 -

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

MELO, S. C. B.; LEAL, S. M. C.; VARGAS, M. A. O. Internação de idosos por causas externas em um hospital público de trauma*. Enfermagem em foco, 2012. Disponível em: <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108172321600 71.pdf> Acesso em 02/04/2016.

CHOQUE HIPOVOLEMICO

A hemorragia pode ser externa (visível) ou interna. As causas mais comuns de hemorragia são:

- Trauma
- Obstetrícia / parto
- Gastrointestinal
- Per-operatório
- Ruptura de aneurisma de aorta

A abordagem consiste em dois pilares:

1. Localizar sítio do sangramento para promover hemostasia.
2. Repôr as perdas, minimizando a má perfusão tecidual e a conseguinte disfunção orgânica.

É importante frisar que ambas as etapas ocorrem SIMULTANEAMENTE, pois quanto mais rápido você conter o sangramento e fizer a ressuscitação, melhor o prognóstico do paciente.

O ABCDE do choque hemorrágico consiste em:
A: controle via aérea (e proteção cervical se houver trauma)
B: respiração
C: circulação
D: *oxygen delivery* – oferta de O2 nos tecidos
E: *endpoint of resuscitation* – metas da ressuscitação volêmica / perfusional

Controle do sangramento

Esta etapa começa com a identificação do sítio de sangramento para controle hemostático local. Isto é, para conter o sangramento. Estas medidas devem começar o mais cedo possível, de preferência ainda no pré-hospitalar.

Ressuscitação

A hemorragia leva à hipovolemia e vasoconstrição, com má perfusão sistêmica. Há liberação de mediadores inflamatórios e de lactato, além de dano endotelial. A cascata da coagulação é ativada, e pode haver disfunção, tanto para mais (hipercoagulabilidade) como para menos (coagulopatia). Além disso, a hipotermia pode agravar a hipotensão, a acidose e a coagulopatia. A ressuscitação é um conjunto de medidas que visa restaurar a perfusão através da reposição volêmica e medidas adjuvantes para reverter acidose lática e coagulopatia, bem como a manutenção da temperatura corporal. Obtenha rapidamente dois acessos venosos periféricos calibrosos (14 ou 16G).

O passo seguinte é estimar a perda volêmica, o que é classicamente feito pela tabela adaptada do American College of Surgeons Committee on Trauma.

Classe	Perda estimada de sangue	FC (bpm)	PA(mmHg)	Pressao Pulso	FR(irpm)	Sensorio
I	<750 ml (15%)	< 100	Normal	Normal	14-20	Ansiedade leve
II	750-1500ml (15-30%)	100-120	Normal	Reduzida	20-30	Ansiedade moderada
III	1500-2000ml (30-	120140	Reduzida	Reduzida	30-40%	Ansioso e ou confuso

	40%)					
IV	>2000 ml (> 40%)	> 140	Reduzida	Reduzida	> 35%	Comatoso,Letargico

Em geral, pacientes I e II não necessitam de reposição de hemoderivados, ao contrário das classes III e IV.

A avaliação laboratorial consiste em:

- Hemograma: a hemoglobina pode estar falsamente normal na admissão
- Plaquetas, INR e PTT: são as medidas de uso comum. Podem ser associadas ao fibrinogênio e devem ser corrigidas. Mas o ideal é o uso da tromboelastografia se disponível.
- Bioquímica, com função renal e eletrólitos (sódio, potássio e cálcio).
- Gasometria arterial com lactato, como adjuvante na avaliação perfusional.

Observações:

- O uso de bicarbonato é controverso. Há autores que recomendam com pH < 7,15 e outros com pH < 7,00.
- O fator VIIa ativado e o complex protrombínico só estão recomendados no sangramento em pacientes que usam varfarina.

TRATAMENTO

• Dois cateteres (jelco 14 ou 16) em veias periféricas calibrosas

• Cristalóides – Adulto – 3.000ml da solução cristalóide (correr aberto),

se necessário infundir mais 3.000ml.

• Crianças – 20 a 40ml/kg da solução cristalóide

• Não melhorou, usar sang

Paciente Politraumatizado

Resposta sistêmica à perda sangüínea em pacientes pediátricos

	PERDA DE VOLUME SANGÜÍNEO		
	< 25%	25 a 45%	> 45%
Cardíaco	Pulso fraco,	Aumento da FC	Hipotensão taquicardia
SNC	aumento da FC	Mudança de nível de	para bradicardia
Pele	Letárgico, irritável, confuso	consciência, resposta à dor	Comatoso
Rins	Débito urinário diminuido, aumento de densidade	Débito Rins urinário mínimo	Sem débito urinário

Sinais Vitais Normais em Crianças

	Freqüência máxima de pulso (bat/min)	Limite inferior da PA sistólica (mmhg)	Freqüência máxima respiratória (inc./min).
Infantes	160	80	40
Pré-escolares	120	90	30
Adolescentes	100	100	20

Atendimento ao paciente adulto com sepse / choque séptico

1. Considerações Gerais

A sepse é uma síndrome extremamente prevalente, com elevada morbidade e mortalidade e altos custos. Seu reconhecimento precoce e tratamento adequado são fatores primordiais para a mudança deste cenário.

A implementação de protocolos clínicos gerenciados é uma ferramenta útil neste contexto, auxiliando as instituições na padronização do atendimento ao paciente séptico, diminuindo desfechos negativos e proporcionando melhor efetividade do tratamento.

As recomendações contidas neste documento estão baseadas nas diretrizes da Campanha de Sobrevivência a Sepse (SSC, Surviving Sepsis Campaign) 1,2 e visam o tratamento de pacientes adultos nas unidades de urgência e emergência, nas unidades de internação e nas unidades de terapia intensiva.

Neste documento foram atualizadas as nomenclaturas utilizadas, conforme as novas definições do Sepsis 3 3 , sendo agora os termos utilizados: infecção, sepse e choque séptico. Entretanto, a despeito do uso da nova nomenclatura, o ILAS optou por alinhar o processo de triagem dos pacientes com a SSC.

A síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SRIS), embora não utilizada para a definição de sepse, continua sendo importante para a triagem de pacientes com suspeita de sepse. Da mesma forma que a SSC, o ILAS não mudou os critérios usados para definir disfunção orgânica, mantendo a hiperlactatemia como um deles. O critério para definição de choque séptico também não foi alterado.

2. Definições de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS),infecção, sepse e choque séptico

Síndrome da resposta inflamatória sistêmica

A síndrome da resposta inflamatória sistêmica é definida pela presença de no mínimo dois dos sinais abaixo:

• temperatura central > 38,3° C ou < 36°C OU equivalente em termos de temperatura axilar;

• frequência cardíaca > 90 bpm;

• frequência respiratória > 20 rpm, ou PaCO2 < 32 mmHg

• leucócitos totais > 12.000/mm³; ou < 4.000/mm³ ou presença de > 10% de formas jovens (desvio à esquerda).

A SRIS não faz mais parte dos critérios para definição da presença de sepse mas continua tendo valor como instrumento de triagem para a identificação de pacientes com infecção e, potencialmente, sob risco de apresentar sepse ou choque séptico

Infecção sem disfunção

Entende-se como paciente com infecção sem disfunção aquele que, tendo ou não os critérios de SRIS, possui foco infeccioso suspeito ou confirmado (bacteriano, viral, fúngico, etc.) sem apresentar disfunção orgânica. Sepse Como ja mencionado, adotou-se a definição de sepse lato senso do Sepse 3, presença de disfunção ameaçadora à vida em decorrência da presença de resposta desregulada à infecção.

Entretanto, não adotamos os critérios clínicos para definição de disfunção orgânica do Sepse 3, variação do escore SOFA, por entender que os mesmos não são aplicáveis em iniciativas de melhoria de qualidade.

Manteve-se os critérios utilizados anteriormente, inclusive a hiperlactatemia, por entendermos que a mortalidade em países em desenvolvimento ainda é muito elevada e a identificação precoce destes pacientes é parte fundamental do objetivo deste protocolo.

As principais disfunções orgânicas são:

• hipotensão (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg)

• oligúria (≤0,5mL/Kg/h) ou elevação da creatinina (>2mg/dL);

• relação PaO2/FiO2 < 300 ou necessidade de O2 para manter SpO2 > 90%;

• contagem de plaquetas < 100.000/mm³ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias;

• lactato acima do valor de referência;

• rebaixamento do nível de consciência, agitação, delirium;

• aumento significativo de bilirrubinas (>2X o valor de referência). A presença de disfunção orgânica na ausência dos critérios de SRIS pode representar diagnóstico de sepse. Assim, na presença de uma dessas disfunções, sem outra explicação plausível e com foco infeccioso presumível, o diagnóstico de sepse deve ser feito, e o pacote de tratamento iniciado, imediatamente após a identificação.

Choque Séptico

Segundo a SSC, choque séptico é definido pela presença de hipotensão não responsiva à utilização de fluídos, independente dos valores de

lactato. A SSC não adotou o novo conceito de choque, que exige a presença concomitante de lactato acima do valor de referencia mesmo após reposição volêmica inicial.

Tabela 1 – Conceitos utilizados pelo Instituto Latino Americano de Sepse na implementação de protocolos gerenciados de sepse.

Classificação antiga	Classificação atual (a ser usada)	Característica
Sepse	Infecção sem disfunção	Infecção suspeita ou confirmada, sem disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS.
Sepse grave	Sepse	Infecção suspeita ou confirmada associada a disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS.
Choque séptico	Choque séptico	Sepse que evoluiu com hipotensão não corrigida com reposição volêmica (PAM ≤65 mmHg), de forma independente de alterações de lactato.

Triagem e rotina para atendimento

O protocolo de sepse deve ser aberto para pacientes com SUSPEITA de sepse e choque séptico. Cada instituição irá decidir, de acordo com sua disponibilidade de recursos humanos e capacidade de triagem, se o protocolo de sepse será aberto na presença de SRIS e suspeita de infecção (elevada sensibilidade, permitindo tratamento precoce e prevenindo disfunção orgânica) ou a partir de presença de disfunção orgânica em pacientes com suspeita de infecção grave, priorizando nesse caso, o atendimento dos casos mais graves.

Recentemente, foi descrito o escore qSOFA4 , com 3 componentes: rebaixamento de nível de consciência, frequência respiratoria ≥ 22 ipm e pressão arterial sistólica abaixo de 100 mmHg. Esse escore, ainda não prospectivamente validado, identificaria entre pacientes fora da UTI aqueles com maior risco de óbito. No seu processo de validação retrospectiva, o escore mostrou boa acurácia na predição de óbito, às custas, entretanto, de baixa sensibilidade. Assim, o mesmo não deve ser utilizado para triagem de pacientes com suspeita de sepse, mas sim para, após a triagem adequada desses pacientes com base em critérios mais sensíveis, identificar aqueles com maior risco de óbito.

Após identificação do paciente com SUSPEITA de sepse, usualmente pela enfermagem, a equipe médica decide se deve ou não haver o

seguimento do protocolo, com base nas informações disponíveis para tomada de decisão em relação à probabilidade de se tratar de sepse.

Nessa decisão, alguns fatores devem ser levados em consideração:

1. Em pacientes com qualquer das disfunções clínica utilizadas na triagem (hipotensão, rebaixamento de consciência, dispneia ou desaturação e, eventualmente, oligúria), deve-se dar seguimento imediato ao protocolo, com as medidas do pacote de 1 hora, e proceder a reavaliação do paciente ao longo das 6 primeiras horas.

2. Em pacientes com disfunção clínica aparente, mas com quadro clínico sugestivo de outros processos infecciosos atípicos (no contexto da sepse), como dengue, malária e leptospirose, a equpe médica poderá optar por seguir fluxo específico de atendimento que leve em consideração peculiaridades do atendimento a esses pacientes.

3. Em pacientes sem disfunção clínica aparente, deve-se levar em conta o quadro clinico, não sendo adequado o seguimento do protocolo em pacientes com quadros típicos de infecções de via aérea alta ou amigdalites, por exemplo, que podem gerar SRIS mas tem baixa probabilidade de se tratar de casos de sepse. São também exemplos de pacientes de baixo risco aqueles jovens e sem comorbidades. Em pacientes sem disfunção clínica aparente e com baixo risco de se tratar de sepse, o médico pode decidir por outro fluxo de atendimento. Nesses casos, pode-se optar por investigação diagnóstica simplificada e observação clínica antes da administração de antimicrobianos da primeira hora. Novamente, pacientes com quadros sugestivos de processos infecciosos atípicos, como denque e malária, devem seguir fluxo específico de atendimento.

4. Em pacientes para os quais já exista definição de cuidados de fim de vida, o protocolo deve ser descontinuado, e o paciente deve receber tratamento pertinente a sua situação clínica, incluindo eventualmente alguns dos componentes do pacote de tratamento. Em hospitais que gerenciam o protocolo de sepse, esses pacientes não devem ser incluídos no cálculo dos denominadores.

Um exemplo de flluxograma de triagem baseado nessas premissas está disponível na figura 1. Deve-se lembrar que escores de gravidade podem auxiliar na identificação de pacientes com maior risco de óbito. Assim, pacientes com escore qSOFA positivo, ou seja, com dois ou mais componentes presentes, devem receber atenção especial, da mesma forma que pacientes com múltiplas disfunções orgânicas. A equipe médica deve definir a classificação inicial do paciente. As possíveis classificações seriam: infecção sem disfunção com seguimento do protocolo, sepse ou choque, afastado sepse/choque ou paciente sob cuidados de fim de vida.

Após identificação do paciente com suspeita de sepse os seguintes passos devem ser cumpridos:

1. Registre o diagnóstico no prontuário ou na folha específica de triagem do protocolo institucional. Todas as medidas devem ser tomadas a partir do momento da formulação da hipótese de sepse.

2. Todos os pacientes com protocolos de sepse abertos devem ter seu atendimento priorizado com o objetivo de otimizar a coleta de exames, o início de antibioticoterapia e a ressuscitação hemodinâmica;

3. Realize anamnese e exame físico dirigidos, com atenção especial aos sinais clínicos de disfunção orgânica;

4. Pacientes com disfunção orgânica grave e ou choque devem ser alocados em leitos de terapia intensiva assim que possível, a fim de garantir o suporte clínico necessário. Caso não seja possível a alocação em leito de terapia intensiva, deve-se garantir o atendimento do paciente de maneira integral, independente do setor em que o mesmo se encontre;

5. A ficha do protocolo de sepse deve acompanhar o paciente durante todo o atendimento de tratamento das 6 primeiras horas, a fim de facilitar a comunicação nos pontos de transição entre as equipes de diferentes turnos ou setores e resolver pendências existentes para o atendimento.

Tratamento

4.1 Pacote de 1 hora

Para todos os pacientes em que a equipe médica optou por dar seguimento ao protocolo, o pacote de 1 hora deve ser executado.

O mesmo é composto dos seguintes itens:

1. Coleta de exames laboratoriais para a pesquisa de disfunções orgânicas: gasometria e lactato arterial, hemograma completo, creatinina, bilirrubina e coagulograma.

2. Coleta de lactato arterial o mais rapidamente possível, mas dentro da primeira hora, que deve ser imediatamente encaminhado ao laboratório, afim de se evitar resultado falsos positivos. O objetivo é ter resultado deste exame em 30 minutos.

3. Coleta de duas hemoculturas de sítios distintos em até uma hora, conforme rotina específica do hospital, e culturas de todos os outros sítios pertinentes (aspirado traqueal, líquor, urocultura) antes da administração do antimicrobiano. Caso não seja possível a coleta destes exames antes da primeira dose, a administração de antimicrobianos não deverá ser postergada;

4. Prescrição e administração de antimicrobianos de amplo espectro para a situação clínica, por via endovenosa, visando o foco suspeito, dentro da primeira hora da identificação da sepse. A utilização de antimicrobianos deve

seguir a orientação do serviço de controle de infecção hospitalar da instituição, que deverá definir com o corpo clínico local as recomendações para o tratamento empírico conforme o foco de infecção identificado e a característica da infecção, comunitária ou associada a assistência a saúde.

5. Princípios de farmacocinética e farmacodinâmica devem ser seguidos por todas as instituições. Todas as recomendações visando otimização da terapia antimicrobiana devem ser feitas com auxílio do farmacêutico e da enfermagem e estarem amplamente disponíveis para todos os profissionais.

As principais recomendações estão listadas abaixo.

• Utilizar dose máxima para o foco suspeito ou confirmado, com dose de ataque nos casos pertinentes, sem ajustes para a função renal ou hepática. As doses devem ser plenas visando otimização da redução da carga bacteriana ou fúngica. Embora seja discutível, pode-se manter doses sem ajuste para função renal pelas primeiras 24 horas. Isso é de suma importância para os antimicrobianos hidrofílicos dado ao aumento do volume de distribuição dos mesmos em decorrência da resuscitação volêmica.

• Atentar para a diluição adequada de forma a evitar incompatibilidade e concentração excessiva. Utilizar a infusão estendida de antibióticos betalactâmicos como piperacilina-tazobactam e meropenem, com exceção da primeira dose, que deve ser administrada, em bolus, o mais rápido possível.

• Utilizar terapia combinada, com duas ou três drogas, quando existir suspeita de infecção por agentes multidrogas resistentes. Considerar o uso de diferentes classes de antibióticos, para um mesmo agente, em pacientes com choque séptico.

• Restringir o espectro antimicrobiano quando o patógeno for identificado e a sensibilidade conhecida; terapia combinada pode ser de-escalonada conforme evidência de resposta clínica ou resolução da infecção.

6. Para pacientes hipotensos (PAS< 90mmHg, PAM <65mmHg ou,eventualmente, redução da PAS em 40mmHg da pressão habitual) ou com sinais de hipoperfusão, entre eles niveis de lactato acima de duas vezes o valor de referência institucional (hiperlactatemia inicial), deve ser iniciada ressuscitação volêmica com infusão imediata de 30 mL/kg de cristaloides dentro da 1ª hora do diagnóstico da detecçaõ dos sinais de hipoperfusão. Embora classicamente não sejam considerados com parte do pacote de resuscitação, sinais de hipoperfusão podem incluir oligúria, presença de livedo, tempo de enchimento capilar lentificado e alteração do nível de consciência. Coloides proteicos, albumina ou soro albuminado, podem fazer parte dessa reposição inicial.

O uso de amidos está contraindicado, pois está associado a

aumento da incidência de disfunção renal. Esse volume deve ser infundido o mais rápido possível, considerando-se as condições clínicas de cada paciente. Pacientes cardiopatas podem necessitar redução na velocidade de infusão, conforme a presença ou não de disfunção diastólica ou sistólica. Nos casos em que foi optado por não realizar reposição volêmica, parcial ou integralmente, após avaliação de fluido responsividade, esta decisão deve estar adequadamente registrada no prontuário. Nesses pacientes, o uso de vasopressores para garantir pressão de perfusão adequada necessita ser avaliado.

7. Uso de vasopressores para pacientes que permaneçam com pressão arterial média (PAM) abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial), sendo a noradrenalina a droga de primeira escolha. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos. Por isso, o vasopressor deve ser iniciado dentro da primeira hora nos pacientes em que ele está indicado. Em casos de hipotensão ameaçadora a vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes ou durante a reposição volêmica. É fundamental garantir pressão de perfusão enquanto se continua a reposição volêmica. Assim, o vasopressor pode ser iniciado em veia periférica, enquanto se providencia o acesso venoso central. O uso de outros vasopressores pode ser necessário. Dentre os disponíveis, a recomendação é o uso de vasopressina, com intuito de desmame de noradrenalina ou como estratégia poupadora de catecolaminas, ou a adrenalina, preferível em pacientes que se apresentem com débito cardíaco reduzido.

A dobutamina pode ser utilizada quando exista evidência de baixo cardíaco ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual, como livedo, oligúria, tempo de enchimento capilar lentificado, baixa saturação venosa central ou lactato aumentado.

8. Nos pacientes com lactato alterado acima de duas vezes o valor de referência, a meta terapêutica é o clareamento do mesmo. Assim, como um complemento ao pacote de 1 hora, dentro de 2 a 4 horas após o início da ressuscitação volêmica, novas dosagens devem ser solicitadas. Nem sempre se obtem a normalização do lactato, haja vista existirem outras causas para a hiperlactatemia que não a hipoperfusão tecidual. A busca pela normalização deve ser feita cuidadosamente, sob risco de intervenções terapêuticas desnecessárias, e potencialmente deletérias.

A hiperlactatemia residual isolada, sem outros sinais clínicos de hipoperfusão ou má evolução, não necessariamente precisa ser tratada.

4.2 Reavaliação das 6 horas

A reavaliação das 6 horas deve ser feita em pacientes que se apresentem com choque séptico, hiperlactatemia ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual. A continuidade do cuidado é importante, por isso entende-se que durante as seis primeiras horas o paciente deve ser reavaliado

periodicamente.

Para isso é importante o registro da reavaliação do status volêmico e da perfusão tecidual.

1. Reavaliação da continuidade da ressuscitação volêmica, por meio de marcadores do estado volêmico ou de parâmetros perfusionais.

As seguintes formas de reavaliação poderão ser consideradas:

- Mensuração de pressão venosa central
- Variação de pressão de pulso
- Variação de distensibilidade de veia cava
- Elevação passiva de membros inferiores
- Qualquer outra forma de avaliação de responsividade a fluídos (melhora da pressão arterial após infusão de fluidos, por exemplo)
- Mensuração de saturação venosa central

Tempo de enchimento capilar

- Presença de livedo
- Sinais indiretos (por exemplo, melhora do nível de consciência ou presença de diurese)

2. Pacientes com sinais de hipoperfusão e com níveis de hemoglobina abaixo de 7 mg/dL devem receber transfusão o mais rapidamente possível.

3. Idealmente, os pacientes com choque séptico devem ser monitorados com pressão arterial invasiva, enquanto estiverem em uso de vasopressor. A aferição por manguito não é fidedigna nessa situação, mas pode ser utilizada nos locais onde a monitorização invasiva não está disponível.

4. Pacientes sépticos podem se apresentar hipertensos, principalmente se já portadores de hipertensão arterial sistêmica. Nesses casos, a redução da póscarga pode ser necessária para o restabelecimento da adequada oferta de oxigênio. Não se deve usar medicações de efeito prolongado, pois esses pacientes podem rapidamente evoluir com hipotensão.

Assim, vasodilatadores endovenosos, como nitroglicerina ou nitroprussiatos são as drogas de escolha

4.3 Outras recomendações

Uso de corticóides

A utilização de coriticóides é recomendada para pacientes com choque séptico refratário, ou seja, naqueles em que não se consegue manter a pressão arterial alvo, a despeito da ressuscitação volêmica adequada e do uso de vasopressores.

Frente aos resultados do recente estudo Adrenal, é também possível que os demais pacientes com choque tenham benefícios, em termos de redução de tempo de ventilação mecânica e de tempo de internação em UTI.

Assim, a utilização deve ser individualizada.

A droga recomendada é a hidrocortisona na dose de 50 mg a cada 6 horas.

Ventilação mecânica

A intubação orotraqueal não deve ser postergada, em pacientes sépticos, com insuficiência respiratória aguda e evidências de hipoperfusão tecidual. Os pacientes que necessitarem de ventilação mecânica devem ser mantidos em estratégia de ventilação mecânica protetora, devido ao risco de desenvolvimento de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA).

A estratégia protetora inclui a utilização de baixos volumes correntes (6 mL/kg de peso ideal) e a limitação da pressão de platô abaixo de 30 cmH2O. A fração inspirada de oxigênio deve ser suficiente para manter uma PaO2 entre 70 - 90 mmHg. Também deve-se objetivar uma pressão de distensão (driving pressure, pressão de platô - peep) menor que 15 cmH2O, sempre que possível. Para pacientes com diagnóstico de SDRA há menos de 48 horas, com relação PaO2/ FiO2 menor que 150 e FiO2 de 60% ou mais, a utilização de posição de prona é recomendada, para unidades que tenham equipe com treinamento na técnica.

Manobras de recrutamento estão associadas a maior mortalidade e devem ser evitadas.

Bicarbonato

Não está indicado o uso de bicarbonato nos casos de acidose lática em pacientes com pH >7,15, pois o tratamento dessa acidose é o restabelecimento da adequada perfusão. Nos pacientes com pH abaixo desse valor esta terapia pode ser avaliada como medida de salvamento.

Controle glicêmico

Os pacientes na fase aguda de sepse cursam frequentemente com hiperglicemia, secundária a resposta endocrino-metabólica ao trauma. O controle adequado da glicemia é recomendado por meio da utilização de protocolos específico, visando uma meta abaixo de 180 mg/dL, evitando-se episódios de hipoglicemia e variações abruptas da mesma. Terapia renal substituta Não existe recomendação para o início precoce de terapia renal substituta, devendo-se individualizar cada caso, conforme discussão com equipe especialista. Da mesma maneira, não existe recomendação para hemodiálise intermitente ou modalidades contínuas, devendo-se reservar estes métodos para pacientes com instabilidade hemodinâmica grave, nos locais onde este recurso é disponível.

Seguimento do paciente:

linha de cuidado do paciente séptico

O atendimento ao paciente séptico nas primeiras 24 horas é de suma importância para o desfecho favorável. Entretanto, outras ações são necessárias para o sucesso pleno em termos de sobrevida hospitalar e reabilitação após a alta, com estabelecimento de uma linha de cuidado adequada, desde o momento da internação hospitalar ou do diagnóstico de sepse até o momento da alta.

O paciente deve ser seguido e atendido de forma adequada durante toda a internação hospitarlar. O atendimento multidisciplinar contribui para os desfechos favoráveis tanto dentro do hospital como após a alta.

A enfermagem tem fundamental importância para a recuperação funcional, desde o momento do reconhecimento precoce até a alta hospitalar. Nutrição adequada, fisioterapia respiratória e motora, focada em mobilização precoce, e atendimento fonoaudiológico para recuperação de deglutição e fonação contribuem para a reabilitação do paciente.

O suporte psicológico precoce pode minimizar os riscos de desenvolvimento de estresse pós traumático. A odontologia tem seu papel na identificação e controle do foco, bem como na prevenção de infecções respiratórias. O acompanhamento diário pela farmácia clinica possibilita a adequação da prescrição médica. O serviço social é importante para a reinserção do paciente na sociedade e o seguimento do mesmo no sistema de saúde. Em suma, todos os profissionais envolvidos no atendimento têm um papel importante a desempenhar. As orientações no momento da alta, visando a continuidade do cuidado ambulatorial e o seguimento por todas as equipes responsáveis pela reabilitação funcional do paciente são também fundamentais para a continuidade do tratamento.

Referências

1. Surviving Sepsis Campaign - bundles of care. http://www.survivingsepsis.org/Bundles/Pages/BundlesforImprovement.a spx. Accessed October 22th 2011.

2. Rhodes A, Phillips G, Beale R, et al. The Surviving Sepsis Campaign bundles and outcome: results from the International Multicentre Prevalence Study on Sepsis (the IMPreSS study). Intensive Care Med. 2015;41(9):1620-1628.

3. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-810.

4. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, et al. Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):762-774.

Traumatismo Cranioencefalico (TCE)

CONCEITOS

Entende- se por TCE todo mecanismo de agressão contra o crânio que se traduza em algum grau de lesão cerebral. O TCE contribui em até 50% para a taxa de mortalidade por trauma e das vítimas que sobrevivem a traumatismos moderados a graves e cerca de 50% desenvolverão algum grau de déficit neurológico persistente. O objetivo do atendimento pré-hospitalar móvel de urgência é identificar rapidamente os pacientes com lesões cerebrais traumáticas e fornecer aporte apropriado de oxigênio e nutrientes ao cérebro, bem como reconhecer sinais de herniações ou aumento da pressão intracraniana.

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

Deve-se iniciar a avaliação obtendo-se dados relevantes a cerca da biomecânica do trauma, seja por informações do próprio paciente ou de testemunhas no local e observação da cena. A seguir, procede-se avaliação e cuidados da vítima seguindo o fluxo de atendimento para todo politraumatizado.

A – Abertura da Via Aérea e Controle da Coluna Cervical

A permeabilidade da via aérea deve ser avaliada e assegurada. Vítimas com rebaixamento do nível de consciência podem perder a capacidade de proteção da via aérea. A respiração ruidosa é um indício de obstrução da via aérea por sangue, corpos estranhos ou queda de base de língua. O trauma facial pode contribuir para sangramento em cavidade oral bem como perda de unidades dentárias. É essencial estar atento para manter a via aérea permeável e garantir uma oferta de oxigênio adequada para o doente

Para toda vítima com TCE grave, isto é, Escala de Coma de Glasgow (ECG) menor ou igual a oito é necessário avaliar a garantia da via aérea e necessidade de intubação traqueal. Durante a intubação o material de aspiração deve estar acessível para evitar atraso no procedimento e o paciente deve estar monitorizado, mantendo uma saturação de oxigênio maior que 90%, evitando assim lesões por hipóxia. Durante toda a avaliação da via aérea deve-se garantir que o pescoço seja mantido em posição neutra, evitando-se movimentos desnecessários e desalinhamento da coluna cervical, porém a colocação do colar cervical pode ser postergada, mantendo-se esse alinhamento de forma manual.

B - Ventilação

Todos os pacientes com suspeita de lesão cerebral traumática devem receber oxigênio suplementar. Para aqueles que apresentam ventilação espontânea com boa profundidade, pode-se ofertar oxigênio suplementar via máscara unidirecional. Para todos os pacientes com alterações importantes da função ventilatória deve-se considerar o emprego da ventilação assistida. O aumento da pressão intra-craniana pode gerar padrões ventilatórios anormais. Ventilação de Cheyne-Stockes, caracterizada por ciclos de respirações lentas

e superficiais que se tornam rápidas e profundas e depois retornam a seu estado inicial, pode estar presente em pacientes com síndromes de herniação cerebral. Nesses casos, podem ocorrer períodos de apnéia entre os ciclos ventilatórios e a bradipnéia, que representa um dos fenômenos da tríade de Cushing.

Após garantir que a vítima está ventilando, é fundamental o controle da frequência ventilatória, visto que tanto a hipocapnia, quanto a hipercapnia podem piorar a lesão cerebral. A hipocapnia significativa, decorrente da hiperventilação, pode gerar vasoconstrição cerebral e consequente redução do fluxo sanguíneo cerebral. Já a hipercapnia decorrente da bradpnéia gera uma vasodilatação cerebral, com aumento progressivo da PIC e deterioração do quadro neurológico. Deve-se tentar manter frequências normais de ventilação (10-12irpm em um adulto) para minimizar essas alterações. A hiperventilação terapêutica, de forma branda e controlada, pode ser considerada em casos específicos de síndromes clínicas de herniação cerebral, mas sua realização de rotina está contraindicada.

C – Circulação

A manutenção da Pressão Arterial Sistólica (PAS) acima de 90mmHg é essencial para limitação da lesão neurológica secundária, pois com esse nível de PAS pode-se manter um fluxo sanguíneo cerebral adequado. Portanto, é fundamental identificar sangramentos e proceder ao controle dos mesmos. Diante da suspeita de hemorragias intracavitárias, quando não é possível o controle por curativos ou compressão direta, deve-se instituir reposição volêmica e prover transporte rápido à unidade de referência. A presença de hipertensão associada a um pulso lento e forte (bradicardia) pode indicar um paciente em iminência de herniação cerebral (Fenômeno de Cushing).

D – Disfunção Neurológica

Deve-se calcular o escore da Escala de Coma de Glasgow (ECG) da vítima avaliando-se sempre a melhor resposta verbal, motora e abertura ocular, e deve-se registrar individualmente cada componente e não ser o valor global do escore, de modo que a cada reavaliação, alterações específicas possam ser notadas. O escore mínimo é três e o máximo é quinze. Um escore menor ou igual a oito indica uma lesão grave e serve como indicativo para avaliar tratamento imediato da via aérea do paciente, conforme citado anteriormente.

O exame pupilar também pode auxiliar o diagnóstico de lesões cerebrais potencialmente fatais. Deve-se avaliar alteração no tamanho das pupilas e sua reação ao estímulo luminoso. Durante o atendimento e o transporte da vítima ao centro de referência, esses parâmetros são reavaliados. Uma queda de dois pontos ou mais na ECG, surgimento de anisocoria ou

pupilas não reativas à luz, desenvolvimento de hemiplegia ou hemiparesia servem de alerta para aumento da PIC e opções de tratamento temporário devem ser consideradas.

O uso de agentes osmóticos (manitol) está indicado apenas nos casos de alerta e sinais clínicos de herniação e deve ser evitado se o paciente apresentar sinais de hipovolemia (PAS E – Exposição e Ambiente A exposição da vítima é fundamental para que se identifiquem todas as lesões. Lesões graves podem passar despercebidas se a exposição não for devidamente realizada. Após inspeção de todo o corpo da vítima, o mesmo deve ser coberto para conservar o calor corporal e evitar hipotermia, que pode contribuir para piorar a perfusão tecidual.

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Na avaliação secundária, deve-se reavaliar os sinais vitais do paciente, estando atento para possível deterioração do quadro clínico. Segue-se então exame detalhado em busca de lesões no couro cabeludo, com sangramento importante; fraturas de crânio que podem ser identificadas à palpação ou através de sinais clínicos como o Sinal de Guaxinim e o Sinal de Battle.

Observa-se evidências de extravasamento de líquor e/ou sangue pelas cavidades nasais e auditivas.

Examina-se atentamente a face da vítima visto que lesões faciais podem comprometer a ventilação por obstrução da via aérea. Trauma ocular não é incomum e deve-se realizar proteção sobre a estrutura óssea que envolve o olho nos casos dessa suspeita. Edema, deformidade e crepitação óssea podem indicar fratura de ossos nasais.

TRAUMA ABDOMINAL FECHADO

TRAUMA ABDOMINAL FECHADO O TAF é responsável por grande parte das lesões abdominais decorrentes de trauma e oferece risco significativo de morbidade e mortalidade . A maioria dos casos está relacionada a acidentes automobilísticos, mas golpes contra o abdome e quedas também são causas comuns. Os órgãos geralmente envolvidos são baço e fígado, principalmente, além de pâncreas, intestino, mesentério, bexiga, diafragma e órgãos retroperitoneais, como os rins e a porção abdominal da aorta.

Muitos são os mecanismos de lesão que resultam em TAF. Aumento da pressão intra-abdominal criado por forças externas pode romper uma víscera oca.

Golpes contra a parede abdominal anterior podem comprimir as vísceras abdominais contra a parede torácica ou a coluna vertebral, lesando tecidos. Traumas por desaceleração podem causar laceração tanto em vísceras ocas, como nas sólidas, nos pontos onde esses órgãos se fixam ao peritônio1 . Exemplo disso são as lesões por desaceleração em vítimas usando

o cinto de segurança, fato frequente e que deve ser suspeitado sempre[2]. Além disso, costelas fraturadas ou ossos pélvicos também podem lesar tecidos intra-abdominais .

A história do trauma deve ser elucidada para que as lesões sejam melhor entendidas .

É importante conhecer o tipo dos veículos envolvidos no acidente, a sua velocidade no momento da colisão e a extensão dos danos, assim como os lugares ocupados pelas vítimas e se o cinto de segurança estava sendo utilizado pelas mesmas .

INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA E CONDUTA

A investigação do trauma abdominal fechado tem início na avaliação primária, respeitando-se a sequência do ABCDE, com vistas à estabilização do paciente e tratamento das lesões ameaçadoras à vida. Nessa fase, a presença de choque de origem não explicada pode ser o indicador mais confiável de sangramento intra-abdominal .

Nesse caso, o abdome deve ser exposto em busca de escoriações e/ou de ferimentos penetrantes . Na ausência de alterações à avaliação primária, deve-se prosseguir com a avaliação secundária, quando o abdome será inspecionado, auscultado, palpado e percutido . O exame físico inalterado não exclui, porém, lesão intra-abdomina .

O paciente com TAF pode apresentar hemorragia por lesão vascular ou de órgãos sólidos, além de peritonite por lesão de víscera oca . À inspeção abdominal, a presença de "tatuagens traumáticas" é um indicativo de lesões graves . Suspeita-se de peritonite quando, à palpação do abdome, existem dor à descompressão e presença de defesa voluntária ou involuntária . Redução ou ausência dos ruídos hidroaéreos podem ocorrer, em decorrência de íleo por presença de sangue ou conteúdo do trato gastrointestinal na cavidade abdominal .

Os métodos complementares são utilizados visando ao diagnóstico rápido e acurado . A tomografia computadorizada (TC) é o método de maior acurácia para as lesões intra ou retroperitoneais, mas indicada apenas para os pacientes estáveis . Idealmente, contraste intravenoso deve ser sempre utilizado.

O manejo do paciente traumatizado, na suspeita de TAF, varia conforme sua apresentação clínica . Se o paciente está instável hemodinamicamente, o objetivo da avaliação consiste em determinar a presença de hemorragia intraperitoneal, o que pode ser feito mediante a utilização do FAST (Focused Assesment with Sonography for Trauma), nos locais onde exista o dispositivo1,2,3. No caso dos pacientes instáveis com FAST positivo, a conduta é a indicação imediata de laparotomia de emergência1,3. Caso não seja possível utilizá-lo, outros métodos diagnósticos podem ser considerados, como o lavado peritonial diagnóstico (LPD)1 .

A ecografia convencional pode ser válida, desde que rápida . O paciente instável nunca deve ser deslocado, a fim de que sejam realizados exames complementares . Diante da impossibilidade de estabilizá-lo e na ausência de lesão intra-abdominal, devem ser investigados outros sítios hemorrágicos ou outras causas não hemorrágicas de choque .

Em pacientes estáveis e com apresentação clínica favorável , com aferição dos sinais vitais e exames laboratoriais que indicam baixo risco, podem ser submetidos a período de observação, com avaliação de sinais vitais e exame físico seriados . TC que não evidencie alterações intra-abdominais pode abreviar o período de observação antes da alta .

Os pacientes que se apresentam clinicamente estáveis, mas com exames laboratoriais indicativos de lesão intra abdominal (hematócrito <30%, lactato elevado, acidose, hematúria microscópica) devem ser melhor avaliados por meio de TC de abdome com contraste, se não houver contraindicação. Se não forem evidenciadas lesões intra-abdominais, o paciente também pode ser submetido a um período de observação com exame físico e aferição de sinais vitais. Em caso de estabilidade hemodinâmica, mas alteração ao exame físico que sugira lesão intra-abdominal (hipotensão, sinais peritoneais, distensão abdominal, sinal do cinto de segurança), TC abdominal deve ser realizada. Quando o paciente é mantido em observação e apresenta nova dor abdominal ou sinais de peritonite, deve ser avaliado com vistas à conduta cirúrgica.As indicações clínicas da laparotomia devem ser conhecidas, a fim de que não se adie a realização de uma intervenção cirúrgica curativa. As indicações estão presentes na tabela 1.

Tabela 1. Avaliação inicial e manejo do trauma abdominal fechado em adultos

Indicações Clínicas de Laparotomia

- Sinais inexplicáveis de perda sanguínea ou hipotensão em paciente cuja estabilização não seja possível e quando se esteja suspeitando fortemente de lesão intra-abdominal.
- Sinais claros e persistentes de irritação peritoneal.
- Evidência radiológica de pneumoperitônio condizente com ruptura de víscera.
- Evidência de ruptura diafragmática.
- Sangramento gastrointestinal significativo e persistente visualizado em drenagem da sonda nasogástrica ou em conteúdo dos vômitos.

LESÕES ORGÂNICAS ESPECÍFICAS

Baço

O baço é a víscera mais frequentemente comprometida na contusão abdominal e, por ser intensamente vascularizada, pode manter o paciente

instável hemodinamicamente

Fraturas do gradil costal esquerdo inferior podem estar associadas à lesão de baço, assim como o sinal de Kehr (dor subescapular à esquerda)4 .

A TC de abdome com contraste é bastante útil na detecção das lesões esplênicas, auxiliando, inclusive, no estadiamento das mesmas .

O tratamento das lesões de baço não é, necessariamente, cirúrgico .

No paciente hemodinamicamente estável com lesões de grau I a III (conforme a classificação de lesões da American Association for the Surgery of Trauma – Organ Injury Scale - AAST-OIS, representada na tabela 2), na ausência de irritação peritoneal e de coagulopatias ou uso de drogas anticoagulantes e afins, pode-se optar pelo tratamento não operatório .

Nesse caso, pode haver lugar para a angiografia com embolização arterial das lesões sangrantes. As indicações de laparotomia, no contexto das lesões esplênicas, são, em geral, a presença de lesões de grau IV e V, independentemente do status clínico do paciente, presença de coagulopatias, de sinais de irritação peritoneal ou de instabilidade hemodinâmica .

A existência de apenas um dos critérios anteriores já torna mandatória a conduta cirúrgica. Diante dessa indicação, a conduta geralmente é a realização de esplenectomia total .

Tabela 2. Classificação da AAST-OIS para traumas esplênicos.

	Grau de Lesao	Descricao
I	Hematoma	Subcapsular, não expansivo, área de superfície < 10%.
	Laceração	Laceração da cápsula, sem sangramento, < 1cm de profundidade no parênquima.
II	Hematoma	Subcapsular, não expansivo, áreas de superífice de 10% a 50%,
	Laceração	intraparenquimatoso, não expansivo, < 5cm de diâmetro.
III	Hematoma	Laceração na cápsula, sangramento ativo, 1 a 3cm de profundidade no parênquima que não envolve vasos trabeculares.
	Laceração	Subcapsular, área de superfície > 50% ou em expansão; hematoma subcapsular roto com sangramento
IV	Hematoma	ativo, hematoma intraparenquimatoso > 2cm ou em expansão.

V	Laceração Hematoma Laceração	> 3cm em profundidade no parênquima ou envolvendo vasos trabeculares. Ruptura de hematoma intraparenquimatoso com sangramento ativo. Laceração envolvendo vasos segmentares ou hilares produzindo grande desvascularização (25% do baço). Explosão esplênica. Lesão no hilo com desvascularização do baço

Fígado

As lesões hepáticas fechadas decorrem de diferentes mecanismos de trauma . Em lesões por esmagamento, por exemplo, ocorre a compressão da superfície hepática contra os arcos costais, resultando em lesões "estreladas" ou "em garras de urso . Existem várias classificações para avaliar a gravidade e a extensão das lesões hepáticas. A uniformização, ao longo dos anos, destes conceitos permite prever prognósticos, orientar tratamento, comparar resultados e otimizar a conduta como um todo .

Na tabela 3, está esquematizada a classificação da AAST-OIS. A TC abdominal possui sensibilidade de 92-97% e especificidade de 98,7% para o traumatismo hepático .

Ela oferece ao profissional da saúde informações sobre o tipo e o grau da lesão hepática, sobre o volume do hemoperitônio, além de permitir a distinção entre sangue coagulado e hemorragia ativa. Esse método também permite a avaliação de outras lesões intra-abdominais e torácicas.

Os óbitos por trauma hepático estão ligados, na maioria das vezes, ao que ficou conhecido como a "tríade letal": coagulopatia, hipotermia e acidose . A adoção do tratamento não operatório, bem embasado, apresentou redução da mortalidade, de acordo com trabalhos publicados .

O aperfeiçoamento dos exames de imagem e a constatação de que cerca de 50% das hemorragias ativas cessam de forma espontânea, somados à grande capacidade regenerativa do fígado, fizeram com que o tratamento conservador fosse adotado com taxas de sucesso em 80-90% dos casos . Os avanços na técnica de tomografia contrastada do fígado também permitiram reduzir a necessidade de laparotomias exploradoras e de transfusões sanguíneas através da identificação de zonas hemorrágicas passíveis de embolização pela angiografia .

A complicação mais frequente e grave associada ao trauma hepático é a hemorragia persistente, que ocorre em cerca de 1-9% dos casos,

constituindo a causa mais frequente de falência do tratamento não operatório (cerca de 75% dos casos) .

O quadro é caracterizado por dor, aumento da necessidade de reposição volêmica e instabilidade hemodinâmica, havendo necessidade de intervenção cirúrgica .

CONCLUSÃO

O trauma abdominal fechado é uma condição importante, em termos de prevalência e de taxas de morbimortalidade. Por isso é importante que a definição diagnóstica seja acurada e precoce, a fim de que se minimize a ocorrência dos quadros graves e das suas possíveis complicações.

REFERÊNCIAS

1. Diercks DB, Clarke S. Initial evalutation and management of blunt abdominal trauma in adults. [Database on internet]. 2016 Jun [updated 2016 Jul 06; cited 2016 Jul 14]. In: UpToDate. Available: http://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-blunt-abdominaltrauma-in-adults?source=search_result&search=blunt+abdominal+trauma&selectedTitle=1~150. Release: 24.3 – C24.157.

2. Colégio Americano de Cirurgiões. Comitê do Trauma. 9ª ed. Chicago: ATL; 2012.

3. Souza HP, Breigeiron R, Vilhordo, DW. Doença trauma: fisiopatogenia, desafios, aplicação prática. São Paulo: Atheneu; 2015 Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202008000400004&lng=en

4. Assef JC, Perlingeiro JAG, Parreira JG, et al. Emergências cirúrgicas traumáticas e não traumáticas: condutas e algoritmos. São Paulo: Atheneu; 2012.

5. Piper GL, Peitzman AB. Current management of hepatic trauma. Surg Clin North Am. 2010;90(4):775-85. doi: 10.1016/j.suc.2010.04.009.

6. Ribas-Filho MJ, Malafaia O, Fouani M, et al . Trauma abdominal: estudo das lesões mais frequentes do sistema digestório e suas causas. ABCD. Arq Bras Cir Dig. [Internet]. 2008 Dec [cited 2016 July 14];21(4):170-4.

Doenças Respiratórias Crônicas

Neste grupo de pacientes, a hipoxia e a cor pulmonale, e ainda a retencao de CO2 para casos mais graves,demandam atencao quanto a prevencao de intercorrencias agudas, a monitorizacao de oxigenioterapia eaos cuidados paliativos na fase mais avancada. Sao os sequelados de DPOC, fibrose pulmonar, hipertensão pulmonar, neoplasias pulmonares, fibrose cistica, bronquiectasias, cicatrizes pulmonares por tuberculose (TB)ou micoses

pulmonares e os aspiradores cronicos. Alguns pacientes sao elegiveis para o uso de aparelhoscomo inaladores, aspiradores, concentrador/cilindros para oxigenioterapia, ventilacao nao invasiva e cuidadoscronicos com traqueostomia.

Quadro 4 – Complicações

FÍSICAS	Baixa capacidade funcional.
	Dispneia, tosse, escarro.
	Perda de memória, concentração, insônia e sonolência.
	Fadiga.
	Anasarca, ICC direita.
	Hérnias.
PSICOSSOCIAIS	Isolamento social.
	Alta dependência.
	Ansiedade.
	Estresse do cuidador.
	Depressão.
	Custo financeiro e social, absenteísmo.

Fonte: SAS/MS.

Doenças Respiratórias Agudas

E um grupo de doencas que ha muitos anos e um dos principais motivos de procura as urgencias e a hospitalizacao. Dentro do perfil que se beneficia com a abordagem domiciliar estão os pacientes que necessitam de tratamento de traqueobronquites e broncopneumonias, abscessos pulmonares,com possibilidade de antibioticoterapia (ATB) domiciliar pelo quadro clinico relativamente estavel, sejam eles previamente higidos ou pneumopatas cronicos, ou ainda portadores de outras doencas cronicas, como ICC,broncoaspiracao cronica, entre outros.

Para o sucesso do cuidado, e importante garantir a administracao de ATB nos horários corretos, e via de acesso quando prescritos medicamentos injetaveis, bem como a oxigenioterapia cronica ou por tempo reduzido, deacordo com a prescricao medica. Os cuidados com higiene bronquica sao fundamentais, alguns pacientes que nao a realizam espontaneamente podem necessitar de aspirador de secrecoes. Aos portadores de traqueostomia,deve-se estar atento e orientar bem os cuidadores para evitar formacao de rolhas nas canulas e o acumulo de sujidade, o que levariam ao sufocamento e a reinfeccao.

Cabe tambem oferecer retaguarda para intercorrencias (farmacodermia, falha terapeutica com risco deevolucao para sepsis, anafilaxia, flebites), higiene bronquica e tratamento adequado de broncoespasmo edispneia. Nestes pacientes, ha que se realizar reavaliacao periodica e precoce para observar se ocorreu melhora clinica e se haverá necessidade de mudanca do plano terapeutico.

Para casos novos de pneumonia, deve-se avaliar se e adquirida na comunidade ou relacionada a servicos de Saude, pois isso implica em abordagem diferenciada na prescricao de antibioticoterapia e prognostico(LEVIN, 2011; MARTINS, 2012).

Quanto as escores de gravidade de pneumonia, e discutivel a aplicacao de protocolos para pacientes hígidos da comunidade e para pacientes mais fragilizados, com fatores de risco de agravamento especificos para esseperfil (NIEDERMAN, 2009). Valoriza-se, entao, o conhecimento anterior da situacao clinica do paciente que apresenta agudizacao, mudancas de seu estado funcional, avaliacao com rica propedeutica, sua retaguarda de cuidados, recursos ambientais, da comunidade e do SAD, para se instituir terapêutica especifica (COUTINHO,2004; RAMSDELL, 2005; RICHARDS, 2005).

Quadro 5 – Complicações

FISICAS	Atelectasia.
	Dispneia, tosse, escarro, febre, sépsis.
	Derrame pleural, dor pleurítica.
	Fadiga, anorexia.
PSICOSSOCIAIS	Alteração das rotinas da residência.

Fonte: SAS/MS.

Doenças Cardiovasculares

Ha vários trabalhos científicos indicando que o ICC descompensado também se constitui de uma das principais causas de hospitalização de adultos e idosos no Brasil. Somam – se as rotinas de cuidado domiciliar o ajuste terapêutico medicamentoso e a monitorização de função renal, os eletrólitos, o peso e o padrão respiratorio. Alguns pacientes são elegiveis para fisioterapia respiratória – que previne atelectasias – e outros necessitarão de oxigenioterapia por curto prazo, nas descompensacoes agudas.

Os novos anticoagulantes inibidores da trombina ou Fator Xa, por via oral, poderao se tornar umaalternativa de anticoagulacao menos invasiva no futuro, porem deve-se levar em conta que nao ha antídotos para essa nova classe e a interacao com outras drogas antitromboticas pode propiciar hemorragias (CHEN, 2012).

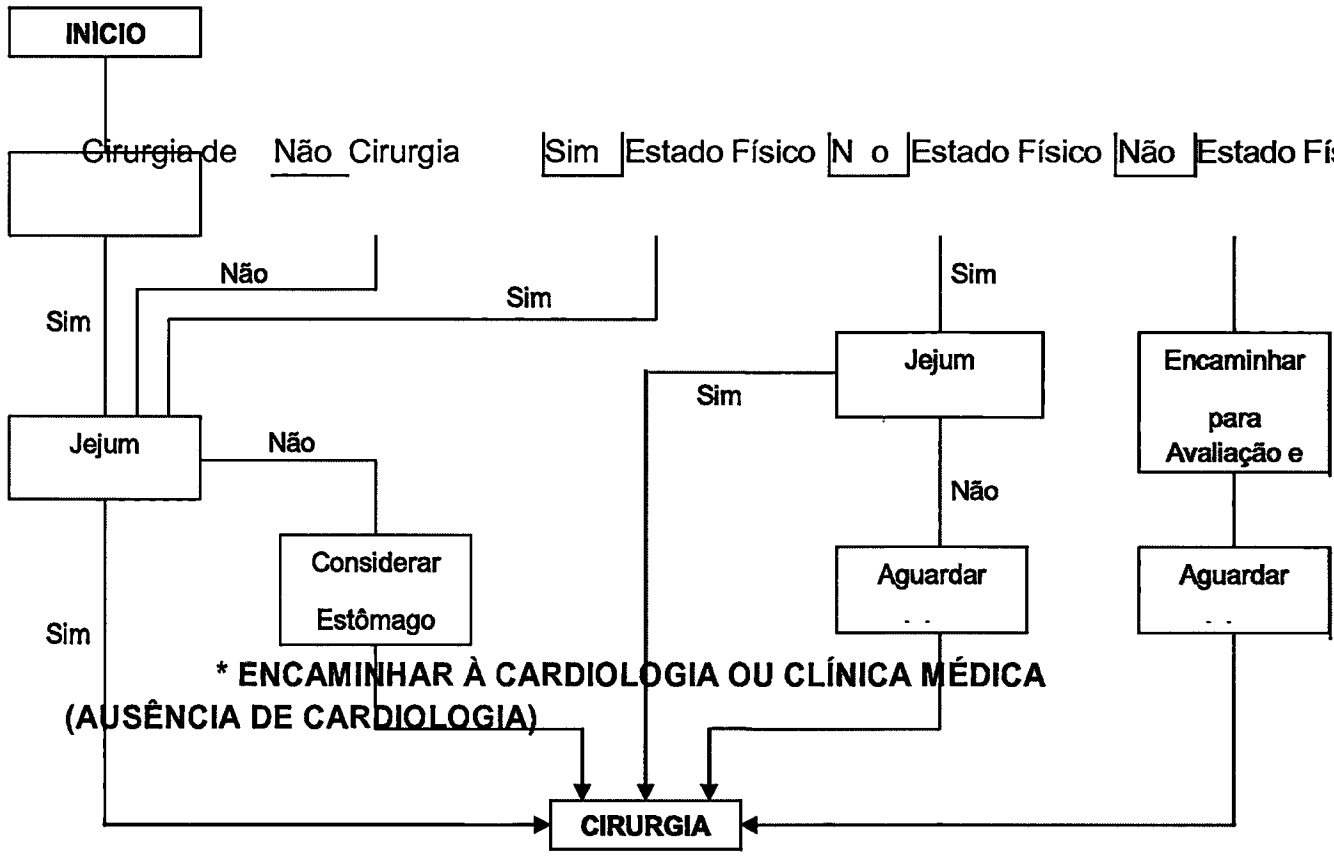
Quadro 6 – Complicações

FÍSICAS	Atelectasia.
	Dispneia, tosse.
	Derrame pleural.
	Fadiga, anorexia.
	Anasarca, edema de MMII, TEV.
	Imobilidade.
	Úlceras por pressão.
	Anemia/sangramento (uso de antitrombóticos).
PSICOSSOCIAIS	Alteração das rotinas da residência.
	Depressão.
	Alta dependência.
	Estresse do cuidador.
	Custo financeiro e social, absenteísmo.

Fonte: SAS/MS.

1- ANESTESIA.

ROTINAS DE ANESTESIA



1) HAS de difícil controle terapêutico
-PAS > 180 mmHg
-PAD > 110 mmHg
-PAD > 100 mmHg associada a insuficiência
2) Infarto prévio do miocárdio
3) ICC classe funcional II e III
4) Angina
5) Cardiopatia congênita
6) Valvopatia grave
7) Revascularização miocárdica
8) Cirurgia cardíaca prévia
** Deverá constar na avaliação resultados de exames **

CONDUTA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL

-PAS > 180 mmHg
-PAD > 110 mmHg

Não administrar Nefedipina sublingual ou similar
Não administrar captopril ou outro inibidor do Sistema Renina Angiotensina Não administrar diurético

Não promover queda brusca da pressão arterial (> 30% da basal)

Se necessário controlar a pressão arterial com Beta Bloqueador ou Alfa 2 Agonista (Clonidina ou dexmedetomidina)

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO

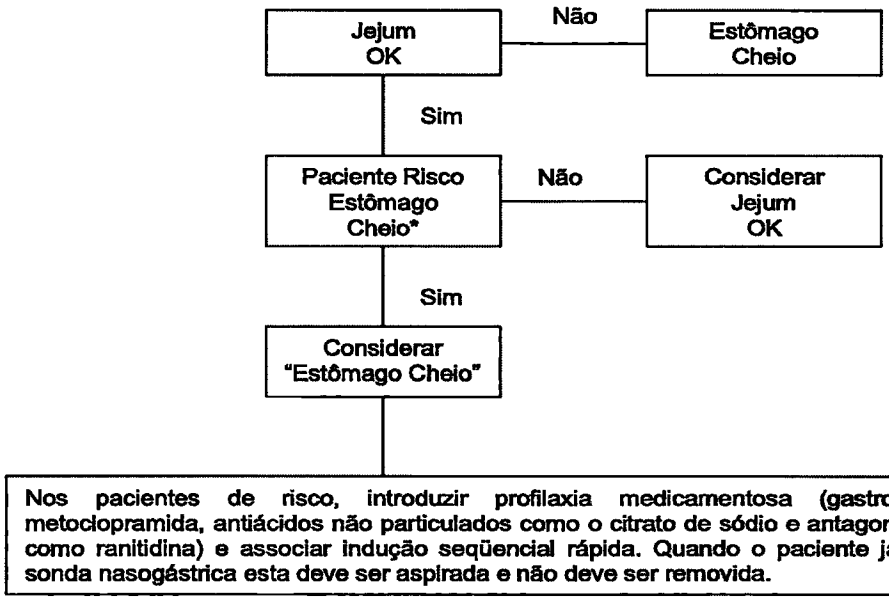
CLASSI	DESCRIÇÃO
P1	Paciente normal sem doença
P2	Paciente com doença sistêmica leve
P3	Paciente com doença sistêmica grave
P4	Paciente com doença sistêmica que representa ameaça
P5	Paciente moribundo, sem expectativa de vida a menos que seja
P6	Paciente com morte cerebral, onde os órgãos serão removidos
E	Sufixo colocado após a classificação para designar emergência

DEFINIÇÃO DO TEMPO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

IDADE	SÓLIDO (refeição leve	SÓLIDO (refeição	LEITE NÃO HUMANO	LEITE MATERNO	LÍQUIDO CLARO
RN					
< 6 meses			6 horas	4 horas	2 horas
6 - 36 meses	6 horas	8 horas	6 horas	4 horas	2 horas
> 36 meses	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas
Adulto	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas

Líquido claro: água, suco de fruta sem polpa, chá claro, bebidas isotônicas, bebidas carbonatadas (refrigerantes).

ESTÔMAGO CHEIO



* Pacientes de risco estômago cheio: falta de jejum, refluxo gastroesofágico, acalasia, neuropatia autonômica diabética, divertículo de Zencker, estenose CA de esôfago, diminuição do tônus do EEI, TCE, isquemia cerebral, desordens neuromusculares, distrofias musculares, dor, estenose intestinal, ascite de grande volume, gestação, uremia, hipo e acloridria gástrica.

DIABETES MELLITUS

a) Hipoglicemiante oral de longa duração suspender com antecedência se possível.

b) Hipoglicemiante oral de curta duração suspender no dia

c) Avaliação da glicemia deve ser feita no dia da cirurgia

d) Glicemia entre 150 e 200 mg % evitar insulina pelo risco de hipoglicemia

e) Glicemia até 250 mg/dL não contra indica cirurgia

f) Insulina deve ser utilizada no controle pré-operatório (ver esquema a seguir)

g) Evitar estresse e situações que desencadeiam reações catabólicas e hiperglicemia, sempre que pos s í - vel prescrever medicação pré-anestésica, planejar analgesia pós-operatória.

Obs.: Paciente diabético pode ter uma maior dificuldade para intubação traqueal Cuidados Específicos

Em caso de pacientes compensados com dieta:

Realizar glicemia capilar de 6/6 horas até o retorno da alimentação Evitar infusões de grandes volumes de soluções com glicose

Em caso de pacientes compensados com hipoglicemiante oral: Suspender hipoglicemimiante

Manter dextro de 6/6 horas na véspera, no intra o pós-operatório até a suspensão do jejum e o retorno do hipoglicemiante oral

Em caso de paciente compensado com insulina:

Em uso de insulina ultralenta a mesma deverá ser suspensa 3 dias antes da cirurgia e substituí-la por insulina NPH e regular, se possível.

Manter dextro de 6/6 horas e insulina se necessário, além da infusão de solução glicosada a 5%, durante o período de jejum.

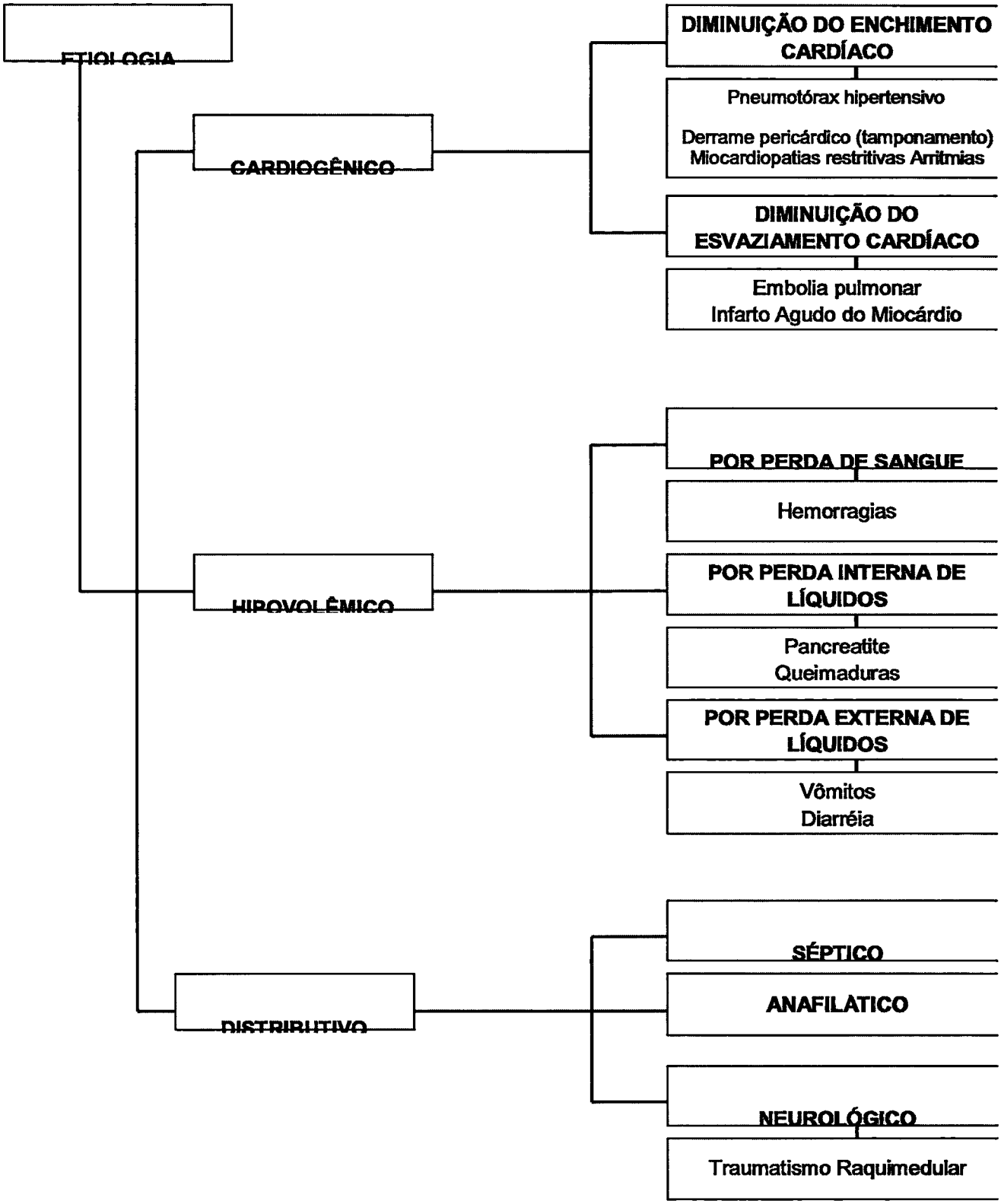
Nos pacientes com insulina NPH, administrar 1/3 da dose habitual na manhã da cirurgia e manter com solução glicosada a 5%.

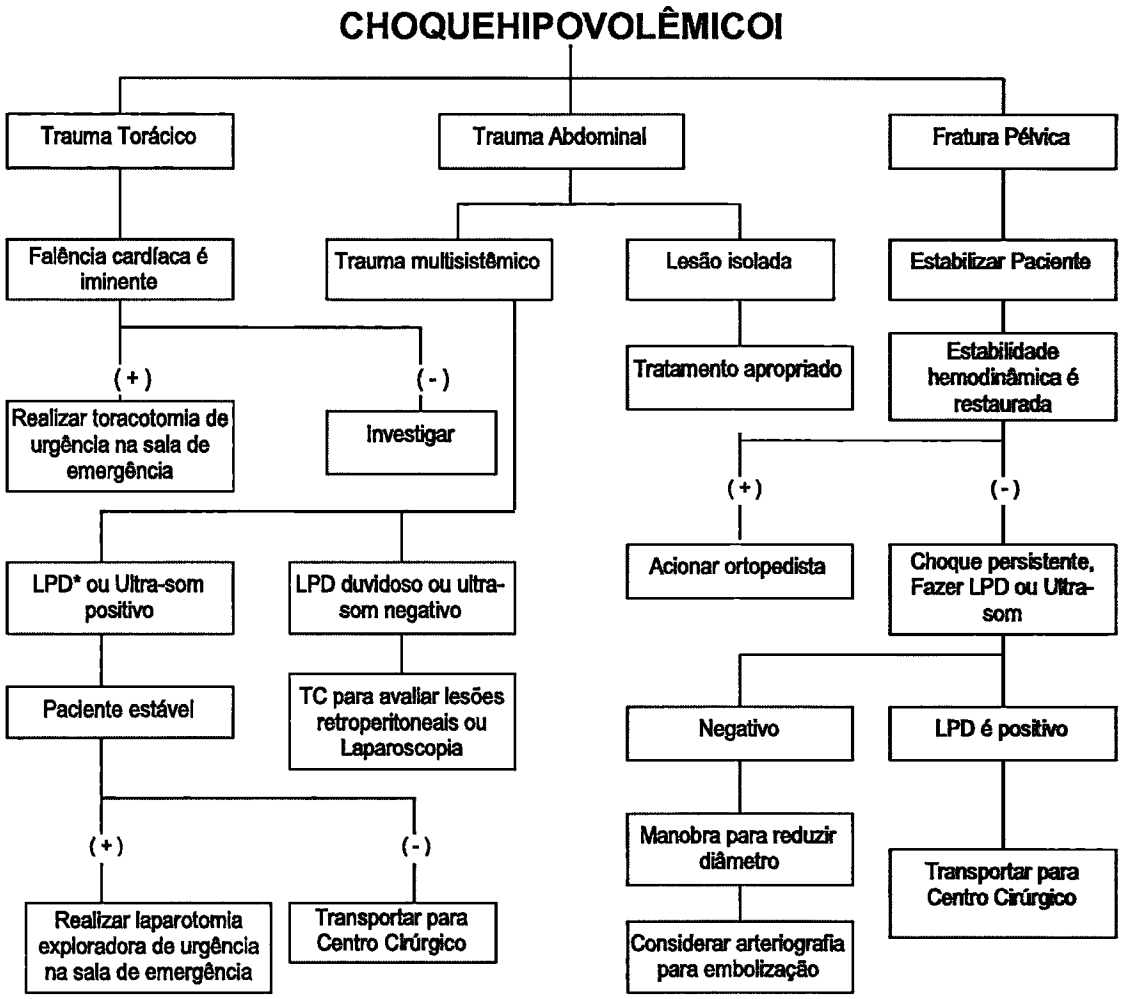
MEDICAÇÕES QUE DEVEM SER SUSPENSAS ANTES DO

PROCEDIMENTO ANESTÉSICO QUANDO POSSÍVEL

DROGA	TEMPO PRÉVIO DE SUSPENSÃO
Antidepressivo tricíclico – ADT (quando utilizando forma aguda menos	15 a 21 dias
Inibidores da MAO (quando clinicamente	15 dias
Hipoglicemiante oral	8 a 12 horas
Hipoglicemiante oral de longa duração	24 a 72 horas
Inibidores do apetite	15 dias
AAS	7 dias
ticlopidina	10 dias
clopidogrel	7 dias
Inibidores da GP IIb/IIIa	Bloqueio neuraxial não recomendado, monitorizar função plaquetária se punção
Heparina não-fracionada	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 1h antes ou
Heparina de baixo peso molecular	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 10-20h após baixas doses ou 24h após altas doses e
Anticoagulantes orais	Monitorizar INR, se $\leq$ 1,4 pode ser realizado bloqueio neuraxial; para cirurgias eletivas suspensão 1 a 3 dias antes e observar TP = 20% do valor

CHOQUE
DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO EM DECORRÊNCIA DE MÁ PERFUSÃO PERIFÉRICA


ETIOLOGIA
CARDIOGÊNICO
DIMINUIÇÃO DO ENCHIMENTO CARDÍACO
Pneumotórax hipertensivo
Derrame pericárdico (tamponamento)
Miocardiopatias restritivas Arritmias
DIMINUIÇÃO DO ESVAZIAMENTO CARDÍACO
Embolia pulmonar
Infarto Agudo do Miocárdio
HIPOVOLÊMICO
POR PERDA DE SANGUE
Hemorragias
POR PERDA INTERNA DE LÍQUIDOS
Pancreatite
Queimaduras
POR PERDA EXTERNA DE LÍQUIDOS
Vômitos
Diarréia
DISTRIBUTIVO
SÉPTICO
ANAFILÁTICO
NEUROLÓGICO
Traumatismo Raquimedular



(-)
Não
(+)
Sim

TRATAMENTO
Dois cateteres (jelco 14 ou 16) em veias periféricas calibrosas
Cristalóides – Adulto – 3.000ml da solução cristalóide (correr aberto),
Se necessário infundir mais 3.000ml.
Crianças – 20 a 40ml/Kg da solução cristalóide
Não melhorou, usar sangue

*LPD – Lavagem Peritoneal Diagnóstica

CHOQUE HIPOVOLÊMICO II

ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUIDOS OU ANGUE BASEADA NA APRESENTAÇÃO INICIAL DO PACIENTE ADULTO

Regra 3:1 - reposição de 300ml de solução eletrolítica para cada 100ml de perda sanguínea.

	I	II	III	IV
Perda de sangue (ml)	< 750	750 a 1.500	1-500 a 2.000	> 2.000
Perda de sangue(%)	< 15%	15 a 30%	30 a 40%	> 40%
Freqüência de pulso	< 100	> 100	>120	>140
Pressão sanguínea	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
Freqüência respiratória	14 a 20	20 a 30	30 a 40	> 35
Pressão de pulso	Normal ou aumentada	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Débito urinário (ml/h)	> 30	20 a 30	05 a 15	Nenhum
SNC	Ligeiramente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso e confuso	Confuso e letárgico
Reposição de fluidos (Regra 3:1)	Cristalóide	Cristalóide	Cristalóide e sangue	Cristalóide e sangue

CHOQUEHIPOVOLÊMICO
REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO

ADULTO:

1- Ringer Lactato 3.000ml endovenoso em 5 a 10min.

2 - Repetir se o paciente não melhorar (até

CRIANÇA:

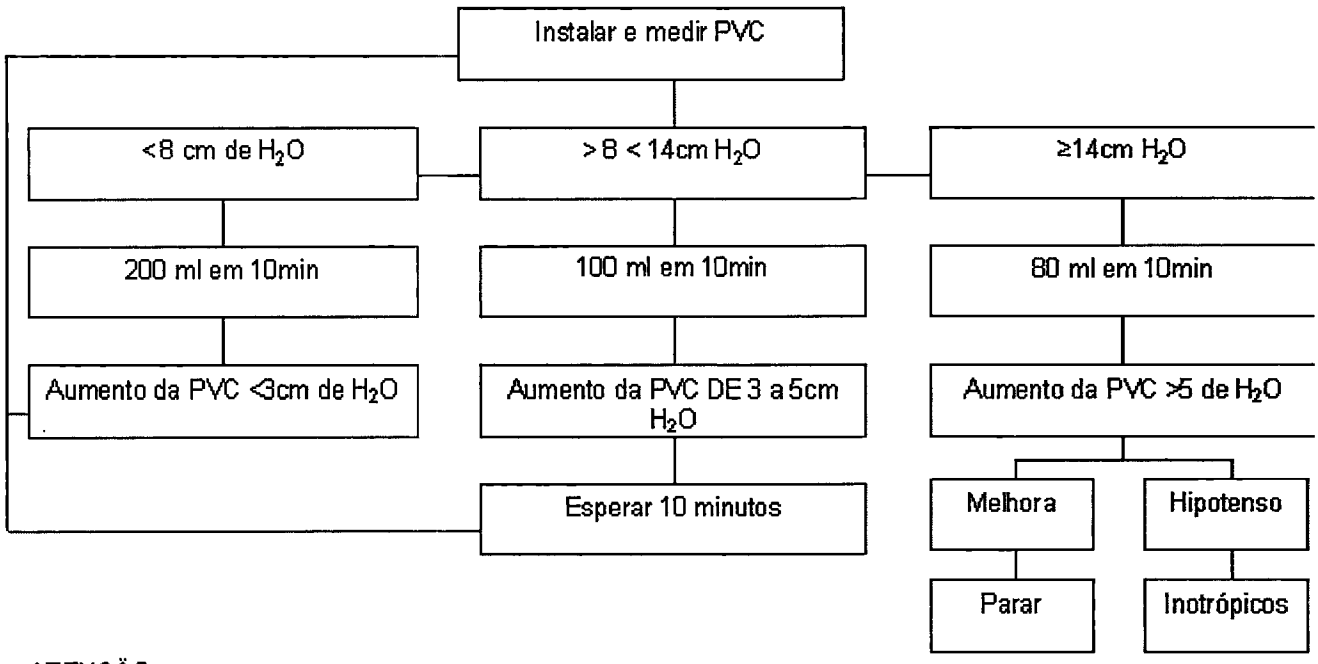
1 - 20ml/Kg (peso). Inicial. 2 - Repetir item 1 (até 2x)

Continuar a expansão rápida de líquidos com cristalóide e/ou colóides até atingir os índices abaixo.

Paciente estabilizado deve ter os seguintes

Pulso radial	Menor que 100 batimentos por minuto
Pressão arterial	Normal

REPOSIÇÃO DE VOLUME NO PACIENTE CARDIOPATA
PRESSÃO COLOIDOSMÓTICA DEVE ESTAR NORMAL



ATENÇÃO:
OBSERVAR:
1 - Dois (2) acessos venosos periféricos com jelco 14.
2 - Pacientes com hipoalbuminemia necessitam albumina humana associada ao cristalóide, desde o início.
3 - Pacientes cardiopatas podem necessitar de cardiotônicos.
4 - Monitorização da PVC: queimados, sépticos, neurológicos, cardiopatas.
5 - Pacientes diabéticos ou com insuficiência hepática não devem fazer uso de Ringer Lactato.

CHOQUE HIPOVOLÊMICO

EM CRIANÇAS

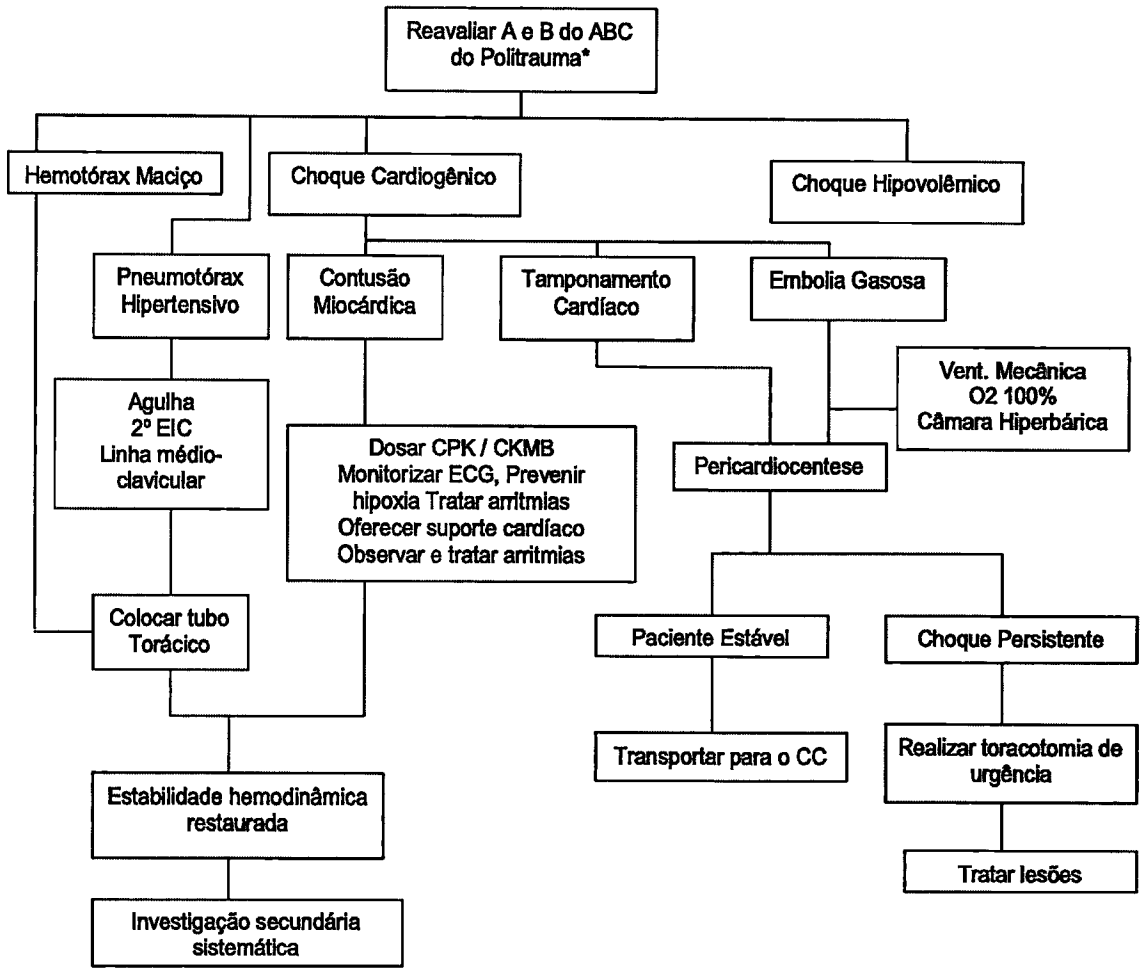
RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

	PERDA DE VOLUME SANGUINEO		
	< 25%	25 a 45%	> 45%
Cardíaco	Pulso fraco, aumento da FC	Aumento da FC	Hipotensão Taquicardia para
SNC	Letárgico, irritável, confuso	Mudança de nível de consciência, resposta	Comatoso
Pele	Fria, pegajosa	Cianótica, enchimento capilar diminuído,	Pálida e fria
Rins	Débito urinário diminuído, aumento	Débito urinário mínimo	Sem débito urinário

SINAIS VITAIS NORMAIS EM CRIANÇAS

	Freqüência máxima de pulso	Limite inferior da PA	Freq üência máxima
Infantes	160	80	40
Pré-	120	90	30
Adolescentes	100	100	20

CHOQUE PERSISTENTE



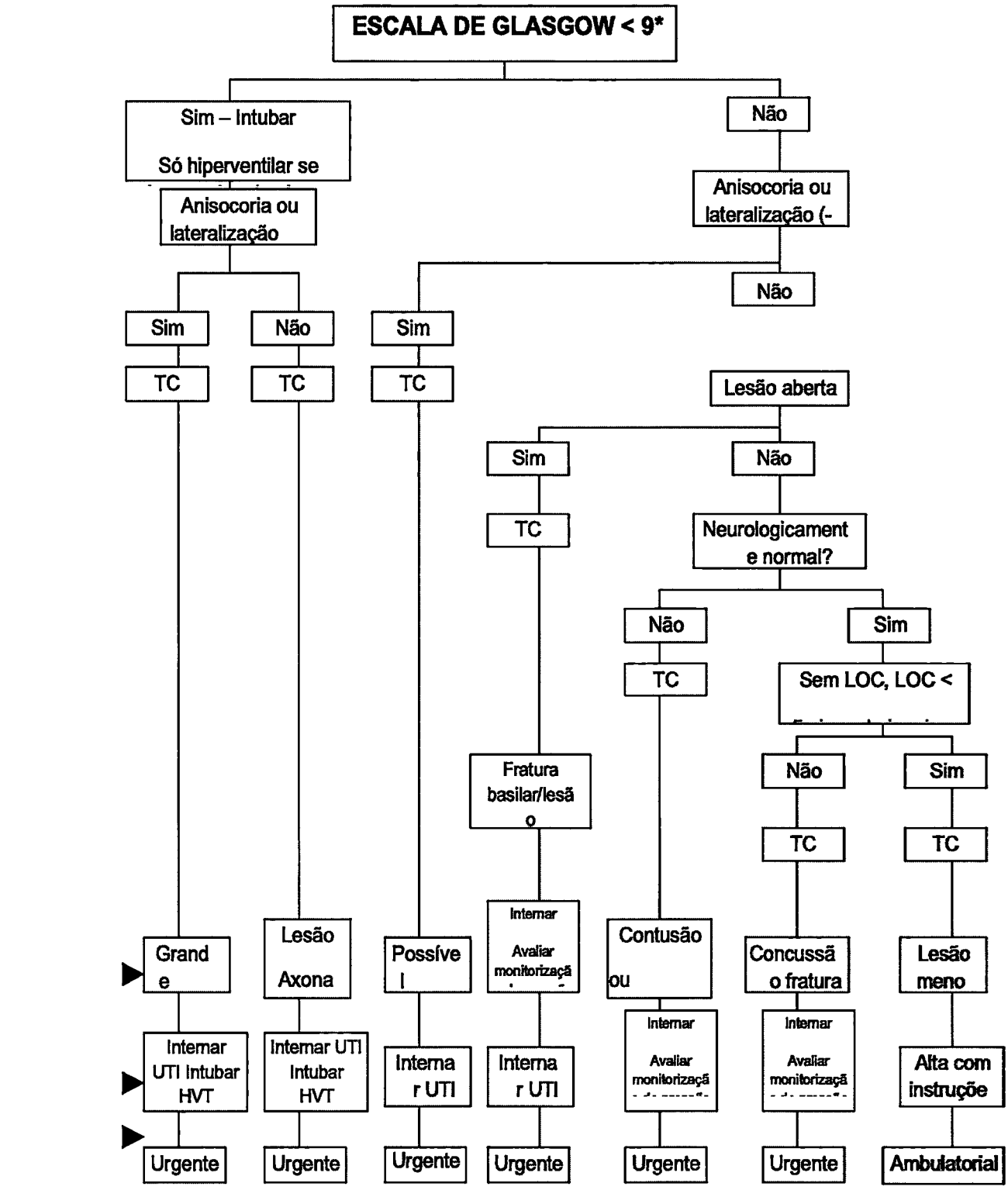
*Abertura das vias aéreas com controle e estabilização da coluna cervical:

Boa ventilação e respiração que asseguram uma troca gasosa e perfusão adequadas;

Controle da circulação através do controle de hemorragias, e se necessário, infusão de soluções; Défict neurológico deve ser pesquisado através de exame sumário apenas para confirmarmos e associá-los a outros sinais clínicos;

Exposição completa do paciente, retirando suas vestes, porém prevenindo-se a hipotermia.

TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO(TCE)



RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA

GRUPO DE RISCO

BAIXO	MODERADO	ALTO
Assintomático Cefaléia Tontura Consciência deprimida Laceração de couro cabeludo Contusão de couro cabeludo Ausência de critério moderado a alto risco	Mudança de consciência Cefaléia progressiva Intoxicação por álcool ou outras drogas Idade < 2 anos Convulsão Vômito Amnésia Trauma múltiplo Lesão facial séria Sinais de fratura basilar Possível penetração cerebral Possível fratura com afundamento Suspeita de agressão infantil	Consciência deprimida Sinal focal Fratura com afundamento

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP)**DIRETORIA DE MEDICINA**	Emissão
Fluxo de Atendimento Ambulatorial		Revisão:
		Data:
Executante Diretoria de Medicina **Resultados esperados** Orientação do fluxo de pacientes em atendimento ambulatorial **Recursos Necessários** Mesa, cadeira, caneta .		
ETAPAS DO PROCEDIMENTO 1. O paciente com seu atendimento agendado para hospital ao chegar no hospital deve se dirigir a rec área referente ao seu agendamento2. A recepcionista de área confirma o agendamento, confere o docu de identidade, e dá presença por ordem de chegada3. A recepcionista indica o consultório de atendime o paciente se dirigir até o local e aguardar ser chamado pelo seu nome pelo profissional4. Se tratar-se paciente sem prontuário no hospital, o mesmo será encaminhado ao balcão do SPP para abertura de p (conforme POP do referido serviço) seguindo o mesmo fluxo dos pacientes que necessitarem de atualiz cadastral8. Nos casos de encaixe, primeiro a recepcionista de área insere na agenda mediante autoriza consulta com a data assinada pelo médico .9. O paciente tem o prazo de até duas horas do horário age de início do atendimento para dar presença na respectiva área. Excepcionalidades serão avaliadas por profissional.		
Cuidados Ter atenção no artendimento ao usuário **Ações em caso de não conformidade**		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP)**DIRETORIA DE MEDICINA**	Emissão
Solicitação de Exames Externos (exceto exames de imagem)		Revisão:
		Data:
Executante Diretoria de Medicina**Resultados esperados**Solicitação de Exames (exceto exames de imagem)**Recursos Necessários**Mesa, cadeira, caneta .		
ETAPAS DO PROCEDIMENTO . 1. Para solicitar exames ,exceto exames laboratoriais, o médico deverá preencher a solicitação padrã e a solicitação de procedimentos especiais constando justificativa clínica completa, sendo necessária a médico responsável pelo paciente (staff)2. A solicitação será entregue na recepção da Direção (SAAD) encaminha para avaliação da Diretoria de Medicina (DM), que poderá autorizar, ou solicitar informaçõe complementares, ou mesmo negar autorização e devolver justificativa ao solicitante3. Após autorizado secretaria da direção deve avisar a Unidade Solicitante, que deverá buscar a solicitação autorizada par agendamento.		
CuidadosAções em caso de não conformidade		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura dorepresentante	Data

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **DIRETORIA DE MEDICINA**	Emissão
Solicitação de Medicamento não Padronizado		Revisão:
		Data:
Executante Diretoria de Medicina **Resultados esperados** Estabelecer o fluxo para solicitação de medicamentos não padronizados no hospital **Recursos Necessários**		
ETAPAS DO PROCEDIMENTO . 1. O médico da unidade ou Serviço solicitante deve preencher a solicitação completa e anexar pelo m referências com nível de evidência e encaminhar ao Serviço de Farmácia 2. O Serviço de Farmácia recebe, avalia (quanto ao preenchimento do formulário e envio da literatura c quanto a disponibilidade em programas do Ministério da Saúde, quanto ao saldo em estoque resultante anteriores, quanto a disponibilidade comercial e/ou manipulação e encaminha para análise da CFT 3. A médica presidente da CFT analisa, emite parecer técnico e encaminha para Diretoria de Medicina (4. A DM avalia a solicitação com base no parecer da CFT, emite seu próprio parecer e encaminha nova Serviço de Farmácia 5. O Serviço de Farmácia providencia os encaminhamentos necessários conforme parecer final da DM: aprovada a solicitação, providencia o pedido de compras e encaminha ao Serviço de Compras se nega solicitação, encaminha a cópia do parecer da CFT e DM para ciência do médico solicitante		

6. O Serviço de Compras realiza a cotação com pelo menos três fornecedores, encaminha ao Serviço de farmácia para análise técnica do medicamento 7. O Serviço de Farmácia analisa as cotações recebidas e identifica o fornecedor que apresentou a melhor proposta (compatibilidade com a especificação do medicamento solicitado e menor preço) 8. O Serviço de Compras emite o empenho ao fornecedor para a entrega do medicamento no Serviço de Farmácia 9. O Serviço de Farmácia recebe o medicamento solicitado e comunica à Unidade onde o paciente está internado 10. O médico solicitante prescreve diariamente o medicamento conforme rotina de prescriçãomédica para paciente internado 11. A enfermagem encaminha a segunda via da prescrição médica ao Serviço de Farmácia, diariamente, para retirada do medicamento para 24 horas até a alta hospitalar.
Cuidados **Ações em caso de não conformidade**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **DIRETORIA DE MEDICINA**	Emissão
Solicitação de Exs de Imagiologia		Revisão: Data:

Executante Diretoria de Medicina **Resultados esperados** Fluxo de solicitação de exames **Recursos Necessários**
ETAPAS DO PROCEDIMENTO . 1. O médico solicitante deve preencher a solicitação de exames padrão e a solicitação de procedimen especiais que se encontra no prontuário do paciente, com a devida justificativa clínica e indicação do e completa contendo todas as informações relevantes. 2. Os dois documentos devem ser levados para a Secretaria da Direção (em caso de procedimentos e conforme fluxo de entrega de documentos de cada Unidade de Internação. Os documentos serão avali Diretoria de Medicina (DM), que poderá autorizar, ou solicitar informações complementares chamando solicitante. 3. Após autorizado pela DM, a secretaria da direção coloca o carimbo contendo a clínica para a qual o autorizado . Esta orientação será dada pela DM. 4. As unidades de internação são avisadas de que a solicitação está autorizada para que possam busc providenciar o agendamento do exame solicitado.
Cuidados

Ações em caso de não conformidade		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **DIRETORIA DE MEDICINA**	Emissão
Solicitação de Padronização de Medicamentos		Revisão:
		Data:

Executante
Diretoria de Medicina
Resultados esperados
Estabelece o fluxo de Padronização de Medicamentos n
Recursos Necessários

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

. 1. O médico ou outro profissional de saúde deve preencher a solicitação completa e anexar pelo menc referências com nível de evidência e encaminhar à CFT
2. A solicitação de padronização de medicamentos poderá ser entregue à CFT. A análise da solicitação realizada em reunião ordinária mensal da CFT. Quando necessário, uma outra reunião extraordinária p realizada em conjunto com o médico solicitante e/ou chefia da especialidade e ainda outros profissiona convidados
3. Após deliberação da CFT se aprovada a padronização, a relatora da CFT cadastra o medicamento, especificando e codificando no Sistema Hospitalar, comunica a Chefia da Seção de Dispensação e Cer Abastecimento Farmacêutico/Serviço de Farmácia através de memorando para providências de aquisiç seja negada a inclusão do medicamento, a CFT irá emitir um parecer técnico e a relatoria irá encaminh solicitante , para ciência da análise realizada pela CFT

Cuidados

Ações em caso de não conformidade

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **DIREÇÃO GERAL**	Emissão
Reclamações/solicitações/elogios de pacientes e familiares		Revisão: Data:

Executante
Diretoria de Medicina
Resultados esperados
Receber reclamações/solicitações/elogios de pacientes e familiares
Recursos Necessários

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

. 1. A recepcionista atenderá os pacientes/usuários ou acompanhantes que desejam fazer reclamações/solicitações/elogios
2. O paciente/usuário ou acompanhante deve preencher o Formulário de Reclamação/Solicitações/Elog será fornecido pela Recepcionista. A pedido do mesmo, a recepcionista pode auxiliá-lo no registro
3. Após o seu preenchimento, a recepcionista deve protocolar o documento. Será gerado um número se para este documento, que deverá ser escrito no alto, à direita do mesmo
4. A recepcionista fará uma cópia do documento e colocará o carimbo de recebido na original e na cópi informando a data e hora do recebimento e assinar
5. A recepcionista deve entregar ao paciente a cópia, informando o seu número de protocolo
6. A original do documento deve ser colocada na caixa de "ENTRADA" das reclamações/solicitações/el
7. As servidoras , irão protocolar no livro, tirar uma cópia, encaminhar a original para a Diretoria ligada reclamação/solicitação/elogio, com a data do encaminhamento
8. As Diretorias devem realizar os encaminhamentos necessários e de posse da manifestação dos envo ciência, e encaminhar à Secretaria de Apoio Administrativo às Diretorias (SAAD).
9. A SAAD encaminha para os setores responsáveis aguardamos resposta e após informarmos ao recla
10. Após ciência da Direção Geral, a SAAD deve dar a resposta ao paciente/usuário ou acompanhante telefone ou e-mail informado no documento registrar no documento, a data e horário do contato e com
11. A pedido do paciente/usuário ou acompanhante, pode ser disponibilizado uma cópia do documento encaminhamentos e manifestações internas
12. Arquivar a reclamação na pasta em ordem numérica
13. Sempre que o documento não retornar dos Serviços num prazo superior a 10 dias, ligar para a che do Serviço cobrando a manifestação.

Cuidados

Ações em caso de não conformidade

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

Protocolo Clínico de Síndromes Coronarianas Agudas

Siglas

AAS Ácido acetilsalicílico
AI Angina instável
ATC Angioplastia transluminal coronária
BBloq Betabloqueadores
BCRE Bloqueio completo do ramo esquerdo
BIA Balão intra-aórtico
BRA Bloqueadores dos receptores de angiotensina II
CRVM Cirurgia de revascularização miocárdica
CIV Comunicação Interventricular
DAC Doença arterial coronariana
DM Diabete melito
EAP Edema agudo de pulmão
ECG Eletrocardiograma de superfície
EV Endovenosa
FA Fibrilação atrial
FEVEFração de ejeção do ventrículo esquerdo
HAS Hipertensão arterial sistêmica
IAM Infarto agudo do miocárdio
IAMCSST Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST
IAMSSSTInfarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST
IC Insuficiência cardíaca
ICP Intervenção coronária percutânea
IECA Inibidores da enzima conversora da angiotensina
IM Insuficiência mitral
ISRAA Inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona
INCInstituto Nacional de Cardiologia
IVE Insuficiência ventricular
MNM Marcadores de necrose miocárdica
PAS Pressão arterial sistólica
POP Procedimento Operacional Padrão
RC Reabilitação Cardíaca
SCA Síndrome coronariana aguda
SCACSST Síndrome coronariana aguda com supra do segmento ST
SCASSST Síndrome coronariana aguda sem supra do segmento ST
SNC Sistema nervoso central
SK Estreptoquinase
SUS Sistema Único de Saúde

TE Teste ergométrico
TEP Tromboembolismo pulmonar
TnI Troponina I
TNK Tenecteplase
TnT Troponina T
tPA Alteplase
TRH Terapia de reposição hormonal
TVSTaquicardia ventricular sustentada
UCo Unidade coronariana
UTI Unidade de terapia intensiva

INTRODUÇÃO

A doença arterial coronariana (DAC) representa a principal causa de óbito no mundo, estando entre as patologias de maior impacto clínico e financeiro. A maioria dos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) é causada pela oclusão de um ramo coronariano principal. A obstrução e consequente redução do fluxo coronariano se devem comumente à ruptura física de uma placa aterosclerótica com subsequente formação de trombo oclusivo. Vasoconstrição coronária e micro embolização podem também estar envolvidos neste processo.

A representação clínica da DAC pode ser identificada em suas formas crônica, como a angina estável, e aguda, nas síndromes coronarianas agudas (SCA), com supra ST e sem supra ST.

No Brasil, estima-se a ocorrência de 300 mil a 400 mil casos anuais de infarto, e que a cada 5 a 7 casos, ocorra um óbito. Assim, apesar dos inúmeros avanços terapêuticos obtidos nas últimas décadas, a SCA é ainda uma das mais importantes causas de morbimortalidade em nosso meio.

OBJETIVO PRIMÁRIO

- Redução da morbidade e mortalidade dos pacientes com SCA no território nacional.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Reconhecer a dor torácica sugestiva de SCA que requer atenção imediata e realização de eletrocardiograma (ECG) em até 10 minutos.
- Distinguir, dentre os pacientes com SCA, aqueles com quadro de síndrome coronariana aguda com supra ST (SCACSST), que precisam ser submetidos à reperfusão no menor tempo possível (prioritariamente até 12 horas após início do evento agudo)

- Estratificar o risco dos pacientes com SCA para direcioná-los para avaliação e tratamento adequados.
- Identificar e tratar precocemente as complicações relacionadas à SCA.
- Orientar a prevenção de novos eventos coronarianos, garantindo o cuidado continuado ea reabilitação do paciente.

MATERIAL E MÉTODOS ENVOLVIDOS

- Ambulância UTI do Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- Materiais para ressuscitação cardiorrespiratória: tubo endotraqueal, medicamentos, laringoscópio, máscara, valva;
- Equipamento de ECG com 12 derivações;
- Recursos de telemedicina que permitam a identificação e o diagnóstico eletrocardiográfico à distância, incluindo desde o envio do traçado por fax a outras formas mais complexas de transmissão de dados para a Unidade de Referência;
- Medicamentos e insumos para atendimento de urgência analgesia, sedativo, oxigênio e outros;
- Medicamentos para a reperfusão miocárdica (trombolíticos);
- Exames laboratoriais, como marcadores de necrose miocárdica, de preferência a troponina;
- Monitor cardíaco com oximetria de pulso;
- Unidade de terapia intensiva (UTI) de referência;
- Serviço de hemodinâmica de referência;
- Unidade básica de saúde de referência.

EQUIPE PROFISSIONAL

- Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e outros.
- Gestores de saúde de unidades nos níveis primário, secundário e terciário de atenção.
- Profissionais das unidades móveis de urgência e emergência.

DEFINIÇÃO

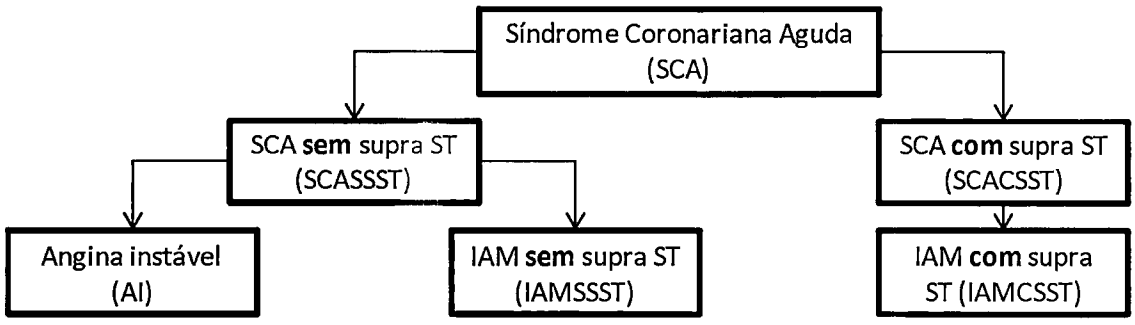
O termo SCA é empregado nas situações em que o paciente apresenta evidências clínicas e/ou laboratoriais de isquemia miocárdica aguda, produzida por desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio para o miocárdio, tendo como causa principal a instabilização de uma placa aterosclerótica.

A SCA se apresenta sob duas formas clínicas: com supradesnivelamento do segmento ST (SCACSSST), ou infarto agudo do

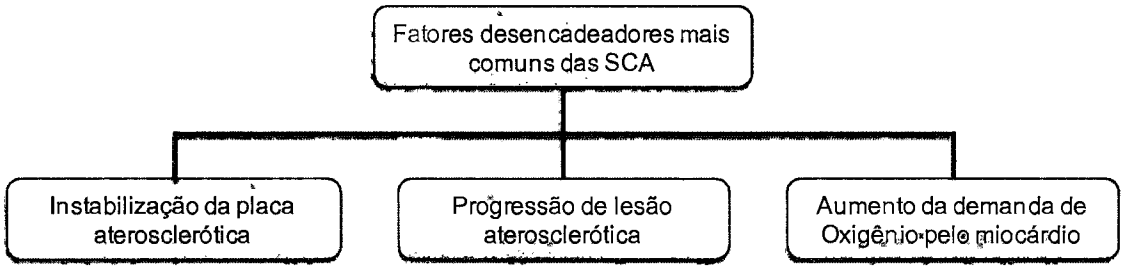
miocárdio com supra de ST (IAMCSST), e aquela sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST). **Esta diferenciação é fundamental para o tratamento imediato da SCACSST através da reperfusão miocárdica, seja com trombolíticos ou com angioplastia primária.**

A SCASSST se subdivide em angina instável (AI) e infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST). Ambos tem apresentações clínicas e eletrocardiográficas semelhantes, sendo distinguidas pela elevação (IAMSSST) ou não (AI)dos marcadores de necrose miocárdica, como troponina e creatinofosfoquinase fração MB(CK-MB), após algumas horas do início dos sintomas.

Estudos recentes de âmbito mundial mostram que a SCACSST ocorre em 1/3 doscasos, enquanto a maioria dos pacientes com SCASSST apresenta-se com AI.



ETIOLOGIA



1. **Instabilização de placa aterosclerótica**, com ativação e agregação plaquetária associada à formação do trombo. O risco de ruptura da placa depende da sua composição e vulnerabilidade (tipo de placa) e do grau de estenose (tamanho da placa). A maioria de todos os trombos relacionados ao infarto surge emplacas que causam apenas leve a moderada estenose. Se o trombo é oclusivo, geralmente há necrose transmural na parede miocárdica suprida pela artéria afetada, com aparecimento de supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST). Nas SCASSST, o trombo produz estreitamento

grave das artérias coronárias, sem levar a oclusão total.

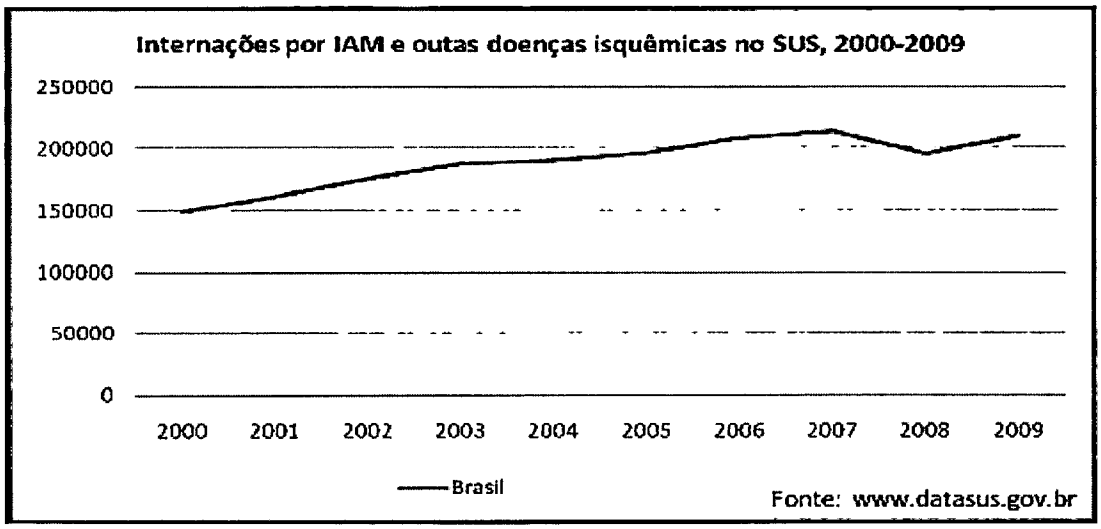
2. **Progressão** da **Lesão Aterosclerótica**, com obstrução coronariana progressiva, acompanhada de angina em caráter progressivo.

3. **Aumento da demanda de oxigênio**, em casos de estenose coronariana prévia, por fibrilação atrial com rápida resposta ventricular, febre, tireotoxicose, estenose aórtica entre outras causas. Esta angina é denominada secundária.

Causas menos comuns de SCA: Embolia coronariana (endocardite infecciosa, trombos murais, valvas protéticas), processos inflamatórios (viroses, aortite sifilítica, arterite de Takayasu, poliarterite nodosa, lúpus eritematoso sistêmico, sequela de radioterapia), uso de cocaína (produzindo vasoespasmo coronariano e/ou lesão endotelial) e IAM com artérias coronarianas angiograficamente normais (Vasoespasmo / Doenças da microcirculação).

INCIDÊNCIA

O número de internações devido à SCA e outras doenças isquêmicas do coração pelo SUS vêm aumentando progressivamente nos últimos anos no país, conforme visualizado no gráfico abaixo. A maioria das mortes por IAM ocorre nas primeiras horas de manifestação da doença, sendo 40 a 65% dos casos na primeira hora e, aproximadamente 80% nas primeiras 24 horas. Assim, é essencial que os pacientes com SCA sejam prontamente atendidos e tratados.



DIAGNÓSTICO

HISTÓRIA

CARACTERÍSTICAS DA DOR TORÁCICA E SINTOMAS ASSOCIADOS

A dor torácica é a apresentação clínica mais comum da isquemia miocárdica ocorrendo em aproximadamente 80% dos casos.

A angina estável típica possui três características básicas:

- É desconforto difuso, retroesternal, não afetado por posição, movimento ou palpação, podendo irradiar para ombros, braço esquerdo, braço direito, pescoço ou mandíbula;
- É reproduzida pelo esforço ou estresse emocional;
- É prontamente aliviada pelo repouso ou pelo uso de nitrato sublingual.

A dor dos pacientes com SCA tem características semelhantes à da angina estável, mas os episódios são mais intensos e prolongados e, normalmente, ocorrem em repouso. Frequentemente, vem acompanhada de sudorese, náuseas, vômitos, ou dispnéia. Não rara éa apresentação atípica, com queixas como mal estar, indigestão, dor epigástrica, sudorese, inclusive sem dor torácica associada, principalmente em idosos e diabéticos.

Entre os pacientes que apresentam angina pectoris, há três apresentações principais que sugerem o surgimento de uma SCA:

- Angina de repouso com geralmente mais de 20 minutos de duração;
- Angina de início recente que limita a atividade;
- Angina em crescendo (maior frequência, maior duração ou ocorre com menor esforço que em eventos anginosos prévios).

DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA (DAC) PRÉVIA

A DAC prévia é sugerida por internações prévias, exames provocativos de isquemia (p.ex., teste ergométrico), cateterismo coronariano com lesões ou uso de tratamento específico. A presença de DAC prévia identifica pacientes com maior chance de SCA e maior taxa de complicações. Pacientes portadores de doença vascular periférica e a doença cérebro vascular comumente tem DAC concomitante.

EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO PARA DAC

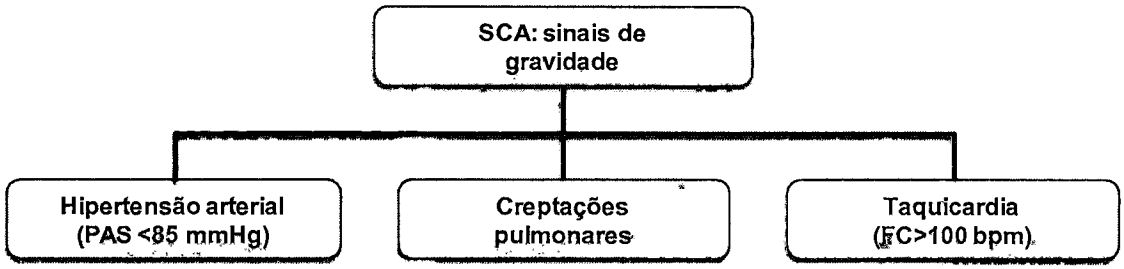
O risco de DAC aumenta progressivamente após cada década acima de 40 anos. O sexo masculino é fator de risco adicional. Em pacientes mais jovens ou com poucos fatores de risco, o uso de cocaína ou metanfetaminas deve ser investigado. Para o diagnóstico de SCA, a presença de fatores de risco para DAC são menos importantes que a história típica, as alterações de ECG e os marcadores de necrose miocárdica, porém a presença de 3 ou mais destes fatores é marcador de pior evolução.

Fatores de risco para DAC
Tabagismo
Hipertensão arterial
Dislipidemia
História familiar de DAC precoce (homem <55anos e mulher < 65anos)
Diabetes mellitus

Pacientes com suspeita de SCA devem se imediatamente avaliados por médicos capacitados

EXAME FÍSICO

O exame físico geralmente é inespecífico. Alguns achados podem contribuir no diagnóstico diferencial de doenças, como estenose aórtica e dissecção de aorta (assimetria de pulsos ou sopro de insuficiência aórtica). Por outro lado, o exame físico pode auxiliar no reconhecimento dos quadros de maior gravidade.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOR TORÁCICA

Apenas 15 a 25% dos pacientes admitidos em serviços de emergência com dor torácica apresentam SCA. Outras causas de dor torácica potencialmente grave devem ser identificadas precocemente, como:

- Dissecção aguda de aorta;
- Tromboembolismo pulmonar;
- Pneumotórax hipertensivo.

ELETROCARDIOGRAMA

IAMCSST:

Critérios eletrocardiográficos:

- Presença de supradesnivelamento do segmento ST, maior que 01 mm em, no mínimo, duas derivações periféricas contínuas ou 02 mm em, no mínimo, duas derivações precordiais contínuas, ou
- Presença de bloqueio completo do ramo esquerdo (BRCE) novo ou presumivelmente novo (representa aproximadamente 7% dos pacientes com IAMCSST).

Paredes acometidas segundo derivações analisadas:

- Anterior: duas ou mais derivações precordiais (V1-V6)
- Ântero-septal: V1 a V3
- Apical ou lateral: I e aVL, V4 a V6
- Inferior: II, III e aVF; quando deverá ser realizado derivações direitas (V3R eV4R) para avaliação de infarto de ventrículo direito.
- Posterior: V7 e V8; que devem ser realizadas na presença de infradesnivelamento ou ondas R proeminentes em V1 e V2.
- Ventrículo direito (VD): V3R / V4R. Derivações direitas devem ser realizadas em todos os infartos de a rede inferior.

SCASSST:

O ECG define alterações características de maior gravidade:

- Infradesnivelamento ≥ 0,5 mm (0,05mV) em 2 ou mais derivações contínuas;
- Inversão de onda T ≥ 2 mm em derivações sem onda Q.

DESTAQUES ECG

- O eletrocardiograma deve ser realizado em todo paciente com suspeita de SCA em até 10 minutos da admissão hospitalar.
- Se disponível, o ECG deve ser realizado em ambiente pré-hospitalar.
- Se o ECG inicial não for diagnóstico, outro ECG deve ser realizado após 5 a 10 minutos.
- Caso o paciente permaneça em observação, o ECG deve ser repetido a cada 3 horas nas primeiras 9 a 12h ou a qualquer momento, caso haja mudança na condição clínica.
- Em pacientes com IAMCSST, o resultado da dosagem dos MNM não deve ser aguardado antes da reperfusão miocárdica, para que não haja atraso no início do tratamento.

TROPONINA: É o marcador mais sensível e específico para a detecção de necrose miocárdica, constituindo-se na primeira escolha para diagnóstico definitivo de necrose miocárdica. Eleva-se após 6 a 12 horas do início dos sintomas. Não há diferença na acuidade entre os dois tipos disponíveis, troponina T e I, devendo a dosagem ser do tipo quantitativa. Para diagnóstico de IAM, uma medida acima do valor normal é suficiente (curva enzimática desnecessária). **Quando dosada a troponina, a dosagem de outros marcadores enzimáticos torna-se desnecessária. Deve ser dosada na admissão e após 9-12 h do início dos sintomas.** Às vezes é necessário avaliar variação da troponina para distinguir elevação basal daquela por necrose miocárdica aguda (ex. doença renal crônica).

CK-MB: Se a troponina estiver indisponível, a CK-MB massa pode

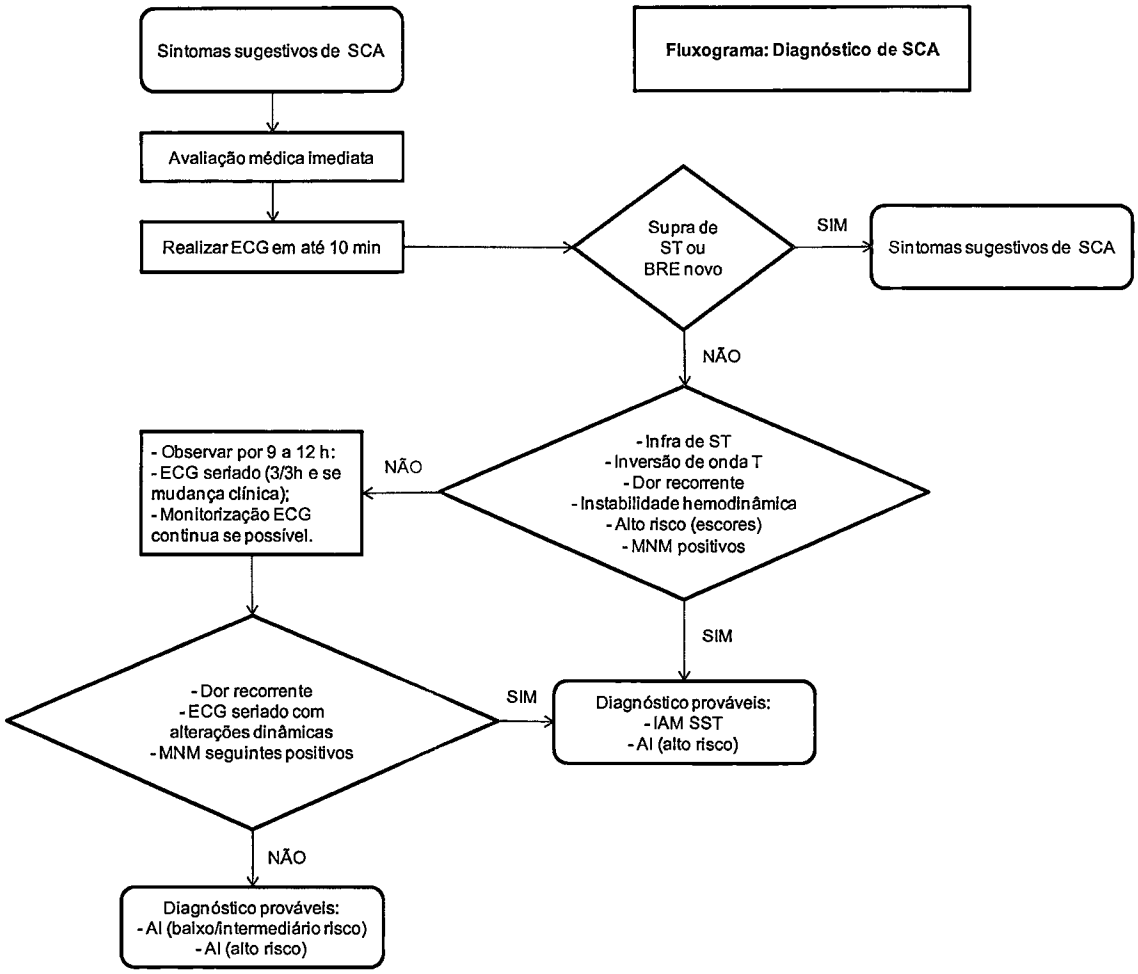
ser utilizada como alternativa. Se a CK-MB massa ou a troponina não estiverem disponíveis, a CK-MB atividade em associação com CK total pode ser utilizada. A CK-MB deve ser dosada na admissão e após 6 a 9 h do início dos sintomas. Se a suspeita de IAM for alta e os primeiros exames confirmaram o diagnóstico, colher nova amostra após 12h do início dos sintomas.

CK total: Pode ser utilizada para determinar a relação entre os níveis de CK total e CK-MB, para diferenciar lesão muscular de lesão miocárdica. CK-MB aumentada e acima de 5 a20% do valor da CK total sugere IAM.

Os MNM devem ser dosados à admissão nos pacientes com suspeita de SCA e repetidos com 9 a 12 horas do início dos sintomas nos casos de alta suspeita clínica.

As troponinas (T e I) são os marcadores bioquímicos de escolha para diagnóstico definitivo de necrose miocárdica. A CK-MB massa pode ser utilizada como alternativa à troponina.

DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA			
Anamnese	Dor típica	Qualidade	Desconforto difuso, constritiva ou em peso
		Localização	Retroesternal
		Irradiação	Ombro, braço E, braço D, pescoço ou mandíbula
		Não Alterada por	Posição, movimento, palpação
		Início	Geralmente em repouso
		Sinais e sintomas associados	Sudorese, náuseas, vômitos ou dispnéia
	Sintomas atípicos	Mal estar, indigestão, dor epigástrica e sudorese, principalmente em idosos e em portadores de diabetemelito (DM)	
	Fatores de risco	Tabagismo, HAS, dislipidemia, DM e história familiar deDAC precoce (homem < 55 e mulher < 65 anos).	
ECG	IAMCSST	Supradesnivelamento ST em 2 ou mais derivaçõesconsecutivas (>1mm nas derivações periféricas ou >2mmnas precordiais) **ou**	
		BCRE novo ou presumivelmente novo	
	SCASSST	Incaracterístico	
		Infradesnivelamento ≥ 0,5 mm em duas ou maisderivações consecutivas	
		Inversão T ≥ 2 mm em derivações sem onda Q	
MNM (marcadores de necrose miocárdica)	Troponina	Na admissão	VN = acima do percentil 99 do kit utilizado
		Após 9-12h da dor	
	ou CK-MB	Na admissão	VN = acima do percentil 99 do kit utilizado
		Após 6-9h da dor	
		Após 12h da dor	



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO À ADMISSÃO

Independente da estratégia de classificação de risco adotada pelo gestor ou pela instituição hospitalar deve-se reconhecer que a dor torácica é um sintoma comum, sendo necessária a diferenciação daquela de origem coronariana das demais. Como o IAMCSST é uma das formas de SCA no qual a terapia de reperfusão deve ser instituída o mais rápido possível, **a prioridade no paciente com suspeita de SCA é o seu encaminhamento imediato para um local onde possa ser reconhecido e tratado.** Esta avaliação implica, frente à suspeita de SCA, no acionamento imediato do cuidado pré-hospitalar móvel (SAMU) nas localidades onde este estiver disponível, ou, na ausência deste, na procura direta à instituição, com atendimento prioritário e realização de ECG, seguido pela terapia de reperfusão, se necessário.

Critérios clínicos sugestivos de SCA que exigem a avaliação imediata do paciente, com realização de ECG até 10 minutos após o atendimento incial:

- Dor ou desconforto torácico significativo, de início recente, durando mais que 15 minutos;
- Localização em qualquer local do tórax, possivelmente incluindo pescoço, braços, dorso, e abdome superior.

Fatores que indicam possível maior gravidade e favorecem o atendimento rápido:

- Sintomas associados com sudorese, náuseas, vômitos ou perda transitória da consciência;
- Idade acima de 30 anos, em ambos os sexos;
- Semelhanças com episódio conhecido de angina ou ataque cardíaco prévio;
- Irradiação para membro superior direito.

EXAMES DE ADMISSÃO

- Glicemia, Ureia, Creatinina;
- Sódio, Potássio, Magnésio;
- Hemograma completo;
- Tempo de Ativação da Protrombina (INR ou RNI) e PTT;
- Troponina (T ou I) ou CK-MB Massa (CK-MB e total - apenas na ausência de marcadores mais específicos);
- Colesterol Total e frações e Triglicerídeos (colher nas primeiras 24h de internação, com jejum de 10 a 12 horas);
- RX de Tórax: Não deve atrasar a reperfusão, exceto quando houver suspeita de Dissecção Aórtica.

A coleta de exames não deve atrasar o início da terapia específica

INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO	
Internação em UCo/UTI	
1	Pacientes com IAMCSST ou BRE novo/presumivelmente novo devem ser submetidos à terapia de reperfusão (trombólise ou ATC primária) e internados em Co/CTI.
2	Pacientes com IAMSSST devem ser internados em UCo/CTI.
3	Pacientes com AI e critérios de alto risco (Escore TIMI ≥ 5 ou infradesnivelamento do segmento ST ≥ 0,5 mm e m duas ou mais derivações contínuas) devem ser internadosem UCo/CTI.
Internação em Unidade com Monitorização Contínua (Sala de Emergência / Unidade deDor Torácica)	
1	Pacientes com AI de risco intermediário (TIMI 3 ou 4 e ausência de infradesnivelamento do segmento ST ≥ 0,5 mm em duas ou mais derivações contíguas ou aumento dos MNM) devem permanecer em observação por 24-48 h para: - Monitorização eletrocardiográfica contínua; - ECGs seriados; - MNM seriados, à admissão e 9-12 horas após a dor; - Alta para enfermaria em 24 a 48h se não houver recorrência da dor, estiveremestáveis, com ECG e MNM sem alterações; - Realizar teste provocativo de isquemia preferencialmente internados ou em 72horas após a alta.
2	Pacientes com suspeita de SCA ou possível SCA de baixo risco (TIMI ≤ 2 e ausência deinfradesnivelamento do segmento ST ≥ 0,5 mm em duas ou mais derivações contíguas ou aumento dos MNM) devem permanecer em observação por 12 a 24h para - Realização de ECG e - Dosagem sérica de MNM com 6-9 h e 9-12h do início da dor; - Alta para casa após em 12 a 24h se não houver recorrência da dor, se o pacienteestiver estável, com ECG e MNM sem alterações; - Realizar teste provocativo de isquemia ambulatorialmente.

TRATAMENTO

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

O interesse no atendimento pré-hospitalar do infarto agudo do miocárdio (IAM) se deve ao grande número de óbitos que ocorrem antes que os pacientes cheguem ao hospital tendo como modalidade mais frequente de parada cardiorrespiratória nas primeiras horas do IAM à fibrilação ventricular. A maior parte das mortes por IAM acontece fora do ambiente hospitalar, geralmente desassistidas pelos médicos, e entre aqueles que chegam ao hospital, apenas cerca de 20% destes pacientes chegam ao setor de emergência com até duas horas após o início dos sintomas.

A abordagem do paciente com suspeita de síndrome coronária aguda em ambiente extra-hospitalar deve, idealmente, ser feita por profissional de saúde, com realização de uma história clínica direcionada, investigando as características dos sintomas atuais. O eletrocardiograma executado no local de atendimento e interpretado por um médico habilitado (na ambulância ou em local remoto) mostrou ser um método que reduz em 34% o tempo porta-agulha e em 18% o tempo porta-balão além de uma tendência à redução da mortalidade intra-hospitalar em pacientes com IAMCST.

O impacto potencial, em termos de benefício, ao se intervir na fase pré-hospitalar no IAM reforça a necessidade de programas que permitam:

a) Identificar o perfil dos casos de IAM que não chegam aos hospitais, qualificando o estado atual de atendimento e quantificando o impacto de uma nova estratégia, de grande difusão na população;

b) Estruturação de unidades de atendimento (móveis e fixas), equipadas, qualificadas e de ampla abrangência no atendimento à população;

c) Fornecer maior informação à população quanto aos sintomas de IAM e a importância de uma busca rápida por auxílio médico;

d) Treinamento difuso da população para atendimento de urgência nos moldes de suporte básico de vida (BLS – Basic Life Support).

FIBRINÓLISE PRÉ HOSPITALAR

O retardo pré-hospitalar - intervalo entre o início dos sintomas isquêmicos e achegada ao hospital - é um dos determinantes do tamanho do infarto e da mortalidade pré e intra-hospitalar. Esse tempo é de 3-4 horas, em média. A utilização pré-hospitalar do fibrinolítico visa a reduzir este retardo. Estudos de fibrinólise pré-hospitalar realizados em diferentes países demonstraram que esse procedimento é factível e capaz de reduzir o tempo para administração do fibrinolítico. É importante reconhecer que em todos os estudos que utilizaram fibrinolíticos fora do ambiente hospitalar havia condições operacionais apropriadas para seu uso, para a monitorização, tanto clínica como eletrocardiográfica, pré-hospitalar.

Disponibilidade de fibrólise pré-hospitalar e impossibilidade de fazer angioplastia primária em 90 min.

Fibrinólise pré-hospitalar: desde que não haja contaminação e que p tempo primeiro atendimento-agulha seja de até 30 min.

INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA INICIAL

Medidas gerais

- Obter acesso venoso calibroso;
- Repouso no leito nas primeiras 12 a 24h. Se estável hemodinamicamente, sem arritmias e sem recorrência da dor torácica por 12 a 24h, liberar para levantar do leito;
- Monitorização eletrocardiográfica contínua;
- Oxigênio suplementar – apenas em paciente congestão pulmonar, dispnéia, cianose ou SatO2 < 90%;
- Morfina – se não houver alívio da dor com nitratos, usar morfina 2 a 4 mg a cada 5 a 15minutos, se necessário, para redução da ansiedade e atividade autonômica,diminuindo a demanda metabólica do miocárdio;
- Ansiolíticos – não tem indicação de uso indiscriminado. Não há

benefício comprovado.

Nitratos

- Inicialmente usar nitrato sublingual (dinitrato de isossorbida 5mg). Repetir até três vezes, cada 5 min, se houver persistência da dor torácica;
- Via endovenosa por até 48h e após por via oral, em especial naqueles com hipertensão arterial, ou congestão pulmonar;
- Contraindicações: bradicardia (FC < 50bpm), PAS < 90 mmHg, IAM de VD, uso de inibidor da fosfodiesterase (sildenafil nas últimas 24h, tadalafil nas últimas 48h evardenafil - não há tempo definido);
- Efeitos colaterais: Cefaléia, tonteira, vertigem, rubor facial, hipotensão, hipotensão ortostática, taquicardia reflexa.

Ácido Acetil Salicílico (AAS)

- É o antiplaquetário de eleição nas SCA;
- Dose: 160 a 325 mg (deve ser mastigado para facilitar a absorção) quando do primeiro atendimento, antes mesmo da realização do ECG. No Brasil a dose comumente utilizada é de 200 mg no atendimento inicial. A terapia de manutenção pode ser feita com 100 mg/dia;
- Efeitos colaterais mais comuns: aumento da frequência de eventos hemorrágicos (principalmente gastrintestinais), broncoespasmo, angioedema, anafilaxia, trombocitopenia;
- Para paciente com SCA e sangramento gastrintestinal prévio, em uso isolado de AAS ou combinado com o clopidogrel, deve ser prescrito inibidores da bomba de prótons;
- Para contraindicação ao AAS, deve ser administrado clopidogrel (dose de ataque: 300mg; dose de manutenção: 75mg/dia).

Clopidogrel

- Indicado nas SCA com supra e sem supra ST em associação ao AAS.
- Dose de ataque:
  - Em pacientes com 75 anos ou mais, não administrar dose de ataque – apenas um comprimido de 75 mg.
  - No IAMCSST:
    - Tratamento com ICP primária: 600 mg (considerar 300 mg em pacientes com risco de sangramento aumentado);
    - Trombolítico ou sem terapia de reperfusão: 300 mg .
  - Na SCASSST: 300 mg. Considerar 600 mg nos pacientes tratados com estratégia invasiva precoce, considerando aumento do risco de sangramento.

Dose de Manutenção: 75 mg / dia, idealmente por 9 meses. Tempo mínimo de uso em pacientes com stent convencional: 1 mês. É importante não descontinuar o tratamento após alta. Diante desta necessidade de continuação do tratamento, o estabelecimento hospitalar deverá entregar no dia da alta, 30

(trinta) comprimidos ao paciente até que seja adquirido pelo componente especial da assistência farmacêutica (CEAF).

- Em pacientes com SCA, em que se planeja CRVM, deve-se suspender o clopidogrel por um período mínimo de 5 dias, a exceção, quando há necessidade de CRVM de urgência.
- Efeitos colaterais mais comuns: aumento da frequência de eventos hemorrágicos, reações anafilactóides, angioedema, hipersensibilidade, síndrome de Stevens Johnson, neutropenia.

Inibidores da Glicoproteína IIB/IIIA (iGP)

O uso dos iGP (abciximab e tirofiban) em adição à terapia antiagregante dupla (clopidogrelem associação ao ácido acetilsalicílico) ainda é controverso, pelo aumento do risco de sangramento e redução do benefício a ser obtido. Reconhece-se as seguintes indicações aos iGP:

- IAMCSST: O abciximab pode ser administrado, pelo hemodinamicista, em pacientes <75 anos que serão submetidos à ICP primaria, especialmente diante de alta "carga trombótica" intracoronária.
- SCASSST: Considerar abciximab ou tirofiban no tratamento de pacientes de alto risco com programação de coronariografia precoce, quando não é possível ou desejável e utilizar clopidogrel.

Anticoagulantes

Heparinas

Pode-se utilizar tanto a heparina não fracionada (HNF) como a heparina de baixo peso molecular (HBPM), que apresenta vantagens terapêuticas por não necessitar de monitorização da anticoagulação e ter esquema posológico mais simples. Não há diferença entre elas em relação à morte e IAM não fatal na SCASSST, mas a HBPM está associada à menor ocorrência de eventos cardiovasculares maiores nos pacientes com IAMCSST tratados com terapia de reperfusão. Os efeitos colaterais incluem eventos hemorrágicos, trombocitopenia (induzida por heparina ou imune), estados pró-trombóticos e reações anafilactóides.

SCACSST

- Todo paciente submetido à reperfusão deve receber heparina (HNF ou, preferencialmente, HBPM) por no mínimo 48h, idealmente 8 dias ou até alta hospitalar;
- Na terapia trombolítica, a Enoxaparina (HBPM) é indicada como adjuvante a terapia trombolítica no IAMCST nas seguintes doses: em pacientes com idade < 75 anos: 30 mgIV em bolo e após 1,0 mg/kg de peso subcutâneo de 12/12 horas até a alta hospitalar; em pacientes com idade ≥ 75 anos: não administrar o bolo e iniciar com 0,75 mg/kg subcutâneo de 12/12 horas. (I/A). Se se optou por heparina não fracionada como adjuvante na terapia

trombolítica, ajustar dose de anticoagulante pelo PTT (RPC 1,5 a2.0 X);

- Nos Pacientes submetidos à angioplastia primária:

o Em tratamento prévio com HNF, usar bolus adicional durante procedimento.

o Pacientes tratados com enoxaparina: se a última dose subcutânea foi administrada:

- Há menos de 8h: não deve ser administrada heparina adicional;
- Entre 8 e 12h: administrar bolo de 0,3 mg/Kg IV;
- Há mais de 12h: administrar bolo de 1 mg/Kg IV.

SCASSST

- Todo paciente deverá receber HNF por 48h ou enoxaparina por 8 dias ou até alta hospitalar;
- Naqueles eleitos para estratégia conservadora, deve-se preferir enoxaparina.

Doses Recomendadas:

HNF - por 48h (risco de trombocitopenia):

- Bolo inicial: 60U/Kg (máximo: 4000 U)
- Manutenção: 12U/kg/h (até 1000U/h), mantendo PTTa 1.5 a 2.0 vezes a referência.

Enoxaparina - na internação hospitalar, por até 8 dias:

- Pacientes < 75 anos e sem IRC: 1mg/Kg de 12/12h SC;
- Pacientes > 75 anos: 0,75 mg/kg de 12/12h SC.
- Pacientes com IRC (clearance de creatinina< 30 mL/min: 1 mg/kg SC, 24/24h.

FONDAPARINUX

Este inibidor indireto do fator Xa tem menor probabilidade de produz irtrombocitopenia e é comparável às heparinas, principalmente quando se opta pela terapêutica conservadora.

IAMCSST

- Paciente não submetido à ICP primária deve receber fondaparinux (creatinina < 3mg/dl) 2.5mg IV, depois 2,5mg SC cada 24h, na internação hospitalar, até 8 dias.
- **SCASSST**
- O fondaparinux pode ser anticoagulante de escolha em casos de tratamento conservador, na dose 2,5mg SC cada 24h, durante a internação hospitalar, por até 8dias.
- O fondaparinux pode ser utilizado no lugar da heparina (HNF ou HBPM) no paciente de estratégia invasiva, na dose 2,5 mg SC cada 24h, recebendo bolo único IV de HNF(85U/kg ou 60U/kg se uso de iGP) no momento da coronariografia ou da ICP.

Betabloqueadores

- O uso de betabloqueador oral está indicado nas primeiras 24 horas de SCA em pacientes de baixo risco de desenvolver choque cardiogênico e na ausência de contraindicações;
- Betabloqueador IV deve ser usado em pacientes com hipertensão ou taquiarritmia, na ausência de disfunção ventricular esquerda sistólica;
- Efeitos colaterais mais comuns incluem bradicardia, bloqueios de condução, piora dos sintomas de insuficiência cardíaca, broncoespasmo, hipotensão.

CONTRAINDICAÇÕES AO USO DE BETABLOQUEADOR
Frequência cardíaca <60 bpm
Pressão Sistólica <100 mmHg
Intervalo PR > 0,24 segundos
BAV de 2° e 3° graus
História de asma ou doença pulmonar obstrutiva grave
Doença vascular periférica grave
Disfunção Ventricular grave
Classe Killip ≥ 2

PROTOCOLO PARA ABORDAGEM DE PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL- AVC

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença cerebrovascular popularmente conhecida como "derrame", sendo a segunda maior causa de morte no Brasil e no mundo. A cada ano, 17 milhões de pessoas tem um AVC no mundo. Destas, 6,5 milhões morrem e 26 milhões ficam com incapacidade permanente. No Brasil, o AVC é principal causa de morte e incapacidade, com enorme impacto econômico e social, podendo ocorrer em qualquer idade, incluindo crianças.

Cada pessoa pode apresentar sinais e sintomas diferentes, de acordo com a parte e o lado do cérebro acometido, assim como do grau de dano cerebral. O AVC pode ser associado à cefaleia ou ser completamente indolor. Os sinais e sintomas mais comuns são:

- Desvio de rimalabial
- Dificuldade para falar ou entender comandos simples
- Confusão mental
- Perda visual em um ou ambos os olhos
- Crise convulsiva
- Perda de força e/ou sensibilidade em um ou ambos os lados do corpo; - Perda de equilíbrio, coordenação ou dificuldade para andar

- Cefaleia intensa.

Como diagnóstico diferencial para o AVC agudo, é essencial a exclusão das seguintes condições clínicas: crises epilépticas não causadas pelo AVC agudo, tumores, trauma crânio-encefálico, hemorragias intracranianas (espontâneas ou traumáticas), enxaqueca, amnésia global transitória, distúrbios metabólicos (principalmente hipo e hiperglicemia), infecções do sistema nervoso central, esclerose múltipla, labirintopatias, efeitos de medicamentos ou drogas de abuso e distúrbios psicossomáticos.

O AVC pode ser classificado como Isquêmico (I) ou Hemorrágico (H).

O AVC Isquêmico é o mais prevalente (84% dos casos). Os principais fatores de risco são a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Fibrilação atrial, entre outros. Aterosclerose de pequenas e grandes artérias cerebrais é responsável pela maioria dos AVC isquêmicos.

O AVC Hemorrágico é uma emergência médica. O aumento súbito do volume de sangue intracraniano eleva a pressão e causa cefaleia intensa, dor na nuca, visão dupla, náusea e vômito, perda da consciência ou morte. O prognóstico do AVC hemorrágico é pior e o índice de óbitos maior em relação ao AVC isquêmico.

O diagnóstico rápido e o manejo atento de pacientes com hemorragia intracraniano são cruciais, porque a deterioração precoce é comum nas primeiras horas. Mais de 20% dos pacientes experimentaram um decréscimo na Escala de Coma de Glasgow de 2 ou mais pontos entre a avaliação dos serviços médicos de emergência pré-hospitalar e a avaliação inicial no departamento de emergência. Além disso, outros 15% - 23% dos pacientes demonstram deterioração contínua nas primeiras horas após a chegada ao hospital. O risco de deterioração neurológica precoce e a alta taxa de maus resultados a longo prazo reforçam a necessidade de um tratamento precoce agressivo.

AO PACIENTE COM AVC, que abrange os cuidados oferecidos após o período hiperagudo, tanto na fase hospitalar como no pós-alta, incluindo medidas terapêuticas para prevenção secundária e terapias de reabilitação. O encaminhamento destes pacientes deve ser preferencialmente para unidade de terapia intensiva (UTI) neurológica, para unidade crítica geral (UCG) ou neurológica (UCN), para a implementação das medidas terapêuticas previstas nesse protocolo.

Pronto atendimento (triagem)

A suspeita de AVC no PA pode ocorrer durante a triagem realizada pela enfermagem, ou mesmo antes, na dependência da observação dos sinais

de alerta por outros profissionais atuando no PA, bem como pela própria manifestação do paciente ou acompanhante, sensibilizada pela comunicação visual de esclarecimento sobre os sinais de alerta do AVC no local do PA. Neste caso, o enfermeiro da triagem deve ser imediatamente notificado.

Na suspeita de AVC, o enfermeiro da triagem deve encaminhar o paciente imediatamente para a Sala de Emergência (SE) e acionar imediatamente o CÓDIGO AVC em todos os casos cujo tempo de evolução dos sintomas, desde que o paciente foi visto normal pela última vez, for menor que 24 horas. O acionamento do CÓDIGO AVC leva à notificação imediata da equipe multiprofissional.

ACIONAMENTO DO CÓDIGO AVC E PROCEDIMENTOS INICIAIS

Após a suspeita de AVC e o acionamento do CÓDIGO AVC, devem ser imediatamente iniciados medidas terapêuticas gerais e procedimentos diagnósticos complementares, e estabelecida comunicação multiprofissional e multisetorial integrada.

Atendimento pré-hospitalar - O acionamento do CÓDIGO AVC no ambiente pré-hospitalar permite o contato do provedor do primeiro atendimento com a equipe de atendimento hospitalar, localizada no PA, promovendo a mobilização da equipe envolvida no atendimento hospitalar.

Equipe da sala de emergência

Os procedimentos iniciais incluem verificação dos sinais vitais, instalação da monitorização não invasiva, glicemia capilar, eletrocardiograma (ECG), dois acessos venosos periféricos (incluindo aquele necessário para o exame protocolar de neuroimagem), e coleta dos exames laboratoriais protocolares (hemoglobina, hematócrito, plaquetas, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativado, troponina e creatinina) que já estão incluídos em campo específico nas rotinas laboratoriais do prontuário eletrônico do paciente (PEP). Embora recomendada, a realização do ECG e dos exames laboratoriais não deve atrasar a realização do exame de neuroimagem e a decisão terapêutica. Imediatamente, na sequência, a equipe da sala de emergência deve acompanhar o paciente ao SADT para realização do exame protocolar de neuroimagem. O neurologista deve acompanhar todos os atendimentos de Código AVC na neuroimagem, com o objetivo de decidir a conduta prontamente após o término da mesma. Sempre que necessário, como em situações de instabilidade, o médico da emergência deve prestar apoio. Caso o neurologista esteja em atendimento concomitante de outro código AVC, deve ser acionado o médico líder da emergência para o acompanhamento do paciente até a chegada do neurologista.

Unidades de Internação (UI) e CDI

A suspeita de AVC no ambiente das UI deve ocorrer a partir da observação dos sinais de alerta apresentados pelo paciente internado. Nesse caso o enfermeiro da UI deve acionar imediatamente o CÓDIGO VERDE e o médico HOSPITALISTA deve chegar para avaliar o paciente em até 5 minutos.

Se confirmada a suspeita de AVC, o CÓDIGO AVC deve ser imediatamente acionado (nos casos cujo tempo de evolução dos sintomas, desde que o paciente foi visto normal pela última vez, for menor que 24 horas).

O acionamento do CÓDIGO AVC leva à notificação imediata dos setores envolvidos no atendimento do CÓDIGO AVC1 nas UI. Após o acionamento do CÓDIGO VERDE, durante o atendimento inicial .

O acionamento do CÓDIGO AVC inclui o chamado da neuroimagem, radiologia intervencionista, transporte, central de elevadores, grupo de protocolos, controle de leitos, neurologista de plantão no PA, se tiver, equipe de desfecho clínico, e coordenadoras técnicas do período.

O médico hospitalista deve avaliar a coexistência de outras possíveis emergências médicas, descartando possíveis diagnósticos diferenciais, acionar o CÓDIGO AVC, solicitar o exame protocolar de neuroimagem e os exames laboratoriais protocolares (já inclusos na prescrição semiestruturada PROTOCOLO AVC), iniciar as medidas terapêuticas gerais, encaminhar rapidamente o paciente para a neuroimagem e passar as informações necessárias a fim de que o neurologista dê continuidade ao atendimento do caso.

O CÓDIGO AVC deve ser imediatamente acionado, após a suspeita de AVC, conforme fluxograma do setor (no PA pelo enfermeiro da triagem, enfermeiro ou médico, nas UI/UC pelo médico hospitalista/intensivista, no CDI o processo deve seguir de forma semelhante a UI).

Devem ser utilizadas preferencialmente as prescrições eletrônicas semiestruturadas do PROTOCOLO AVC, para todas as etapas do tratamento, bem como as outras ferramentas previstas (escalas de avaliação e recursos de telemedicina disponíveis) no atendimento aos pacientes do CÓDIGO AVC Os procedimentos iniciais e as medidas terapêuticas gerais do CÓDIGO AVC devem ser rapidamente instituídos, de modo objetivo e sistemático contribuindo para a segurança do paciente.

A equipe responsável pelo atendimento inicial ao CÓDIGO AVC deve avaliar e documentar o comprometimento neurológico do paciente através da aplicação e registro em prontuário da Escala de AVC e da Escala de Coma de Glasgow.

Tempos máximos recomendados no código AVC

- Porta (senha)2 à avaliação médica inicial – 10 minutos
- Porta (senha) ao acionamento do CÓDIGO AVC – 15 minutos
- Porta (senha) ao início da neuroimagem – 25 minutos
- Porta (senha) ao resultado da neuroimagem – 45 minutos • Porta (senha) ao início do trombolítico IV, se indicado – 60 minutos.

No caso de CÓDIGO AVC para pacientes internados, o horário porta (senha) será considerado o momento do reconhecimento do sinal de alerta que levou ao acionamento do código vermelho.

- Porta (senha) ao início da trombectomia, se indicada – 90 minutos

• Porta (senha) à transferência para UC, se indicada – 180 minutos

Medidas Terapêuticas Gerais

As medidas terapêuticas gerais visam favorecer a viabilidade do tecido cerebral, através da adequação e estabilização de certos parâmetros fisiológicos.

Realizar monitoramento multiparamétrico contínuo pelo menos durante as primeiras 24 horas de evolução do AVC.

Manter o paciente em decúbito elevado a 30 graus. Decisão individual quanto ao melhor decúbito deve ser analisada posteriormente.

Manter a saturação de oxigênio ≥95% da maneira menos invasiva possível (cateter nasal, máscara, CPAP ou BIPAP) Considerar intubação orotraqueal (IOT) para proteção de vias aéreas em pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou disfunção bulbar que traga risco de broncoaspiração.

Manter a temperatura corpórea

INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DA SUSPEITA DE AVC

Neuroimagem

No atendimento de um paciente com suspeita de AVC é obrigatória a realização de um exame de neuroimagem cujos objetivos são descartar a presença de lesões cerebrais de causa não vascular que se colocam como diagnósticos diferenciais (tumores, abscessos etc.) e, na presença de lesões cerebrais de causa vascular, permitir a diferenciação entre quadros isquêmicos (AVCI) e hemorrágicos (AVCH).

Além disso, a possibilidade de tratamentos de recanalização por trombectomia mecânica traz a necessidade de adicionar, ao protocolo de neuroimagem da fase aguda do AVC, um estudo dos grandes vasos. Mais recentemente, a possibilidade de expansão da janela terapêutica para trombectomia mecânica primária em pacientes com AVCI até 24 horas de evolução que apresentam oclusão de grande artéria e presença de tecido cerebral viável (penumbra) traz a necessidade de se adicionar análises radiológicas ou de correlação clinico-radiológica que permitam selecionar esses pacientes que se encontram acima da janela convencional de 6 horas para trombectomia mecânica. Para a escolha do método de neuroimagem, os pacientes devem ser classificados em 2 perfis (PERFIL 1 e PERFIL 2) distintos, com base no tempo de evolução dos sintomas a partir do último momento em que foram vistos normais até o momento do acionamento do CÓDIGO AVC,

• PERFIL 1 - TEMPO DE EVOLUÇÃO ≤ 4h30min TC de crânio sem contraste Angiotomografia cerebral e cervical

PERFIL 2 - TEMPO DE EVOLUÇÃO entre 4h30min e 24h00min TC de crânio sem contraste Angiotomografia cerebral e cervical RM de encéfalo (apenas com as sequências DWI e FLAIR)

Baseado nos estudos MR WITNESS e WAKE UP TRIAL, recentemente publicados, os pacientes com suspeita de AVCI que acordam

com o déficit (wake up stroke) ou que apresentam tempo de evolução dos sintomas desconhecido (desde que entre 4,5 – 24 horas) e com possibilidade de tratamento trombolítico intravenoso em tempo menor que 4,5 horas do momento em que foram encontrados com o déficit, mesmo que sem oclusão de grande artéria (avaliada pelo exame protocolar de neuroimagem - TC de crânio sem contraste e angiotomografia cerebral e cervical), podem se beneficiar da realização de RM de encéfalo, apenas com as sequências DWI e FLAIR (para a avaliação da presença de mismatch DWI/FLAIR).

A presença de mismatch DWI/FLAIR nesses casos pode ser usada para se considerar a administração da alteplase intravenosa, desde que não haja contraindicações (critérios de exclusão).

Elegibilidade para tratamento trombolítico intravenoso pela avaliação do mismatch DWI/FLAIR.

Presença de algum dos padrões abaixo.

DWI positivo/ FLAIR negativo DWI positivo/ FLAIR positivo com SIR3

Não aguardar o resultado laboratorial da creatinina para a realização da angiotomografia no contexto do CÓDIGO AVC. Raras exceções devem ser decididas diretamente com o neurologista responsável pelo atendimento.

O tempo porta-imagem (resultado da neuroimagem protocolar) deve ser ≤20 minutos em pelo menos 50% dos pacientes do CÓDIGO AVC.

O resultado da imagem deve ser informado verbalmente pelo radiologista imediatamente após o final do exame, utilizando a ferramenta para registro do laudo verbal no relatório de imagem no sistema.

Nos casos de CÓDIGO AVC em que o exame de neuroimagem demonstrar a presença de AVCH (HIP), o protocolo se resumirá ao exame do parênquima cerebral e de imagem vascular.

O exame de neuroimagem pode, nesses casos, estimar o volume da hemorragia intraparenquimatosa através da aplicação da fórmula ABC/2.

Exames laboratoriais

Os exames laboratoriais protocolares devem ser colhidos sistematicamente e imediatamente após o acionamento do CÓDIGO AVC.

A glicemia capilar é o único resultado laboratorial obrigatório em todos os pacientes em CÓDIGO AVC antes do início do tratamento trombolítico intravenoso. A obrigatoriedade do resultado de outros exames laboratoriais deve ser reservada apenas a casos selecionados

DEFINIÇÃO DA CONDUTA APÓS TÉRMINO DA NEUROIMAGEM

O neurologista responsável pelo atendimento deve definir a conduta terapêutica no máximo até 45 minutos após a admissão do paciente ao PA ou 30 minutos após o acionamento do CÓDIGO AVC.

Nos casos de CÓDIGO AVC com indicação de tratamento trombolítico intravenoso, mesmo aqueles provenientes das UC e UI, o medicamento deve ser iniciado ainda no setor de neuroimagem, com o objetivo

de acelerar o inicio do tratamento. Para isso, o enfermeiro do CDI deve acionar imediatamente o enfermeiro líder do PA, o qual deve levar o kit de tratamento trombolítico intravenoso, preparar o medicamento, fazer a infusão do bolus ainda no setor de neuroimagem e instalar a bomba de infusão para a manutenção do medicamento por 60 minutos. O enfermeiro do CDI também deve confirmar a vaga de UTI solicitada no momento do acionamento do CÓDIGO AVC e, se necessário, avisar a equipe da neurorradiologia intervencionista e anestesia da hemodinâmica.

Após isso, o paciente deve ser transferido para a UTI, caso já haja vaga liberada. Na impossibilidade imediata disso, o paciente deve ser transferido, como alternativa, para a sala de emergência do PA.

CONDUTA TERAPÊUTICA ESPECÍFICA

1 Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi)

Tratamento trombolítico intravenoso - A indicação do tratamento trombolítico intravenoso deve contemplar os critérios de elegibilidade, observando-se a inexistência dos critérios de exclusão.

ELEGIBILIDADE

Tempo de evolução até 270 minutos (cautela para tempo de evolução 180-270 minutos em pacientes >80 anos, com história de diabetes mellitus e AVC prévio, pontuação na Escala de AVC do NIH ≤25, uso de quaisquer anticoagulantes orais e imagem isquêmica envolvendo mais de um terço do território da artéria cerebral média).

Para pacientes que não apresentam tempo de evolução bem documentado, o mesmo deve ser estimado a partir do último horário em que o paciente foi visto normal Idade ≥18 anos.

Exame de neuroimagem sem outros diagnósticos diferenciais (particularmente hemorragias) e sem sinais de franca alteração isquêmica recente (hipoatenuação marcante no caso da tomografia de crânio), podendo apresentar sinais de alteração isquêmica precoce de extensão leve a moderada.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pressão arterial ≥185/110 mmHg sem possibilidade de redução e/ou estabilidade em valores abaixo desses, com tratamento antihipertensivo, antes do início do tratamento.

Glicemia inicial ≤50 mg/dl.

O tratamento em pacientes que apresentam glicemia inicial 400 mg/dl sem melhora do déficit após a normalização da glicemia pode ser razoável Tomografia computadorizada de crânio com hipoatenuação franca sugerindo lesão irreversível ou hipoatenuação extensa mesmo que leve a moderada (ASPECTS ≤7) AVCI nos últimos 3 meses.

Traumatismo craniano grave nos últimos 3 meses.

Cirurgia intracraniana ou intrarraqueana nos últimos 3 meses.

História de hemorragia intracraniana .

Sinais e sintomas suspeitos de hemorragia subaracnóide

Tumor gastrintestinal ou sangramento gastrintestinal nos últimos 21 dias Plaquetopenia.

RNI >1,7

Tempo de protrombina (TP) >15 segundos

Tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPa) >40 segundos

Uso de dose terapêutica de heparina de baixo peso molecular nas últimas 24 horas

Uso de inibidores diretos da trombina ou inibidores diretos do fator Xa, a menos que testes laboratoriais, tais como TTPa, RNI, plaquetas, Tempo de Trombina, ou ensaios de atividade do fator Xa, estejam normais ou o paciente não tenha recebido uma dose desses agentes nas últimas 48 horas (assumindo que a função renal esteja normal).

Suspeita de endocardite bacteriana.

Suspeita de dissecção aórtica Presença de tumor cerebral intra-axial.. O tratamento é provavelmente recomendado para pacientes com tumor cerebral extra-axial.

O tratamento trombolítico intravenoso está indicado para pacientes acima de 18 anos com AVCI até 270 minutos de evolução, que contemplem os critérios de elegibilidade e não apresentem critérios de exclusã.

O tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível pois o tempo para o início do tratamento está fortemente associado aos resultados.

O tratamento trombolítico intravenoso, quando indicado, deve ser realizado com alteplase na dose de 0,9 mg/kg (dose máxima de 90 mg), em infusão contínua por 60 minutos, sendo 10% da dose administrada em bolus intravenoso durante um minuto.

A idade avançada, mesmo acima de 80 anos, não deve ser considerada critério absoluto para contraindicação ao tratamento trombolítico intravenoso. Nos pacientes elegíveis ao tratamento trombolítico intravenoso, uma pontuação baixa na Escala de AVC do NIH não deve ser considerada como critério absoluto para exclusão do tratamento. Maior peso deve ser dado ao comprometimento funcional apresentado pelo paciente.

A pressão arterial deve ser mantida <18 85/110 mm Hg de forma estável antes de iniciar o tratamento trombolítico intravenoso.

Na ausência da suspeita clínica de alteração laboratorial, o tratamento trombolítico intravenoso não deve ser adiado em razão da ausência dos resultados laboratoriais.

Trombectomia mecânica

A trombectomia mecânica está indicada em pacientes com AVCI agudo que apresentam oclusão de artéria carótida interna ou artéria cerebral média proximal (M1) com até 6 horas do início dos sintomas, idade ≥ 18 anos, pontuação ≥ 6 na Escala de AVC do NIH, tomografia de crânio com pontuação ≥ 6 na Escala ASPECTS e pontuação 0-1 na Escala de Rankin modificada

(mRS) antes do AVC atual (mRS pré-AVC).

O tratamento trombolítico intravenoso não deve ser prescindido em favor do tratamento endovascular quando o tempo de evolução estiver dentro da janela terapêutica para o uso da alteplase.

Pacientes com AVCI e tempo de evolução avançado (6-24 horas) podem ser elegíveis para trombectomia primária se adequadamente selecionados pelos seguintes critérios: Idade ≥18 anos NIHSS ≥10 mRS pré AVCI 0-1 Infarto com extensão menor que 1/3 do território de ACM (ASPECTS ≤7) .

Oclusão de grande artéria em circulação anterior – ACI distal/T carotídeo ou ACM/M1) Presença de mismatch clínico-radiológico (Critérios Dawn Trial) Pacientes ≥80 anos; NIHSS ≥10 e core isquêmico.

Tratamento do AVCi na unidade especializada

Os pacientes com AVCI agudo submetidos, ou não, aos tratamentos de recanalização, devem ser internados preferencialmente nos leitos da UTI neurológica, unidade crítica geral ou unidade crítica neurológica, com o objetivo de receberem um tratamento integrado, multiprofissional e interdisciplinar, baseado em protocolos escritos e em rotinas bem definidas Cuidados iniciais a todos pacientes com AVCI.

Avaliação neurológica através do NEUROCHECK

Escala de Coma de Glasgow: nos pacientes submetidos a tratamento trombolítico intravenoso/trombectomia deve ser aplicada e registrada a cada 30 minutos nas primeiras 2 horas, depois a cada hora até 6 horas e, posteriormente, a cada 2 horas até 24 horas. No D2 deve ser aplicada a cada 4 horas Escala NIHSS completa: deve ser aplicada e registrada na admissão na UTI/UCN e em 24 horas.

Após isso, deve ser aplicada e registrada 1 vez por dia, até a alta ou D10 Escala NIHSS resumida (itens 2, 5ab, 6ab, 9, 11): nos pacientes submetidos a tratamento trombolítico intravenoso/trombectomia deve ser aplicada e registrada a cada 30 minutos nas primeiras 2 horas, depois a cada hora até 6 horas e, posteriormente, a cada 2 horas até 24 horas.

No D2 deve ser aplicada a cada 4 horas Controle glicêmico: meta de glicemia capilar entre 140-180 mg/dl. Fazer glicemia capilar a cada 4 horas nas primeiras 48 horas; se glicemia maior que 180 mg/dl em 2 medidas consecutivas, com intervalo de 60 min, indicar a inclusão deste paciente no protocolo de controle glicêmico intensivo Oxigênio: suplementar O2 para manter saturação de oxigênio ≥95%.

Temperatura: evitar hipertermia, aferindo a temperatura a cada 2 horas e tratando a temperatura axilar ≥38°C com antitérmicos de horário: dipirona e/ou paracetamol .

Prevenção de TVP: utilizar meias elásticas e dispositivos de compressão pneumática Monitoramento cardiovascular e pressórico não invasivo contínuo, pelo menos nas primeiras 24 horas do AVCI.

Manutenção em situação de normovolemia através de soluções salinas isotônicas intravenosas, evitando-se o uso de soluções com alto teor de água livre e soluções glicosadas. Os pacientes com AVCI submetidos a tratamento de recanalização devem ser mantidos com pressão arterial ≤180/105 mmHg nas primeiras 24 horas após o tratamento.

Nos pacientes não submetidos a tratamento de recanalização, a hipertensão arterial não deve ser reduzida, salvo nos casos com níveis pressóricos extremamente elevados (pressão sistólica >220 mmHg ou pressão diastólica >120 mmHg), ou nos pacientes nos quais coexiste alguma condição clinica aguda merecedora de redução pressórica (isquemia miocárdica, insuficiência renal, insuficiência cardíaca descompensada e dissecção de aorta).

Cuidados após o tratamento trombolítico intravenoso com Rtpa.

Não utilizar antiagregante plaquetário ou anticoagulante nas primeiras 24 horas após administração do Rtpa.

Não realizar cateterização arterial ou punção venosa profunda nas primeiras 24 horas após administração do rTPA.

Não passar sonda vesical de demora nos primeiros 30 minutos

Evitar sonda nasogástrica ou nasoenteral nas primeiras 24 horas após a administração do rTPA.

Realizar tomografia de crânio controle 24 horas após a administração do rTPA.

Controle dos níveis pressóricos após tratamento trombolítico intravenoso:

Nas primeiras 2 horas PA a cada 15 minutos

Entre 2 e 6 horas PA cada 30 minutos

Entre 6 e 24 horas PA a cada hora

Cuidados na HAS após tratamento trombolítico

Pressão arterial -Anti-hipertensivo- Avaliação Periódica

PAS>180 mmHg e/ou PAD>105 mmHg B- bloqueador ou Nitroprussiato de sódio 5 min

PAS>180 mmHg e/ou PAD>105 mmHg sem resposta a B bloqueador Nitroprussiato de sódio 5 min

PAD >140 mmHg Nitroprussiato de sódio 5 min

ANTI-HIPERTENSIVOS PARENTERAIS NA FASE AGUDA DO AVCI Cloridrato de Esmolol (frasco de 10 ml, com 10 mg/ml e frasco de 10 ml, com 250 mg/ml). Dar bolus IV de 500 mcg/kg em 1 min, mantendo 50 mcg/kg/min por 4 min.

Se PA ainda inadequada Repetir bolus (500 mcg/kg), prosseguindo com 100 mcg/kg/min por 4 min.

Se PA ainda inadequada Repetir bolus (500 mcg/kg), prosseguindo com 150 mcg/kg/min por 4 min.

Se PA ainda inadequada Repetir bolus (500 mcg/kg), prosseguindo com 200 mcg/kg/min (máximo) .

Observação: Após alcançar a PA adequada, continuar com infusão contínua na dose correspondente .

Tartarato de Metoprolol (frasco de 5 ml, com 1 mg/ml).

Dar bolus IV de 5 mg a uma velocidade de 1 mg/min.

Repetir um bolus IV de 5 mg a cada 10 min, se necessário (máximo total de 20 mg)

Cloridrato de Hidralazina (frasco de 1 ml, com 20 mg/ml)

Dar um bolus IV de 5 mg. Repetir um bolus IV de 5 mg a cada 15 min, se necessário (dose máxima total de 40 mg), ou infusão IV contínua de 0,0125 a 0,05mg/kg/hora (não exceder 3mg/kg/dia)

Nitroprussiato de sódio

(frasco de 50 mg + diluente com solução glicosada 5% 2 ml).

Iniciar infusão IV contínua na dose de 0,5 mcg/kg/minuto. Ajustar a velocidade, se necessário, a cada 10 minutos (máximo 8 mcg/kg/minuto) Checar possíveis causas de elevação pressórica nos pacientes com AVCI agudo, incluindo ansiedade, dor, distensão vesical e hipertensão intracraniana Realizar avaliação quanto a possibilidade de disfagia nas primeiras 24 horas da admissão, antes de reiniciar alimentação por via oral.

Evitar a manutenção de acessos venosos no membro parético. Iniciar uso profilático subcutâneo de heparina de baixo peso molecular (enoxaparina 40 mg/dia) ou heparina não fracionada (5000 UI 8/8 horas), observando também o protocolo institucional de TEV.

Os pacientes submetidos a tratamento trombolítico intravenoso devem aguardar 24 horas para iniciar o uso da profilaxia medicamentosa. Nos pacientes com contraindicação ao uso de anticoagulantes pode ser utilizado dispositivos de compressão pneumática intermitente.

Iniciar antiagregação plaquetária com aspirina (300 mg/dia) o mais rapidamente possível, nas primeiras 48 horas. Pacientes submetidos ao tratamento trombolítico intravenoso devem aguardar 24 horas do término deste tratamento para o início do antiagregante plaquetário.

Manter profilaxia medicamentosa básica contra hemorragia digestiva alta (pantoprazol 40 mg/dia), sobretudo nos pacientes com história de úlcera péptica, uso de aspirina, trombolíticos ou anticoagulantes.

Complicações associadas ao AVCi agudo

Hemorragia cerebral sintomática deve ser suspeitada na presença de novos sinais e sintomas neurológicos, iniciados durante a infusão da alteplase ou dentro das próximas 24 horas, incluindo rebaixamento da consciência, piora do déficit neurológico, aumento expressivo da pressão arterial, cefaléia e vômitos.

Na suspeita de hemorragia cerebral associada ao uso intravenoso da alteplase: interromper infusão da alteplase (se ainda estiver em uso); colher

exames laboratoriais (Hb/Ht, TP/RNI, TTPA, fibrinogênio, tipagem sanguínea); realizar tomografia computadorizada de crânio sem contraste com urgência. Caso o paciente ainda esteja recebendo o trombolítico, não retirar o sistema pelo qual o medicamento está sendo administrado, a fim de que, descartada a hemorragia, e havendo tempo hábil, se possa retomar imediatamente a infusão do medicamento (vide prescrição semiestruturada).

Após confirmação da hemorragia cerebral sintomática relacionada ao uso da alteplase considerar o uso de crioprecipitado, ácido tranexâmico ou épsilon aminocapróico, avaliação hematológica e neurocirúrgica (vide prescrição semiestruturada).

Nos casos com hemorragia sistêmica e queda do nível de hemoglobina considerar administração de concentrado de hemácias (vide prescrição semiestruturada).

Nos casos de angioedema orolingual deve-se interromper a infusão da alteplase intravenosa, manter a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação adequada (se necessário, com intubação orotraqueal dirigida por nasofibroscopia), e iniciar tratamento medicamentoso incluindo, conforme a necessidade, metilprednisolona, difenidramina, ranitidina, adrenalina e, em situações especiais, sem resposta às medidas anteriores, icatibanto (vide prescrição semiestruturada) Infarto cerebral maligno deve ser suspeitado nos casos de AVCI agudo de grande extensão que evoluem com rebaixamento progressivo do nível de consciência nos primeiros dias, sobretudo nas primeiras 24-48 horas.

Craniectomia descompressiva deve ser considerada dentro das primeiras 48 horas, especialmente nos pacientes 60 anos é incerto) Nos casos com indicação de craniectomia descompressiva, solicitar avaliação neurocirúrgica, considerar o uso de diuréticos osmóticos (manitol) ou solução salina hipertônica em caso de deterioração clínica (como preparo para cirurgia). Não há, de forma geral, recomendação para hipotermia, barbitúricos ou corticosteroides.

O uso profilático de medicamentos antiepilépticos não está recomendado nos pacientes com AVCI, mas somente no caso de ocorrência de uma primeira crise.

Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH

Medidas Terapêuticas Gerais

As medidas terapêuticas gerais não diferem, de forma geral, daquelas dispensadas ao paciente com AVCI.

Após a realização do exame de neuroimagem e confirmação diagnóstica, os pacientes com HIP devem ser rapidamente encaminhados para leitos monitorados na unidade de terapia intensiva neurológica devido a gravidade e instabilidade dessa condição, elevada frequência de hipertensão intracraniana e emergências hipertensivas, e a frequente necessidade de suporte ventilatório invasivo.

Na unidade de terapia intensiva neurológica ou ainda na sala de emergência, os pacientes com HIP devem rapidamente receber as medidas terapêuticas gerais, semelhantes aquelas descritas no item 6.7 9.2.2.

Controle pressórico

Nos pacientes com HIP recomenda-se a redução aguda da PAS para valores entre 140-180 mmHg, utilizando-se de drogas parenterais em infusão contínua. Deve-se ser evitada uma redução da PAS para níveis 70 mmHg. Escolher o antihipertensivo com base no perfil clínico do paciente, mecanismo de ação, efeitos colaterais e disponibilidade.

Tratamento da Hipertensão Intracraniana

Pacientes com hemorragias pequenas provavelmente não necessitam de monitoramento da PIC. Pacientes em coma (GCS.

Tratamento hemostático

HIP e uso de varfarina – dar complexo protrombínico de 4 fatores (II, VII, XI e X) na dose de 25-50 UI/kg IV ou 500 UI (dose única) IV, ou plasma fresco congelado na dose de 5-10 ml/kg IV; e vitamina K na dose de 1-2mg IV, buscando alcançar razão normatizada internacional (RNI) <1,3. Estas medidas devem ser tomadas mesmo antes do resultado dos exames laboratoriais de coagulação.

HIP e uso de heparina – dar sulfato de protamina 0,01mg/UI de heparina IV. HIP e uso dos novos anticoagulantes (dabigatrana, rivaroxabana e apixabana) – dar idaracizumab IV para antagonismo específico da dabigatrana; pode ser considerado o uso de complexo protrombínico ou fator VII ativado; uso de carvão ativado caso a última dose desses medicamentos tenha sido tomada a menos de 2 horas. HIP e uso de alteplase – dar plasma fresco congelado na dose de 10-15 ml/kg IV ou crioprecipitado na dose de 1-2 UI/10 kg IV; e concentrado de plaquetas na dose de 1 UI/10 kg IV. HIP e plaquetopenia – fazer reposição de plaquetas IV.

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO AVC

Os pacientes com AVC recente devem receber investigação diagnóstica complementar, antes da alta hospitalar, com o objetivo de definir o mecanismo e a etiologia do AVC, visando definição do melhor tratamento de prevenção secundária para o caso.

ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT)

Os pacientes internados com suspeita diagnóstica de AIT devem ser rapidamente investigados quanto ao seu provável mecanismo e etiologia, visando definir a melhor estratégia terapêutica de prevenção secundária.

LINHA DE CUIDADOS AO PACIENTE COM AVC

Todo paciente com diagnóstico de AVC recente (AVCI ou HIP), tendo recebido, ou não, o tratamento de fase aguda, deve ser incluído na LINHA DE CUIDADOS AO PACIENTE COM AVC a fim de receber acompanhamento multiprofissional focado na reabilitação, nas orientações gerais e educação sobre a doença e sobre os cuidados ao paciente e seus

cuidadores, e no preparo dos mesmos para a continuidade do tratamento no período após a alta hospitalar e para o monitoramento de desfechos clínicos predefinidos.

Reabilitação

Todos os pacientes internados com diagnóstico de AVC recente devem ser avaliados por uma equipe de profissionais de reabilitação com prazo de até 24 horas do momento da internação, com atenção na deglutição (em jejum) e nos aspectos motores e respiratórios, respectivamente pelo acionamento automático das equipes de fonoaudiologia e fisioterapia.

A avaliação protocolar inicial da equipe de reabilitação inclui a aplicação das escalas funcionais Rankin modificada (mRS) para todos os pacientes com diagnóstico de AVC e Barthel para os pacientes diagnosticados e em acompanhamento com a equipe de fisioterapia da instituição.

As escalas de avaliação funcional devem ser aplicadas no período inicial e final da internação hospitalar e, a partir delas, deve ser elaborado um plano de reabilitação individualizado para cada paciente, que poderá incluir a avaliação de outros profissionais de reabilitação.

Os resultados da aplicação do plano de reabilitação devem ser periodicamente avaliados por cada profissional da reabilitação para os devidos ajustes no mesmo.

Deve ser considerado o encaminhamento do paciente para o Centro de Reabilitação do, visando recursos tecnológicos e ambientais adicionais com o objetivo de potencializar a reabilitação frente à avaliação do médico fisiatra e em concordância com a equipe médica responsável.

O paciente deve receber educação referente aos cuidados de reabilitação, incluindo orientações sobre sua doença, fatores de risco relacionados e a continuidade do tratamento de reabilitação no período após a alta hospitalar.

Alta hospitalar

O documento de alta complementa as demais orientações fornecidas ao longo da internação e deve incluir material escrito com informações sobre a doença, sua prevenção e orientações multiprofissionais ao paciente e aos seus cuidadores visando auxiliar na prevenção secundária, no trabalho de reabilitação e participação na comunidade.

Desfecho clínico

O seguimento (coleta de dados) ocorrerá em diferentes períodos (intrahospitalar, 30 dias pós evento, 90 dias pós evento, e anualmente até completar 5 anos). Os questionários utilizados serão a Escala modificada de Rankin e PROMs 10.

Para os casos de AIT o seguimento (coleta de dados) ocorrerá nos períodos intrahospitalar e em 30 dias após o evento.

REFERÊNCIAS

1) Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. 2018 Guidelines for

the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke. Stroke 2018; 49: e46–e110

2) Jovin TG, Saver JL, Ribo M, et al. Diffusion-weighted imaging or computerized tomography perfusion assessment with clinical mismatch in the triage of wake up and late presenting strokes undergoing neurointervention with Trevo (DAWN) trial methods. Int J Stroke 2017; 12: 641-652

3) Nogueira RG, Jadhav, AP, Haussen DC, et al. Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch between Deficit and Infarct. N Engl J Med 2018; 378:11-21

4) Albers GW, Marks MP, Kemp S, et al. Thrombectomy for Stroke at 6 to 16 Hours with Selection by Perfusion Imaging. N Engl J Med 2018; 378:708-718

5) Lavallée PC, Meseguer E, Abboud H, et al. A transient ischaemic attack clinic with round-the-clock access (SOS-TIA): feasibility and effects. The Lancet Neurology 2007; 6: 953-960

6) Rothwell PM, Giles MF, Chandratheva A, et al. Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS study): a prospective population-based sequential comparison. The Lancet 2007; 370: 1432- 1442

7) Gilligan AK, Thrift AG, Sturm JW, et al. Stroke units, tissue plasminogen activator, aspirin and neuroprotection: which stroke intervention could provide the greatest community benefit? Cerebrovasc Dis 2005; 20: 239-244

8) Miller EL, Murray L, Richards L, et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. Stroke 2010; 41: 2402-2448

9) Pontes Neto OM, Oliveira-Filho J, Valiente R, et al. Diretrizes para o manejo de pacientes com hemorragia intraparenquimatosa cerebral espontânea. Arq Neuropsiquiatr 2009; 67; 940-950

10) Hemphill JC III, Greenberg SM, Anderson CS, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. Stroke 2015; 46: 2032– 2060

11) Tsivgoulis G, Katsanos AH, Butcher KS, et al. Intensive blood pressure reduction in acute intracerebral hemorrhage: a meta-analysis. Neurology 2014; 83: 1523– 1529

12) Carcel C, Wang X, Sato S, et al. Degree and timing of intensive blood pressure lowering on hematoma growth in intracerebral hemorrhage: intensive blood pressure reduction in acute cerebral hemorrhage trial-2 results. Stroke 2016; 47: 1651–1653

13) Qureshi AI, Palesch YY, Barsan WG, et al. Intensive Blood-Pressure Lowering in Patients with Acute Cerebral Hemorrhage: N Engl J Med 2016; 375: 1033-1043

14) Kuramatsu JB, Gerner ST, Schellinger PD, et al. Anticoagulant

Reversal, Blood Pressure Levels, and Anticoagulant Resumption in Patients with AnticoagulationRelated Intracerebral Hemorrhage. JAMA 2015; 313: 824-836

15) Steiner T, Poli S, Griebe M, et al. Fresh frozen plasma versus prothrombin complex concentrate in patients with intracranial haemorrhage related to vitamin K antagonists (INCH): a randomized trial. Lancet Neurol 2016; 15: 566-573

16) Schwamm LH, Wu O, Song SS, et al. Intravenous Thrombolysis in Unwitnessed Stroke Onset: MR WITNESS Trial Results. Ann Neurol 2018; 83: 980–993

17) Thomalla G, Simonsen CZ, Boutitie F, et al. MRI-Guided Thrombolysis for Stroke with Unknown Time of Onset. N Engl J Med 2018; 379: 611-622.

PROTOCOLO DE PNEUMONIA ADULTO

Protocolo para a conduta em casos de adultos com pneumonia adquirida em hospital, pneumonia associada à ventilação mecânica e pneumonia relacionada à assistência à saúde

Desde o primeiro protocolo da American Thoracic Society (ATS) sobre pneumonia hospitalar, publicado em 1996, ocorreram muitos avanços que exigem a preparação de um novo protocolo baseado em evidências para a pneumonia hospitalar (PH), incluindo a pneumonia relacionada à assistência à saúde (PRAS) e a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM).

Este documento, preparado por um comitê conjunto da ATS e da Infectious Diseases Society of America (IDSA), está centrado na epidemiologia e na patogênese da pneumonia bacteriana em adultos e sublinha os fatores de risco modificáveis para a infecção.

Além disso, é feita uma revisão da microbiologia da PH com ênfase nos patógenos bacterianos multirresistentes (MRs), como Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter spp. e Staphylococcus aureus resistente à meticilina. São discutidas as controvérsias sobre o diagnóstico, enfatizando o exame inicial de amostras do trato respiratório inferior para a pesquisa de bactérias, e as justificativas para as abordagens clínicas e bacteriológicas baseadas em métodos biológicos "semiquantitativos" ou "quantitativos" que ajudem a guiar a

. Este é um documento baseado em evidências que enfatiza as questões ligadas à PAVM, pois existem muito menos dados disponíveis sobre PH em pacientes não intubados e sobre a PRAS.

Por extrapolação, a conduta diante de pacientes que não estão intubados e não estão submetidos à ventilação mecânica deve ser semelhante àquela adotada em pacientes com PAVM, utilizando a mesma abordagem para identificar os fatores de risco para a infecção por patógenos específicos.

Dentre os principais objetivos deste protocolo baseado em

evidências para a conduta diante da PH, da PAVM e da PRAS estão a ênfase no uso precoce de antibióticos apropriados em doses adequadas e a recomendação de evitar o uso excessivo de antibióticos através não só do descalonamento da terapia antibiótica inicial, baseado em culturas microbiológicas e na resposta clínica do paciente, como também do encurtamento da duração da terapia para o período efetivo mínimo.

O protocolo reconhece a variabilidade da bacteriologia de diferentes hospitais, e também de um momento a outro no mesmo hospital, e recomenda o uso de dados microbiológicos locais para adaptar as recomendações terapêuticas a qualquer ambiente clínico específico.

O algoritmo inicial para a terapia antibiótica empírica inclui dois grupos de pacientes: aqueles que não precisam de terapia de amplo espectro, por terem PH, PAVM ou PRAS de início precoce e por não terem fatores de risco para patógenos MRs, e aqueles que precisam de terapia de amplo espectro, por terem pneumonia de início tardio ou outros fatores de risco para infecção por patógenos MRs. Alguns dos principais princípios e recomendações deste novo protocolo baseado em evidências são os seguintes:

A PRAS é incluída no espectro da PH e da PAVM, e pacientes com PRAS precisam de terapia para patógenos MRs.

É preciso coletar uma cultura do trato respiratório inferior de todos os pacientes antes da terapia antibiótica, mas a coleta de culturas não deve atrasar o início da terapia em pacientes criticamente doentes.

É possível utilizar dados "semiquantitativos" ou "quantitativos" para guiar a conduta diante de pacientes com PH.

As amostras do trato respiratório inferior podem ser colhidas por métodos broncoscópicos ou não-broncoscópicos e as culturas podem ser quantitativas ou semiquantitativas.

As culturas quantitativas aumentam a especificidade do diagnóstico de PH e não possuem consequências deletérias. A técnica quantitativa a ser utilizada deve ser escolhida com base nos conhecimentos e na experiência dos profissionais locais.

Culturas negativas do trato respiratório inferior podem ser usadas para interromper a terapia antibiótica em pacientes cujas culturas foram colhidas na ausência de alterações no regime antibiótico nas últimas 72 horas.

Diagnóstico

- Febre > 4 dias
- Dispneia/taquipneia
- FC > 100 bpm
- Tosse seca ou produtiva com escarro purulento
- Idosos podem apresentar sintomas inespecíficos: confusão mental, delirium, inapetência ou descompensação de doenças de base. Sinal mais comum é taquipneia.

• Sinal focal ao exame físico do tórax (crepitação é o mais comum)

Exames Complementares

Radiologia Solicitar para todos os pacientes com suspeita de pneumonia. • RX tórax PA e P – infiltrado pulmonar novo. Se RX normal e suspeita de PAC permanece – repetir RX em 48h.

Marcadores inflamatórios e hemograma

Devem ser solicitados para os pacientes que serão tratados em ambiente hospitalar. Não são obrigatórios para pacientes que serão tratados em domicilio.

• Proteína C Reativa (PCR)

>100 mg/L: Pneumonia é altamente provável

<20 mg/L em paciente com > 24 h sintomas: Pneumonia é improvável

• Pró-calcitonina: solicitar quando houver dúvida se o diagnóstico é realmente de pneumonia.

Bioquímicos

Considerar a realização de outros exames conforme indicação clínica do paciente (ex: glicemia para avaliar DM descompensado)

Investigação etiológica

A investigação etiológica de pneumonia deve ser realizada em todos os pacientes que forem internados.

□ Cultura de escarro: o escarro deve ser imediatamente encaminhado para semeadura após colhido. Na interpretação é importante notar se o escarro é representativo (>25 polimorfonucleares e <10 células epiteliais por campo)

□ Hemocultura: devem ser colhidas 2 amostras, de locais de punção diferentes, porém podem ser realizadas simultaneamente.

□ Teste rápido para influenza: solicitar em suspeita de etiologia viral; se possível, swab para pesquisa de H1N1. Não atrasar o tratamento para colher o exame.

□ Pesquisa de Legionella, com antígeno urinário: solicitar nos primeiros 5 dias de evolução do quadro, principalmente nos pacientes com quadros graves.

□ Método invasivo de cultura: considerar realização se o paciente estiver intubado ou traqueostomizado.

Decisão sobre local de tratamento: Usar índice CRP-65 para definir necessidade de internação e critérios de gravidade para avaliação da indicação de tratamento em Unidade de Terapia Intensiva.

Tratamento

As recomendações de opção terapêutica empírica devem ser

introduzidas logo após o diagnóstico. Porém, após identificação do agente etiológico, a antibioticoterapia deve ser ajustada.

Os regimes terapêuticos empíricos devem incluir medicamentos de classes antibióticas diferentes das que o paciente tenha recebido recentemente.

A terapia combinada para um patógeno específico deve ser usada de forma criteriosa no tratamento da PH, e é preciso considerar a terapia de curta duração (5 dias) com um aminoglicosídeo combinado a um betalactânico para tratar a pneumonia por P. aeruginosa.

A linezolida é uma alternativa à vancomicina. Dados preliminares ainda não confirmados sugerem que a linezolida pode ser vantajosa no tratamento da PAVM sabidamente causada por S. aureus resistente à meticilina.

A colistina deve ser considerada no tratamento de pacientes com PAVM causada por Acinetobacter spp. resistente à carbapanema.

Os antibióticos em aerossol podem ser valiosos como terapia adjuvante em pacientes com PAVM causada por certos patógenos MRs.

O descalonamento de antibióticos deve ser considerado depois de serem obtidos os resultados das culturas do trato respiratório inferior e de ser observada a resposta clínica do paciente.

Recomenda-se a terapia antibiótica de mais curta duração (7 a 8 dias) em pacientes com PH, PAVM ou PRAS não complicada que tenham recebido inicialmente a terapia apropriada e que tenham demonstrado uma boa resposta clínica, sem evidências de infecção por bacilos Gram-negativos não fermentadores.

TRATAMENTO AMBULATORIAL DE PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

Tratamento: 5 a 7 dias de antibiótico por via oral (VO) ou gástrica (VG)

Paciente previamente sadio Sem antibioticoterapia prévia

1 a opção: Macrolídeos Azitromicina 500mg no primeiro dia e 250mg/dia por mais 4 dias. ou Claritromicina 500mg 12/12 horas

2 a opção: Betalactâmicos Amoxacilina+clavulanato 625mg 8/8h ou Amoxicilina 500mg 8/8h ou Cefuroxima 500mg 12/12h

Paciente com doenças associadas ou tratamento recente com antibióticos (< 3 meses)

1 a opção: Betalactâmico + macrolídeo Amoxicilina 500mg 8/8h + Azitromicina 500mg no primeiro dia e 250mg/dia por mais 4 dias. ou Cefuroxima 500mg 12/12h + Azitromicina no primeiro dia e 250mg/dia por mais 4 dias. ou Amoxacilina+clavulanato 625mg 8/8h + Azitromicina no primeiro dia e 250mg/dia por mais 4 dias. Claritromicina 500mg 12/12h como opção à Azitromicina em qualquer uma das opções.

Suspeita de aspiração

1 a opção: Amoxicilina-clavulanato 1g 8/8h

2 a opção: Amoxacilina 1g 8/8h + Metronidazol 500mg 8/8h

3 a opção Cefuroxima 500mg 12/12h + Metronidazol 500mg 8/8h

4 a opção Clindamicina 600mg 6/6 horas

TRATAMENTO HOSPITALAR EM ENFERMARIA DE PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

Tratamento por 5 a 7 dias de antibiótico. Iniciar endovenoso e transicionar para VO ou VG em 48h ou quando houver melhora clínica.

Sem suspeita de aspiração

1 a opção: Betalactâmico + Macrolídeo Amoxicilina-clavulanato 1g 8/8h + Azitromicina 500mg/dia no primeiro dia e 250mg/dia por mais 4 dias.ou claritromicina 500 mg 12/12h (5 dias) ou Cefuroxima 750 mg EV 8/8h + Azitromicina 500mg no primeiro dia e 250mg/dia por mais 4 dias. (Claritromicina 500mg 12/12h (5 dias)

2 a opção: Quinolonas Levofloxacina 750 mg/dia Obs: Reservar Moxifloxacina 400mg/dia para pacientes que falharem com uso de Levofloxacina, principalmente se presença de doença pulmonar estrutural.

3ª opção: Cloranfenicol 500mg EV de 6/6h

Com suspeita de aspiração

1 a opção: Amoxicilina-clavulanato 1g 8/8h

2 a opção: Cefuroxima 500mg 12/12h + Metronidazol 500mg 8/8h

3 a opção: Levofloxacina 750mg + Metronidazol 500mg 8/8h ou Clindamicina 600mg 6/6h

4ª opção: Cloranfenicol 500mg EV de 6/6h

TRATAMENTO HOSPITALAR EM UTI DE PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

Tratamento por 5 a 7 dias de antibiótico. Iniciar endovenoso e transicionar para VO ou VG em 48h ou quando houver melhora clínica.

UTI – avaliar risco de Pseudomonas

Hemodinamicamente estável (sem DVA) 1 a opção: Betalactâmico + macrolídeo Amoxicilina-clavulanato 1g 8/8h ou Cefuroxima 750 mg EV 8/8h + Azitromicina 500mg/dia (Claritromicina 500mg 12/12h como opção à Azitromicina)

2ª opção: Quinolona Levofloxacina 750 mg/dia

Hemodinamicamente instável (com DVA) Cefepime 1 a 2g EV 12/12h + Azitromicina 500mg 1x/dia Quando sair do choque, de-escalonar para uma opção de paciente em UTI e estável ou de acordo com cultura, se disponível. Pacientes com pneumonias graves apresentam maior risco para Legionella. Nestes casos, a Azitromicina é superior a Claritromicina.

TRATAMENTO AMBULATORIAL OU HOSPITALAR DE PNEUMONIA ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (PACS)

Tratamento por 5 a 7 dias de antibiótico iniciar endovenoso e transicionar para VO ou VG em 48h ou quando houver melhora clínica. (Avaliar pelo CRP-65)

Quando preenche critérios para PACS

Hemodinamicamente estável 1 a opção: Betalactâmico + macrolídeo Amoxicilina-clavulanato 1g 8/8h + Azitromicina 500mg no primeiro dia e 250mg/dia nos próximos 4 dias. ou Cefuroxima 750 mg EV 8/8h + Azitromicina 500mg/dia Cefuroxima por via oral 500 mg de 12/12h. (Claritromicina 500mg 12/12h como opção à Azitromicina em qualquer esquema)

2ª opção: Quinolonas Levofloxacino 750 mg/dia

Hemodinamicamente instável (com DVA) Cefepime 2g EV 12/12h + Azitromicina 500mg 1x/dia (Se suspeita de Pseudomonas, Cefepime 2g 8/8h) (Claritromicina 500mg 12/12h como opção à Azitromicina) ou Piperacilina + Tazobactan 4,5g 8/8h – principalmente se suspeita de aspiração.

TRATAMENTO DA PNEUMONIA HOSPITALAR

Tratamento por 8 a 14 dias de antibiótico após 5 dias de melhora clínica(a

(T<38° C, melhora do PCR 50%, melhora da hipoxemia) Pseudomonas sp ou Acinetobacter SP, tratar 14 dias.

≤ 5 dias da internação em enfermaria e em ventilação espontânea ou UTI ventilação espontânea ≤ 48 horas - Tratar como comunitária.

>5 dias da internação em ventilação espontânea ou > 48h em UTI em ventilação espontânea.

Cefepime 2g 12/12h ou 2g 8/8h se suspeita de Pseudomonas aeruginosa ou Piperacilina + Tazobactan 4,5g 8/8h (principalmente se aspiração ou se não houve melhora com outro antibiótico em 72h)

PAVM < 5 dias

Cefepime 2g 12/12h ou 2g 8/8h se suspeita de Pseudomonas aeruginosa ou Piperacilina + Tazobactan 4,5g 8/8h

PAVM > 5dias

Carbapenêmico (Imipenem 500mg a 1g EV de 8/8h ou 6/6h) (Meropenem 500mg a 1g EV 8/8h) ou Se não houver melhora em 48h - Polimixina B (15.000 UI kg/dia de 12/12 h. e se choque ou insuficiência respiratória fazer ataque 25.000 UI/kg.

Para os pacientes internados em UTI, instáveis, sem melhora em 48 – 72 horas após início do esquema:

1) Associar Vancomicina ao Carbapenêmico

2) Associar Polimixina B + Vancomicina, se ainda não houver melhora nas próximas 48h Vancomicina (15mg-20mg/kg EV 12/12h. Antes de

administrar a quinta dose da medicação, deve-se solictar a vancocinemia que serve ser mantida entre 15 a 20 µg/mL).

Falha de Tratamento

Pesquisar complicações: derrame pleural, atelectasia, abscesso e tratar de acordo com os achados.

Pneumonia Por Influenza

Independentemente do local de tratamento, levantar suspeita de Pneumonia por influenza se:

• Sintomas de gripe + hipoxemia + infiltrado pulmonar bilateral → considerar a possibilidade e iniciar tratamento imediatamente.

• Pacientes de maior risco: crianças < 2 anos, obesos, gestantes, puérperas, idosos e pneumopatas

Oseltamivir 75mg/dia Se paciente receber a medicação por sonda ou for obeso – 150mg/dia .

Melhor se administração ocorrer em até 48h do início do quadro, porém pode ser iniciado após esse período.

Prevenção

Vacinação

1. Vacina anti-infuenza -A vacinação anti-influenza tem como maior benefício diminuir as taxas de hospitalização e óbito, principalmente em indivíduos de alto risco, que são: idosos, profissionais da saúde, cuidadores, portadores de doenças crônicas e imunossuprimidos.

Assim, a vacinação para influenza está indicada para estes grupos de pacientes, devendo ser repetida anualmente, no período de maior circulação do vírus - no Brasil, de março a agosto.

2. Vacinação antipneumocócica - O maior benefício desta vacina é o de proteger tanto indivíduos saudáveis como aqueles de alto risco para doença pneumocócica invasiva, caracterizada por bacteremia e/ou meningite.

A vacina antipneumocócica está indicada para todos os pacientes com idade ≥ 65 anos, imunossuprimidos e portadores de patologias crônicas com idade entre 2 e 64 anos e indivíduos institucionalizados.

Revacinação deve ser realizada a cada cinco anos naqueles em que a vacina foi aplicada antes dos 60 anos e em pacientes imunossuprimidos ou esplenectomizados.

Os pacientes que obedecerem a estes critérios e ainda não são vacinados devem ser orientados a receber a vacina pneumocócica após a resolução do quadro de pneumonia.

Outras medidas para prevenção de PAVM

• Implementação das precauções padrão ou de contato adequadamente; • Educação periódica da equipe da saúde sobre importância das precauções

; • Protocolos de prescrição de antimicrobianos de acordo com a flora local e monitorização constante pela Comissão de Infecção Hospitalar;

• Reduzir ao máximo o tempo de intubação;

• Manter cabeceira elevada há 30-45 graus nos pacientes intubados;

• Manter pressão do balonete da cânula entre 20-30 mmHg, para diminuir conteúdo aspirado da orofaringe;

• Realizar aspiração de secreções conforme demanda e não em horários programados;

• Limpeza frequente da tubulação do ventilador mecânico;

• Descontaminação oral com Cloroexedina, 4 vezes ao dia, tem demonstrado eficácia na redução de PAVM

• Deve-se evitar sedação profunda e constante, se possível realizar despertares diários;

• Realizar exercícios respiratórios diários em pacientes em pós-operatório reduz as taxas de PH e PAVM;

• Preferir nutrição enteral para evitar atrofia do trato gastrointestinal, o que aumenta a translocação bacteriana;

• Traqueostomia precoce não mostrou benefícios na prevenção de PAVM

Bibliografia

1. Hanley ME, Welsh CH. Medicina pulmonar: diagnóstico e tratamento. McGraw-Hill Interamericana do Brasil. Rio de Janeiro, 2005.

2. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes brasileiras para tratamento para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes. J Bras Pneumol 2009; 35 (6): 574-601.

3. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e associadas à ventilação mecânica. J Bras Pneumol 2007; 33 (Supl 1): S1-30

4. Baldi BG, Barbosa CEG. Pneumonias adquiridas no hospital e relacionadas a cuidados de saúde. Pneumologia: Atualização e reciclagem 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

5. W S Lim, S V Baudouin, R C George, A T Hill, C Jamieson, I Le Jeune et al. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. Thorax 2009;64(Suppl III):iii1–iii55.

6. Woodhead M, Blasi F, Ewig S, Garau J, Huchon G, Ieven M. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. Clin Microbiol Infect 2011; 17(Suppl. 6): E1–E59

7. Infectious Diseases Society; American Thoracic Society. Consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. CID 2007; 44: S000

8. Tarver RD, Teague SD, Heitkamp DE, Conces DJ. Radiology of community-acquired pneumonia. Clin North Am 2005 43 (3): 497-512.

4- PROTOCOLO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO- IAM

AVALIAÇÃO IMEDIATA

O objetivo é identificar os pacientes candidatos à terapia de reperfusão e realização de diagnóstico diferencial.

CORRIDA CONTRA O RELÓGIO: "Tempo é músculo!"

1. ECG em 10 minutos.
2. Trombolíticos em até 30 minutos.
3. Insuflação do balão de angioplastia em até 90 minutos.

Deve ser realizada em menos de 10 minutos da chegada do paciente.

1. Anamnese breve e direcionada para identificação de candidatos à terapia de reperfusão e possível contra-indicação à trombólise farmacológica.
2. Exame físico direcionado com aferição dos dados vitais, palpação de pulsos, identificação de sinais clínicos de gravidade, escala de Killip e Kimball.
3. Monitorização cardíaca contínua.
4. Saturação de oxigênio.
5. ECG de 12 derivações, complementado com derivações direitas (V3R E V4R) e dorsais (V7 e V8) se infarto inferior.
6. Acesso venoso periférico.
7. Exames laboratoriais: marcadores cardíacos, eletrólitos e coagulação.
8. Rx de tórax (não é essencial, porém serve para avaliação de congestão pulmonar e possibilidade diagnóstica de dissecção aórtica).
9. Mnemônico "MONAB" Morfina Oxigênio Nitratos Aspirina Betabloqueador

TRATAMENTO IMEDIATO OXIGÊNIO

Fundamento: - Limita a lesão miocárdica isquêmica;

reduz a intensidade de elevação do segmento ST. Efeito sobre morbi-mortalidade é desconhecido.

Dose e Administração: - O2 deve ser administrado por máscara ou cânula nasal a 2-4 L/min - Deve-se administrar O2 a todos os pacientes com SO2 < 90% por período indefinido (classe I, nível de evidência C).

- Após o diagnóstico nas primeiras 3-6 hs em todos os pacientes. (classe IIa, nível de evidência C).

- Após o diagnóstico após 6 hs em todos os pacientes. (classe IIb, nível de evidência C).

ASPIRINA (antiagregante plaquetário)

Fundamento: - Inibe irreversivelmente a COX e a produção de TXA-A2, impedindo a agregração plaquetária, a reoclusão coronária e a recorrência de eventos após a terapia fibrinolítica.

Dose e Administração: - Administrar 200 mg VO amassados ou para mastigar para todos os pacientes.

Continuar com dose diária de 100 mg indefinidamente após o IAM

(classe I, nível de evidência A).

Se houver náuseas, vômitos ou distúrbios do TGI superior, recomenda-se supositório de aspirina (não disponíveis no Brasil), na dose de 325mg. (classe I).

- Dose diária de AAS deve ser mantida indefinidamente (75-162mg) após IAM para todos os pacientes sem história de hipersensibilidade tipo I verdadeira (classe I, nível A).

Observações:

Nos casos de contra-indicações (úlcera péptica ativa, hepatopatia grave, desordens hemorrágicas), hipersensibilidade ou não responsividade à aspirina pode-se usar Ticlopidina (classe IIb) ou Clopidogrel (classe IIa, nível C).

NITROGLICERINA E NITRATOS (agentes vasodilatadores)

Fundamento:

- Os nitratos dilatam (mecanismo mediado por óxido nítrico) as artérias coronárias, o leito vascular periférico e os vasos de capacitância venosa. Reduzem a dor isquêmica associada à isquemia coronária, embora não substituam a analgesia com narcóticos.

Obs: Não devem ser usados se a hipotensão limitar a administração do beta bloqueador, devido ao maior benefício desta última droga.

Indicações: - Pacientes com desconforto torácico isquêmico persistente devem receber dinitrato de isossorbida 5 mg ou nitroglicerina 0,4mg SL, a cada 5 min, até um total de 3 doses.

Após isto, deve-se avaliar a necessidade de manutenção de nitroglicerina IV. (classe I, nível de evidência C).

- Nitroglicerina IV está indicada para aliviar o desconforto torácico isquêmico persistente, controlar HAS ou manejar o tratamento de congestão pulmonar. (classe I, nível de evidência C).

Precauções: - Não devem ser administrados em pacientes com PAS < 90mmHg ou decréscimo de PAS ≥ 30 mmHg em relação PAS de base; bradicardia severa (< 50 bpm); taquicardia (>100 bpm); ou IAM de VD suspeito. (classe III, nível de evidência C).

- Não devem ser administrados em pacientes que receberam inibidor de fosfodiesterase para disfunção erétil nas últimas 24 horas (48 horas para tadalafil). (classe III, nível de evidência B).

Dose e administração: - Dinitrato de isossorbida (Isordil) 5mg SL, repetir 3 vezes em intervalos de 5-10 minutos; (evitar as preparações de liberação lenta nas primeiras horas pós-IAM pela labilidade hemodinâmica dos pacientes).

- Nitroglicerina spray (Nitronal) 2 doses medidas SL ou na língua

- Mononitrato de isossorbida (Monocordil) 10 mg, diluídos na infusão contínua de 2,5 mg/kg/dia; Diluir 3 amp em 100ml SG5% e administrar em bomba infusora a 33 ml/h a cada 8 horas.

Complicações: - Hipotensão sistêmica inesperada, muitas vezes refratária a vasopressores. Em caso de hipotensão, tratar rapidamente com atropina 0,5-15 mg IV (ampolas de 1ml com 0,5mg) e Trendelemburg. Observações:

- O seu uso deve ser continuado além das primeiras 48 horas se houver IAM extenso ou complicado. (classe IIb).

MORFINA

Fundamento: - A morfina é um venodilatador que reduz a pré-carga do VE, diminui a resistência vascular sistêmica, reduzindo também a pós-carga e tem efeito analgésico sobre o SNC, reduzindo a ansiedade com efeitos simpatolíticos.

Indicações: - Todos os pacientes com dor torácica isquêmica, IAM sem hipotensão ou depressão respiratória, edema agudo de pulmão (redistribui a volemia).

Dose e Administração: - 1 ampola (1 amp = 10mg = 1mL de "Dimorf") diluída em 9 mL de diluente, aplicar 2-4 mL IV a intervalos de 5-15 minutos até o alívio da dor ou aparecimento de sinais de toxicidade.

É a analgesia de escolha para manejar a dor associada ao IAMCS. Classe I, nível de evidência C.

Complicações: - A intoxicação por morfina (hipotensão, depressão respiratória, vômitos severos) pode ser revertida com Trendelemburg, atropina 0,5 - 15 mg IV de 15-15 min e metoclopramida 1 a 2 amp IV (= 2 mL = 10 mg). Naloxone 0,4 - 2 mg IV a cada 2 min (antagonista da morfina) pode ser utilizada.

Observações: - Outra opção analgésica é a Meperidina (Dolantina), deve ser utilizada quando não há morfina disponível. Diluir 1 ampola (= 2mL = 100 mg) em 8 mL de diluente e aplicar 2 mL IV em intervalos de 5-15 minutos até o alívio da dor ou evidente toxicidade.

BETABLOQUEADORES

Fundamento: - Prove a redução da incidência de re-infarto em pacientes que recebem terapia fibrinolítica; bloqueia o estímulo simpático sobre a FC e a contratilidade miocárdica, diminuindo o VO2; reduz a incidência de complicações mecânicas associadas em pacientes que não recebem terapia fibrinolítica; reduz a pós-carga ventricular bem como a extensão da lesão, a isquemia pós-infarto e a incidência de taquiarritimias ventriculares.

Indicações: - Indicados nas primeiras 12 horas de sintomas, para todos os pacientes sem contra-indicações, dor torácica persistente ou recorrente, taquiarritmias (FA com resposta ventricular rápida), IAMCS. (classe I).

- Contra-indicações: FC < 60 bpm, PAS < 100 mmHg, insuficiência grave de VE, hipoperfusão, BAV grau I com intervalo PR > 0,24, BAV grau II ou BAVT,

- A terapia oral com betabloqueador deve ser administrada prontamente em pacientes sem contra-indicações, a despeito da terapia

fibrinolítica ou ACTP (Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea) primária. (classe I, nível de evidência A). ACTP (Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea) primária. (classe I, nível de evidência A).

- É aceitável administrar betabloqueador IV prontamente em pacientes com IAMCS sem contra-indicações, especialmente se há taquiarritmias ou HAS associados. (classe IIa, nível de evidência B).

- Pacientes com insuficiência cardíaca leve (estertores bi-basais sem sinais de baixo débito) ou DPOC podem utilizar, porém devem ser monitorados de perto. (classe IIb).

- Pacientes sem contra-indicações e que não receberam beta bloqueador nas primeiras 24 horas do IAM, devem inicia-lo e mante-lo até a fase de convalescença do IAM. (classe I, nível de evidência A).

- Pacientes com contra-indicação precoce ao de betabloqueador nas primeiras 24 horas devem ser reavaliados para o uso da terapia com beta bloqueador. (classe I, nível de evidência C).

TERAPIA DE REPERFUSÃO

É conduta prioritária no tratamento do IAMCS nas primeiras 12 horas de evolução, possibilitando a recanalização coronariana e interrupção do dano ao miocárdio.

Pode ser realizada por angioplastia transluminal coronariana percutânea primária (ATCP) ou através de agentes trombolíticos. Devem ser observados os seguintes aspectos antes da escolha da estratégia a ser utilizada.

1. Inicio dos sintomas.
2. Estratificação do risco do IAMCS (Killip e Kimball, TIMI Risk).
3. Risco e contra-indicações aos trombolíticos.
4. Tempo de transporte estimado para laboratório de hemodinâmica

ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA PERCUTÂNEA (ATCP)

Fundamento: - Restaura a patência do vaso via dilatação arterial por cateter balão com 90% de sucesso quando realizada em centros experientes, com pessoal treinado.

É uma técnica de reperfusão isenta do risco de sangramento associado a trombólise. Possui uma maior taxa de patência do vaso e uma mortalidade menor em 40% do que a trombólise.

Indicações:

ATCP é preferível nas circunstâncias:

• Laboratório de hemodinâmica disponível com respaldo de equipe cirúrgica. o Porta-balão inferior a 90min. o (Porta-balão) – (Porta-agulha) < 1 hora *

• IAMCS de alto risco o Choque cardiogênico. o Killip ≥ 3

• Contra-indicações para trombolíticos.

• Apresentação tardia. o Início dos sintomas superior a 3 horas.

• Diagnóstico de IAMCS é duvidoso.

ANGIOPLASTIA DE RESGATE

Fundamento:

- Angioplastia de emergência para reperfusão rápida (risco do paciente). Indicações:

- Pacientes com isquemia persistente ou recorrente após fibrinólise, reinfarto ou disfunção ventricular esquerda severa, com anatomia arterial favorável.

CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCARDICA DE EMERGÊNCIA

Indicações: - Falha da angioplastia com persistência da dor ou instabilidade hemodinâmica em pacientes com anatomia coronária favorável para cirurgia. (classe I).

Protocolo de Atendimento Inicial no IAM com Supradesnível de ST - IAM com dor persistente ou recorrente com dor refratária ao tratamento clínico em pacientes com anatomia coronária favorável a cirurgia e não candidatos a ATCP. (classe I).

- Perfuração de septo ou insuficiência de valva mitral pós IAM. (classe I).

- Choque cardiogênico em pacientes cirúrgicos. (classe IIa).

- Falha de ATCP com pequena área miocárdica acometida. Paciente estável (classe IIb). * Tempo Porta – Balão em relação ao Tempo Porta – Agulha com trombolítico fibrino específico.

TERAPIA FIBRINOLÍTICA

Fundamento: - O salvamento máximo do miocárdio ocorre quando a aplicação de fibrinolítico é feita em curto espaço de tempo (ideal

Indicações: - TROMBOLÍTICO é preferível nas circunstâncias:

• Apresentação dos sintomas ≤ 3 horas com atraso para terapia invasiva. o Transporte prolongado. o (Porta-balão) – (Porta –agulha) > 1 hora o Porta-balão superior a 90 min.

• ATCP não é uma opção. o Dificuldades de acesso vascular. o Laboratório de hemodinâmica não disponível.

Na ausência de contra-indicações, a terapia fibrinolítica deve ser administrada em pacientes com IAMCS cujos sintomas iniciaram nas primeiras 12 horas e a elevação do segmento ST é superior a 0,2 mV em pelo menos 2 derivações precordiais ou 0,1 mV em 2 derivações periféricas adjacentes. (classe I, nível A). - Na ausência de contra-indicações, a terapia fibrinolítica deve ser administrada em pacientes cujos sintomas iniciaram nas primeiras 12 horas e com BRE novo ou supostamente novo. (classe I, nível A).

- Na ausência de contra-indicações, é aceitável administrar terapia

fibrinolítica em pacientes com IAMCS cujos sintomas iniciaram nas primeiras 12 horas e o ECG de 12 derivações indica IAM posterior. (classe IIa, nível C).

- Na ausência de contra-indicações, é aceitável administrar terapia fibrinolítica em pacientes com IAMCS cujos sintomas e isquemia apresentam-se entre 12 a 24 horas concomitante com elevação do segmento ST superior a 0,2 mV em pelo menos 2 derivações precordiais ou 0,1 mV em 2 derivações periféricas adjacentes. (classe IIa, nível B).

- Elevação de ST em paciente >75 anos. (classe IIa).

- Elevação de ST com PAS > 180 ou PAD > 110 mmHg na chegada + IAM de alto risco. (classe IIb).

CONTRA-INDICAÇÕES AO USO DE TROMBOLÍTICO:

CONTRA-INDICAÇÕES ABSOLUTAS:

1. AVC hemorrágico a qualquer tempo.
2. AVC isquêmico com < 3 meses
3. Lesão vascular cerebral conhecida (Malformação arteriovenosa - MAV)
4. Neoplasia maligna sistema nervoso central
5. Neurocirurgia ou TCE recente < 3 meses.
6. Sangramento gastrointestinal no último mês.
7. Discrasia sanguínea conhecida ou sangrameto ativo (exceto menstruação)
8. Dissecção aórtica suspeita.
9. Doenças terminais

***CONTRA-INDICAÇÕES RELATIVAS:**

1. Ataque isquêmico transitório nos últimos 3 meses.
2. Terapia com anticoagulantes orais.
3. Gravidez ou período de pós-parto com < 1 semana.
4. Punção vascular não compressível.
5. Ressuscitação cardiopulmonar traumática.
6. HAS não controlada (≥180mmHg e/ou ≥110mmHg).
7. Doença hepática avançada.
8. Endocardite infecciosa
9. Úlcera péptica ativa
10. Exposição prévia a estreptoquinase

ADMINISTRAÇÃO DE TROMBOLÍTICO: Usar 2 acessos IV periféricos, sendo um deles para o trombolítico. Estreptoquinase (Streptase):Ampolas de 250.000, 750.000 e 1500.000 UI; reconstituir a 1 mg/mL. Diluir 1.500.000 UI em 250 mL SG5%, administrar em bomba infusora a 250 mL/h.

CRITÉRIOS DE REPERFUSÃO

1. Diminuição da dor

2. Diminuição de 50% no supradesnível do segmento ST
3. Arritmias de reperfusão.
4. Pico precoce das enzimas cardíacas

MANEJO HOSPITALAR

Medidas Gerais

• Internamento em unidade coronariana.
• Monitorização cardíaca contínua para todos os pacientes.
• Jejum inicial e dieta leve rica em fibras após 24 horas
. • Laxantes leves.
• Sedação com benzodiazepínicos se necessário.
• Repouso absoluto no leito nas primeiras 24 hs.
• Exames laboratoriais:

Perfil Lipídico (HDL colesterol, Colesterol Total e triglicerídeos dosados nas primeiras 24 horas), hemograma, plaquetas, sódio, potássio, creatinina, glicose.

- Dosagens seriadas de enzimas cardíacas: CK, CK-Mb, e Troponina (ainda não disponível no HC) no primeiro dia a cada 6 hs e, após, a cada 24 hs até a normalização.

Rx tórax no leito, com o paciente sentado

. • ECG's diariamente ou após ocorrer dor torácica ou intercorrência.
• Estratificação de risco contínua (ESCORE DE RISCO TIMI PARA IAMCS)

TERAPIA ADJUVANTE TERAPIA ANTITROMBÍNICA

Fundamento: - Anticoagulante que inibe indiretamente a trombina, utilizado como adjunto à terapia fibrinolítica. Reduz a chance de reoclusão do vaso infartado após a administração de agentes fibrinolíticos específicos de fibrina (alteplase/Rt-PA, reteplase).

Heparina Não Fracionada (HNF-LIQUEMINE)

Indicações: - Pacientes submetidos à ATCP ou cirurgia. (classe I; nível C).

- Administração IV para pacientes submetidos à terapia de reperfusão com alteplase, reteplase, ou tenecteplase (classe I, nível A).

- Administração IV de HNF para pacientes submetidos a agentes fibrinolíticos não seletivos (estreptoquinase; uroquinase; anistreplase) os quais apresentam alto risco de embolia sistêmica (IAM extenso ou anterior; FA; evento tromboembólico prévio, conhecido trombo em VE; choque cardiogênico). (classe I; nível C).

- Administração IV de HNF para pacientes após IAMCS que apresentam alto risco de embolia sistêmica (IAM extenso ou anterior; FA; evento tromboembólico prévio, ou conhecido trombo em VE). (classe I; nível B).

- A contagem de plaquetas deve ser monitorada diariamente. (classe I; nível C). - Em pacientes com IAMCS não submetidos à terapia de

reperfusão, que não apresentam contra-indicações para anticoagulação, o uso de HNF por pelo menos 48 horas.

Em pacientes cujas condições clínicas necessitam de repouso prolongado no leito e/ou atividade física mínima, é aceitável que o tratamento com heparina se mantenha até consulta ambulatorial. (classe IIa. Nível C).

Dose e Administração:

- 60 UI/Kg em bolus (máximo 4.000 UI); em seguida continuar com 12 UI/Kg/hora (máximo 1.000 UI/hora para pacientes > 70 Kg).

- Ajustar a dose para um TTPA de 1,5 - 2 vezes o controle, por 48 horas. Após as primeiras 24 horas o TTPA desejável é entre 50 e 70 seg. Fazer controle do TTPA em 6 /12 /18/ 24hs.

Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM - CLEXANE)

- 30mg IV em bolus, seguido de 1,0 mg/Kg SC 12/12 horas

- Pode ser considerada uma alternativa aceitável à HNF como terapia auxiliar para pacientes com menos de 75 anos sem disfunção renal significativa (creatinina < 2,5mg/dL para homens; ou creatinina 75 anos que recebem terapia fibrinolítica.

- HBPM não deve ser usada como alternativa à HNF em pacientes com menos 75 anos que recebem terapia fibrinolítica e apresentam disfunção renal significativa (creatinina > 2,5 mg/dL para homens; ou creatinina > 2,0 mg/dL para mulheres).

IECA- INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA BRA - BLOQUEADORES DOS RECEPTORES AT1

Fundamento: - Os IECA e os BRA ajudam a prevenir a remodelação anômala do VE, atrasam a progressão da IC e diminuem a incidência de morte súbita e recorrência do IAM.

Indicações:

- Pacientes com critérios clínicos de IAMCS

- Os IECA devem ser administrados por via oral nas primeiras 24 horas do IAM com supradesnível de ST em pacientes COM IAMCS anterior, congestão pulmonar, ou fração de ejeção de VE < 0,40 na ausência de hipotensão (PAS < 100 mmHg ou PAS inferior a 30 mmHg abaixo da pressão de base) ou contraindicações para o uso desta classe de medicamentos. (classe I; nível A). - Os IECA podem ser administrados por via oral nas primeiras 24 horas do IAMCS em pacientes sem infarto anterior, congestão pulmonar, ou fração de ejeção de VE < 0,40 na ausência de hipotensão (PAS < 100 mmHg ou PAS inferior a 30 mmHg abaixo da pressão de base) ou contra-indicações para o uso desta classe de medicamentos. (classe IIa; nível B).

- Devem ser administrados preferencialmente após terapia fibrinolítica ter sido completada e com a pressão arterial estabilizada.

- Os BRA devem ser considerados em pacientes com IAMCS que são intolerantes a IECA e que apresentam sinais clínicos e radiológicos de ICC ou FE < 40%. O uso de Valsartan (dose alvo de 160 mg 2x dia) e Candesartan

tem eficácia estabelecida para esta recomendação. (classe I, nível C).

Dose e Administração: - Iniciar com dose baixa VO, aumentando-a regularmente até alcançar a dose máxima em 24-48 horas.

Contra-Indicações: - Gestação, angioedema, PAS < 100mmHg, IR severa (creatinina > 3), estenose de artéria renal bilateral, hipersensibilidade a IECA.

ANTAGONISTAS DA ALDOSTERONA

Fundamento: - O bloqueio da aldosterona na adição ao tratamento com IECA mostrou prevenir o remodelamento ventricular desfavorável e a formação de colágeno nos pacientes com disfunção de VE após IAM.

O estudo EPHESUS demonstrou diminuição da mortalidade com o uso de eplerenone em pacientes com IAM e sinais de insuficiência cardíaca. Indicações:

- Devem ser administrados para pacientes com IAM sem disfunção renal significativa (creatinina < 2,5 mg/dl para homens e < 2,0mg/dl para mulheres) ou hipercalemia (≥ 5 mEq/L) que já estão recebendo doses terapêuticas de IECA e betabloqueadores, com FE de VE ≤ 0,40, e com sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca. (classe I, nível C)

Dose e administração: - Eplerenone 25 mg VO/dia (ainda não disponível no Brasil).

Observações - Deve-se manter rigoroso controle dos níveis séricos potássio. - O uso rotineiro de espironolactona após IAMCS não está ainda fundamentado em estudos randomizados.

TIENOPIRIDÍNICOS

Fundamento:

- São derivados da tienopiridina, sem ação in vitro, sugerindo serem precursores de um metabólito ativo não identificado. São antagonistas seletivos, não competitivos da agregação plaquetária pela via do ADP, bloqueando a ativação do receptor IIb/IIIa, mas não atuando diretamente sobre este receptor.

A ticlopidina e o clopidogrel inibem a agregação plaquetária e a retração do coágulo, prolongando o teste de tempo de sangramento. O clopidogrel tem potencia equivalente 6 vezes maior que a ticlopidina.

- O principal para-efeito da ticlopidina é toxicidade para a medula óssea (leucopenia, trombocitopenia e pancitopenia). O clopidogrel não possui essa toxicidade quando testada em ratos.

Ticlopidina - Nome comercial: Ticlid comp. 250mg. Clopidogrel

- Nome Comercial: Plavix comp. 75mg.

Indicações: - Para pacientes com planos de coronariografia diagnóstica e para aqueles com plano de ACTP, CLOPIDOGREL (300 mg VO de ataque seguido de 75 mg VO, 48 horas antes) deve ser iniciado e continuado por pelo menos 1 MÊS após STENT METÁLICO (3 MESES PARA SIRULIMUS, 6 MESES PARA PACLITAXEL), e superior a 12 meses em pacientes que não

possuem alto risco de sangramento. (classe I, nível B).

- Uso de clopidogrel em pacientes recebendo terapia fibrinolítica os quais possuem hipersensibilidade tipo I a AAS ou intolerância gastrointestinal maior a AAS. (classe IIa, nível C).

Recomendação Importante:

- Para pacientes com plano de RVM, clopidogrel deve ser interrompido por 5 dias (7 dias, de preferência) antes do procedimento, a menos que a urgência do procedimento for superior ao risco de sangramento. (classe I, nível B)

INIBIDORES DA GLICOPROTEINA

Fundamento:

- Inibem o receptor de GP IIb/IIIa –integrina na membrana das plaquetas, inibe a ativação da via final comum da agregação plaquetária. Indicações:

- É aceitável o uso de abciximab tão cedo quanto possível antes de ACTP primária (com ou sem stent) em pacientes com IAMCS. (classe IIa, nível B)

- Pode ser considerado o uso de tirofiban ou eptifibatide antes de ACTP primária (com ou sem stent) em pacientes com IAMCS. (classe IIa, nível C). Contra-indicações absolutas:

- Sangramento ativo ou distúrbio hemorrágico ou hemorragia intracraniana ou neoplasia ou MAV ou aneurisma ou AVC nos últimos 30 dias; cx ou trauma importante no último mês; dissecção aórtica, pericardite ou HAS grave; Hipersensibilidade ou uso concomitante de outro inibidor de GP IIb/IIIa, plaquetas < 150.000

ESTATINAS

Fundamento:

- Os uso de estatinas nas síndromes coronárias agudas foi recentemente fortalecido pelo estudo PROVE-IT, no qual altas doses de atorvastatina (80 mg VO/dia) foi eficaz na redução da mortalidade e eventos cardiovasculares. O efeito de outras estatinas nesta condição ainda está por ser estabelecido.

- O uso de estatinas deve ser enfatizado como medida de prevenção secundária objetivando o controle do LDL colesterol, sendo o internamento por IAMCS uma oportunidade para fortalecer esta terapêutica.

ATROPINA

Fundamento: - Atua como antagonista competitivo dos receptores colinérgicos muscarínicos no nó sinusal (age sobre os reflexos que medeiam a bradicardia), produzindo aumento da freqüência cardíaca. A seguir estão apresentadas as recomendações para o uso de atropina.

Dose e administração: Protocolo de Atendimento Inicial no IAM com Supradesnível de ST

- Para bradicardia – 0,5 a 1,0mg IV a cada 3-5min (max 0,04 mg/Kg).

- Para assistolia – 1mg IV em bolus; repetir se necessário a cada 3-5min (max 0,04 mg/Kg).

MEDIDAS AUXILIARES CONTROLE GLICÊMICO RIGOROSO

- A infusão de insulina contínua para controle estrito da glicemia é recomendada para pacientes com IAMCS complicados. (classe I, nível B). MAGNÉSIO

- É aceitável documentar déficit de magnésio para ser corrigido, principalmente em pacientes que já fazem uso diuréticos. (classe IIa, nível C).

- Episódios de torsades des pointes associado com QT prolongado tratado com 1- 2 g de magnésio IV em bolus por 5 min. (classe IIa, nível C).

PROFILAXIA DA TVP E TEP

- Profilaxia para TVP com HNF SC (7500 – 12500U 2x dia) ou HBPM (dose apropriada para o agente específico) até alta hospitalar pode ser útil, mas a efetividade desta estratégia não é bem estabelecida. (classe IIb, nível C).

Heparina profilática - Pode ser administrada de 2 formas: 1- Fazer 7.500 – 12500 UI SC de 12/1

2 hs. 2- Fazer 1 ampola de enoxaparina 40mg SC por dia.

Referências Bibliográficas:

- Protocolo para manejo inicial do IAM – HC UFPR / 1999.(Dr. Caetano Sartori).

- Protocolo de Conduta Inicial no IAM - HC UFPR / 2002. (Drª Karina Krajden).

- Protocolo de Conduta Inicial no IAM - HC UFPR / 2003. (Dr.Márcio Ortiz).

- Protocolo de Conduta Inicial no IAM - HC UFPR / 2003. (Dr. Antonio C. L. Neto).

- II diretriz da SBC para Tratamento do IAM. Arq Bras Cardiol , vol 74 (usp. II), 2000. - 1999 Update ACC /AHA Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction. Circulation, 1999;100:1016-1030.

- Manual de Atendimento Cardiovascular de Emergência para Provedores de Saúde: AHA / Fundação Interamericana do Coração (baseado nas Diretrizes Internacionais de 2000).

- Myocardial Infarction Redefined

– A Consensus Document of The Joint European Society of Cardiology / American College of Cardiology Commitee for the Redefinition of Myocardial Infarction. JAAC 2000;36, 3: 959- 969.

- I Diretriz Sobre dor Torácica .Arq Bras Cardiol, vol 79, sup II , 2002. - Use of the Eletrocardiogram in Acute Myocardial Infarction. N Engl Med, 2003; 348:933-40. - 2004 Update ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With STElevation Myocardial Infarction

– Executive Summary. Circulation. 2004; 110:588- 636.

5- PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

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.

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.

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. A maior parte dos eventos ocorreu na presença dos pais

. 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.

A queda pode gerar impacto negativo sobre a 2 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 legal .

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 permanência .

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.

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.

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas. Fazem parte dessas intervenções : 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 .

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

Intervenções

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.

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; dor intensa; baixo índice de massa corpórea; 4 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; 5 laxativos; relaxantes musculares; vasodilatadores; hipoglicemiantes orais; insulina; e Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).

h) Obesidade severa.

i) História prévia de queda.

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 risco.

. 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: Morse12,13 e St Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly (STRATIFY)14,15 . Essas duas escalas possuem semelhanças quanto à gradação dos fatores que predispõem 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.

Ações preventivas

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 vigente, 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.

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.

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.

Tabela 1 - Fatores de risco para queda e medidas relacionadas (Pacientes adultos hospitalizados)

Fator de risco	Medida
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 8 exemplo, andador, muleta e bengala).
	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 8 exemplo, andador, muleta e bengala).
	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 8 exemplo, andador, muleta e bengala).
Necessidades fisiológicas e higiene pessoal	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
	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
	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.
	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.
	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.
	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 9 necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).
	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 9 necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).
	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 9 necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).
	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 9 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.
	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).
	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).
	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).

Tabela 2 - Fatores de risco para queda e medidas relacionadas (Pacientes pediátricos hospitalizados)

Fator de Risco	Medidas
Idade	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". A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação do profissional responsável. > 36 meses: devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas. Transporte (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico)
	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". A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em

	cama de acordo com a avaliação do profissional responsável. > 36 meses: devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas. Transporte (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico)
	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". A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação do profissional responsável. > 36 meses: devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas. Transporte (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico)
	≤ 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: o Em maca acompanhada do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação. o Em cadeira de rodas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem). 10 > 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).
	≤ 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: o Em maca acompanhada do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação. o Em cadeira de rodas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem). 10 > 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 cabeceira 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.
Pregressa/	-Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. -Não levantar do leito sozinho quando há história de queda pregressa com dano grave
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
Medicações	- equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da enfermagem). 11 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.

Procedimentos Operacionais

Avaliar, no momento da admissão, o risco de queda do paciente (pacientes internados, pacientes no serviço de emergência e pacientes externos);

Orientar pacientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais, e entregar material educativo específico quando disponível;

Implementar medidas específicas para a prevenção de queda conforme o(s) risco(s) identificado(s) (Ver tabela 1 e 2);

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;

Colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim

de alertar toda equipe de cuidado. Anotar no prontuário do paciente todos os procedimentos realizados;

Prestar pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar;

Avaliar e tratar pacientes que sofreram queda e investigar o evento.

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 12 informações, feedback dos resultados para os profissionais e adoção de ações de melhoria, se necessário.

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.ihi.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]. 201246(1):67-74. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a09.pdf [Acessado em 10/04/2013].

LUPUS ERITOMATOSO SISTÊMICO

INTRODUÇÃO

Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune sistêmica caracterizada pela produção de autoanticorpos, formação e deposição de imunocomplexos, inflamação em diversos órgãos e dano tecidual. Sua etiologia permanece ainda pouco conhecida, porém sabe-se da importante participação de fatores hormonais, ambientais, genéticos e imunológicos para

o surgimento da doença.

LES afeta indivíduos de todas as raças, sendo 9 a 10 vezes mais frequente em mulheres durante a idade reprodutiva.

Fadiga é uma das queixas mais prevalentes do LES em atividade. Febre, geralmente moderada e com resposta rápida ao glicocorticoide (GC), é verificada na maioria dos pacientes no momento do diagnóstico. Mialgias, perda de peso e linfadenopatia reacional periférica podem ser comumente encontradas nos pacientes com LES.

orrente da baixa exposição solar. (16, 17) As lesões de pele são comuns e podem ser variadas. A maioria dos pacientes apresenta fotossensibilidade após exposição à radiação solar ou artificial (lâmpadas fluorescentes ou halógenas). A clássica lesão em asa de borboleta, caracterizada por eritema malar e no dorso do nariz, preservando o sulco nasolabial, é identificada em menos de 50% dos casos.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- L93.0 Lúpus discóide
- L93.1 Lúpus cutâneo subagudo
- M32.1 Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas
- M32.8 Outras formas de lúpus eritematoso disseminado (sistêmico).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo de tratamento todos os pacientes com o diagnóstico confirmado de LES, segundo os critérios de classificação do American College of Rheumatology (ACR).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo de tratamento os paciente que fizerem uso de um dos seguintes medicamentos:

- cloroquina e hidroxicloroquina: uso concomitante de primaquina, maculopatia prévia associada aos antimaláricos, hipersensibilidade ao medicamento ou aos componentes da fórmula;
- azatioprina: imunossupressão (aids, linfoma e outros), infecção ativa, tuberculose, gestação, lactação, neoplasia maligna em atividade, hipersensibilidade ao medicamento ou aos componentes da fórmula;
- ciclosporina: imunossupressão (aids, linfoma e outros), insuficiência renal crônica, neoplasia maligna em atividade, gestação, lactação, infecção ativa, tuberculose, hipertensão não controlada, hipersensibilidade ao medicamento ou aos componentes da fórmula; • ciclofosfamida: imunossupressão (aids, linfoma e outros), neoplasia maligna em atividade,

infecção ativa, tuberculose, gestação, lactação, hipersensibilidade ao medicamento ou aos componentes da fórmula;

danazol: doença hepática, renal ou cardíaca grave, porfiria, sangramento uterino anormal, gestação, lactação, hipersensibilidade ao medicamento ou aos componentes da fórmula; • metilprednisolona, dexametasona, betametasona e prednisona: úlcera péptica ativa, infecção ativa, tuberculose, hipersensibilidade ao medicamento ou aos componentes da fórmula;

• metotrexato: gestação, lactação, doenças hematológicas graves, doença ulcerosa péptica ativa, anormalidades hepáticas ou renais graves, abuso de drogas ou etilismo, infecção ativa, tuberculose, hipersensibilidade ao medicamento ou aos componentes da fórmula;

• talidomida: mulheres em idade reprodutiva que não estejam usando pelo menos dois métodos contraceptivos, gestação, neuropatia periférica e hipersensibilidade ao medicamento ou aos componentes da fórmula.

TRATAMENTO

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

O tratamento do LES envolve inicialmente medidas gerais, listadas a seguir.

• Prestar aconselhamento, suporte e orientação por meio de tratamento multidisciplinar para o paciente e seus familiares, informar sobre a doença e sua evolução, possíveis riscos e recursos disponíveis para diagnóstico e tratamento; transmitir otimismo e motivação para estimular a adesão ao tratamento e o cumprimento dos projetos de vida.

• Realizar orientação dietética para prevenção e controle de osteoporose, dislipidemia, obesidade e hipertensão arterial sistêmica (HAS); dar preferência para uma dieta balanceada, com baixo teor de sal, carboidratos e lipídios, especialmente nos usuários crônicos de GC; considerar a suplementação de cálcio e de vitamina D para todos os pacientes.

• Estimular a realização de exercícios físicos regulares aeróbicos para melhorar e manter o condicionamento físico dos pacientes; evitar exercícios nos períodos de importante atividade sistêmica da doença.

• Adotar proteção contra luz solar e outras formas de irradiação ultravioleta, por meio de barreiras físicas, como roupas com mangas longas, gola alta e uso de chapéus; evitar exposição direta ou indireta ao sol e a lâmpadas fluorescentes ou halógenas.

• Realizar avaliação ginecológica anual, com exame clínico das mamas e do colo do útero para detecção de displasia cervical causada por HPV.

• Realizar avaliação oftalmológica a cada 6 a 12 meses, especialmente para pacientes em uso de antimaláricos. 357 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

• Realizar consulta odontológica periódica para preservação da saúde oral.

• Realizar vacinação anual contra o vírus da gripe e vacinação pneumocócica a cada 5 anos. Em pacientes com LES e em uso de imunossupressores, devem-se evitar vacinas com vírus vivos atenuados.

• Suspender o tabagismo.

• Receber orientações a respeito da anticoncepção. Havendo necessidade do uso de anticoncepcionais orais, dar preferência para os sem ou com baixa dose de estrogênio. Não é aconselhado o uso de anticoncepcionais orais em pacientes com LES e história de doença cardiovascular ou risco aumentado para a ocorrência de fenômenos tromboembólicos. Recomenda-se evitar a concepção nos períodos de atividade da doença ou durante o tratamento com medicamentos contraindicados na gestação

• Realizar teste cutâneo para tuberculose (reação de Mantoux) antes da introdução dos medicamentos imunossupressores e quimioprofilaxia com isoniazida para pacientes com infecção latente, de acordo com as normas do Ministério da Saúde para o diagnóstico e tratamento da Tuberculose.

• Realizar investigação sorológica para hepatite B, hepatite C e HIV antes do início do tratamento. • Realizar tratamento empírico com anti-helmíntico para estrongiloidíase antes de iniciar o uso dos medicamentos imunossupressores.

• Realizar controle e tratamento dos fatores de risco cardiovasculares, tais como diabetes melito, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e obesidade.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Entre os medicamentos utilizados podem ser citados os antimaláricos (cloroquina e hidroxicloroquina) e os GCs, independentemente do órgão ou sistema afetado pela doença.

Os glicocorticoides (GC) são os fármacos mais utilizados no tratamento de LES, e as doses diárias variam de acordo com a gravidade de cada caso. Tendo prednisona como padrão pela via oral, as doses podem ser divididas em: (44)

• dose baixa: 0,125 mg/kg/dia;

• dose moderada: 0,125-0,5 mg/kg/dia;

• dose alta: 0,6-1 mg/kg/dia;

• dose muito alta: 1-2 mg/kg/dia;

• pulsoterapia com GC: aplicação endovenosa de metilprednisolona (15-20 mg/kg/dia) até 1.000 mg/dia, administrada em 1 hora, habitualmente por 3 dias consecutivos.

Esquemas usuais de prednisona utilizados em pacientes com LES

também podem ser ajustados da seguinte maneira:

- dose baixa: menos de 7,5 mg/dia
- dose moderada: 7,5-30 mg/dia
- dose alta: 30-10 mg/dia
- dose muito alta: mais de 100 mg/dia
- pulsoterapia com GC: aplicação endovenosa de metilprednisolona 500-1.000 mg/dia, administrada em 1 hora, habitualmente por 3 dias consecutivos. Os GC apresentam inúmeros efeitos colaterais e, por isso, devem ser utilizados na menor dose 358 Lúpus eritematoso sistêmico Lúpus eritematoso sistêmico efetiva para o controle da atividade da doença e, assim que possível, reduzidos gradualmente até a suspensão.
- Cloroquina: comprimidos de 150 mg
- Hidroxicloroquina: comprimidos de 400 mg
- Betametasona: suspensão injetável de (3 mg +3 mg)/mL
- Dexametasona: comprimidos de 4 mg
- Metilprednisolona: pó para solução injetável de 500 mg
- Prednisona: comprimidos de 5 ou 20 mg
- Azatioprina: comprimidos de 50 mg
- Ciclosporina: cápsulas de 10, 25, 50, 100 mg e solução oral de 100 mg/mL – frasco de 50 Ml
- Ciclofosfamida: comprimidos de 50 mg e pó para solução injetável de 200 e 1.000 mg
- Danazol: cápsulas de 100 ou 200 mg
- Metotrexato: comprimidos de 2,5 mg e solução injetável de 25 mg/mL com 2 mL
- Talidomida: comprimido de 100 mg

ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

- Cloroquina: 2-4 mg/kg/dia, por via oral
- Hidroxicloroquina: 4-6 mg/kg/dia, por via oral
- Metilprednisolona: pulsoterapia de 1.000 mg ou 15 mg/kg endovenosa ao longo de 1 hora por 3 dias consecutivos; repetir mensalmente conforme resposta terapêutica
- Prednisona: 0,125-2 mg/kg/dia, por via oral, 1 vez /dia ou dividida em 3 doses, de acordo com a manifestação a ser tratada. Se houver controle da doença, iniciar diminuição gradual da dose não acima de 20% da dose vigente a cada 4 semanas até 10 mg /dia e manter conforme evolução clínica. Caso haja recidiva da manifestação durante a diminuição de dose, retornar à mínima dose efetiva. Pode ser usada em associação com outros medicamentos citados neste Protocolo
- Azatioprina: dose inicial de 1 mg/kg/dia, por via oral, aumentando 0,5 mg/kg a cada 4 semanas até atingir o controle da atividade da doença, que

é evidenciado por resolução das alterações clínicas e laboratoriais apresentadas pelo paciente. A dose máxima não deve ultrapassar 3 mg/kg/dia

• Ciclosporina: dose inicial de 3-4 mg/kg/dia, dividida em 2 doses até a dose máxima de 6 mg/kg/dia, por via oral

• Ciclofosfamida: 1-3 mg/kg/dia, por via oral, 1 vez /dia, ou infusão de 0,5-1,0 g/m2 por via endovenosa a cada 4 semanas. Para prevenir cistite hemorrágica, recomenda-se a administração de mesna por via endovenosa ou oral (1 mg para cada 1 mg de CCF) dividida em 4 administrações: 30 minutos antes da infusão e 2, 4 e 6 horas após o término da infusão. Sugere-se administração de soro fisiológico a 0,9%, 1.000 ml endovenoso, 1 hora antes da infusão, bem como o uso de diuréticos. Hidratação oral deve ser estimulada ao longo do tratamento com CCF

• Danazol: dose inicial de 100 mg, 2 vezes /dia, por via oral, durante 30 dias, aumentando progressivamente até 400 mg, 2 vezes /dia. Quando a dose terapêutica for alcançada, manter o danazol por mais 30 dias e iniciar a retirada de GC. Quando a dose de GC atingir 10 mg/dia e as plaquetas estiverem em níveis adequados (acima de 100.000/mm3) durante 2 meses consecutivos, iniciar a redução da dose de danazol até 100 mg/dia. Esta dose pode ser mantida por 2-3 anos de acordo com a evolução clínica.

• Metotrexato: dose inicial de 10 mg/semana, por via oral ou subcutânea, podendo ser aumentada para até 25 mg/semana.

Talidomida: a menor dose possível (25-100 mg/dia), dividida em 2 doses diárias, por pelo menos 6 meses, por via oral. A dose máxima recomendada é cerca de 400 mg/dia. Se não ocorrer reativação da lesão cutânea, tenta-se reduzir a dose (50 mg em dias alternados) e, depois de 3 meses, suspende-se a talidomida. Caso surjam novas lesões cutâneas, reiniciase o tratamento.

TEMPO DE TRATAMENTO - CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

Inexiste um período estabelecido para a duração do tratamento. Atingida a remissão clínica, as doses dos medicamentos podem ser diminuídas gradualmente, sob monitorização sistemática da atividade de doença. Sugere-se reduzir primeiro a dose da prednisona. Após suspensão do GC, diminuir a dose dos imunossupressores em intervalos mensais ao longo de aproximadamente 6-12 meses. A hidroxicloroquina deve ser utilizada de forma contínua.

1. Schur PH, Gladman DD. Overview of the clinical manifestations of systemic lupus erythematosus in adults. UpToDate [Internet]. 2011 [cited 2012 Nov 21]; 19(2). Available from: http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-clinicalmanifestations-of-systemic-lupus-erythematosus-in-adults.

2. Borba EF, Brenol JCT, Latorre LC, et al. [Consensus of systemic lupus erythematosus]. Rev Bras Reum. 2008;48(4):196- 207. Portuguese.

3. D'Cruz DP, Khamashta MA, Hughes GR. Systemic lupus

erythematosus. Lancet. 2007 Feb 17;369(9561):587-96.

4. Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. Arthritis Rheum. 1998 May;41(5):778-99.

5. Chakravarty EF, Bush TM, Manzi S, et al. Prevalence of adult systemic lupus erythematosus in California and Pennsylvania in 2000: estimates obtained using hospitalization data. Arthritis Rheum. 2007 Jun;56(6):2092-4.

OSTEOPOROSE

A osteoporose é uma doença osteometabólica caracterizada por diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo com consequente aumento da fragilidade óssea e da susceptibilidade a fraturas. As complicações clínicas da osteoporose incluem não só fraturas, mas também dor crônica, depressão, deformidade, perda da independência e aumento da mortalidade.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

• Osteoporose pós-menopáusica com fratura patológica • M80.1 Osteoporose pós-ooforectomia com fratura patológica

• Osteoporose de desuso com fratura patológica

Osteoporose por má absorção pós-cirúrgica com fratura patológica • M80.4 Osteoporose induzida por drogas com fratura patológica

• Osteoporose idiopática com fratura patológica

• Outras osteoporoses com fratura patológica 385 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

• Osteoporose pós-menopáusica •

Osteoporose pós-ooforectomia

• Osteoporose de desuso

• Osteoporose devido a má absorção pós-cirúrgica

• Osteoporose induzida por drogas

• Osteoporose idiopática

• Osteoporose localizada

• Outras osteoporoses

• Osteoporose na mielomatose múltipla

• Osteoporose em distúrbios endócrinos

• Osteoporose em outras doenças classificadas em outra parte.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo mulheres na pós-menopausa e homens com idade igual ou superior a 50 anos que apresentarem pelo menos uma das condições abaixo (11,13):

• fratura de baixo impacto de fêmur, quadril ou vértebra (clínica ou morfométrica), comprovada radiologicamente;

• exame densitométrico com escore T igual ou inferior a - 2,5 no fêmur proximal ou coluna; • baixa massa óssea (escore T entre -1,5 e -2,5 no fêmur proximal ou coluna) em paciente com idade igual ou superior a 70 anos e "caidor" (2 ou mais quedas nos últimos 6 meses). Por fratura de baixo impacto entende-se as decorrentes de queda da própria altura ou menos.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO Serão excluídos pacientes que apresentarem hipersensibilidade, contraindicação ou intolerância a medicamento preconizado neste Protocolo.

CASOS ESPECIAIS Pacientes com plano de início e manutenção de tratamento com glicocorticoides em dose superior a 5 mg de prednisona/dia ou equivalente por período igual ou superior a 3 meses têm indicação de tratamento.

TRATAMENTO

Para indivíduos com risco de desenvolver osteoporose, medidas de intervenção devem ser adotadas para prevenção; para indivíduos que já apresentam baixa densidade mineral óssea ou fraturas, o tratamento deve ser realizado a fim de prevenir uma perda óssea adicional e, assim, reduzir o risco da primeira ou segunda fratura. O tratamento da osteoporose consiste de medidas não medicamentosas e medicamentosas.

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

Exercício físico
Prevenção de quedas
Fumo e álcool

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A maior parte dos estudos que demonstraram eficácia na prevenção de fraturas foi realizada em populações de pacientes com osteoporose na pós-menopausa, sendo que as evidências dizem respeito a prevenção de fraturas osteoporóticas induzidas por glicocorticoides; na osteoporose masculina as evidências foram menos robustas. Nos pacientes com alto risco de fraturas osteoporóticas, o medicamento a ser utilizado deve ser avaliado considerando os benefícios e riscos potenciais do tratamento.

A vitamina D influi não só na absorção do cálcio e na saúde óssea como também no desempenho muscular, equilíbrio e risco de queda. Recomenda-se a ingestão diária de 800-1.000 UI de vitamina D para adultos

com 50 anos ou mais. A reposição de vitamina D pode ser feita por meio da administração da vitamina (colecalciferol) ou de seus análogos, como o calcitriol.

Tratamento de primeira linha

Entre os medicamentos que reduzem fraturas osteoporóticas, os bifosfonatos são a classe com mais informações em termos de efetividade e segurança, com estudos de até 10 anos de seguimento publicados (35,36). Os bifosfonatos orais são os medicamentos de primeira escolha no tratamento da osteoporose , Portanto, sugere-se o tratamento por 5 anos, estendendo-se por mais 5 anos em pacientes com piora da massa óssea à DMO após o início do tratamento ou com escore T inferior a -3,5.

Alendronato de sódio

O alendronato de sódio é efetivo na prevenção primária de fraturas em pacientes com osteoporose, havendo evidência de sua efetividade na redução de incidência de fraturas vertebrais, não vertebrais e de quadril, razão pela qual é preconizado como primeira opção de tratamento. No entanto, em pacientes com insuficiência renal grave, seu uso deve ser evitado.

Risedronato de sódio

O risedronato de sódio previne fraturas tanto em mulheres na pós-menopausa como em homens com osteoporose estabelecida, havendo evidência de sua efetividade na prevenção secundária de fraturas vertebrais, não vertebrais e de quadril. Em pacientes com perda de função renal préexistente, essa função deve ser monitorada periodicamente, a cada 1-3 meses.

Pamidronato dissódico

O pamidronato, bifosfonato de uso intravenoso, constitui alternativa de tratamento para pacientes com intolerância ao bifosfonato de administração oral. Em estudos controlados, o pamidronato mostou-se eficaz na redução da perda de massa óssea após transplantes de órgãos sólidos e em usuários crônicos de corticosteroides.

Tratamento de segunda linha

Raloxifeno

O raloxifeno é um modulador seletivo do receptor de estrógeno aprovado para tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa. Apresenta evidência para prevenção de fraturas vertebrais (16), mas não para as de quadril.

Estrógenos conjugados

Estrógenos conjugados, devido aos riscos potenciais (acidente vascular encefálico, câncer de mama, tromboembolia venosa), constituem uma alternativa para as pacientes no climatério que apresentam sintomas vasomotores com osteoporose e comprometimento da qualidade de vida. Mulheres não submetidas a histerectomia necessitam fazer uso de associação com progesterona.

Calcitonina

Existem evidências de redução de risco de fraturas vertebrais em mulheres com osteoporose na pósmenopausa com o uso de calcitonina. Este medicamento também parece ser efetivo no tratamento da dor aguda associada a fraturas vertebrais osteoporóticas.

FÁRMACOS

- Carbonato de cálcio: comprimidos de 1.250 mg
- Calcitriol: cápsulas de 0,25 mcg
- Carbonato de cálcio + colecalciferol: comprimidos de 500 mg + 400 UI
- Carbonato de cálcio + colecalciferol: comprimidos de 600 mg + 400 UI
- Alendronato de sódio: comprimidos de 10 e 70 mg • Risedronato de sódio: comprimidos de 5 e 35 mg
- Raloxifeno: comprimidos de 60 mg
- Estrógenos conjugados: comprimidos de 0,3 mg
- Calcitonina: spray nasal com 200 UI/dose ou ampola injetável de 50 e 100 UI
- Pamidronato dissódico: pó liofilizado para solução injetável de 30 mg e 60 mg

ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

- Carbonato de cálcio: dose de 500-2.000 mg/dia por via oral
- Colecalciferol: dose de 800-1.000 UI/dia por via oral
- Calcitriol: dose de 0,25 mcg, duas vezes ao dia, por via oral
- Alendronato de sódio: dose de 10 mg/dia, por via oral, ou 70 mg/1 vez por semana, por via oral. Deve ser ingerido em jejum pelo menos meia hora antes da primeira refeição e de outros medicamentos com um copo de água (200 mL). Após a ingestão, o paciente deve ficar sentado ou de pé por pelo menos 30 minutos (16,40,61)
- Risedronato de sódio: dose de 5 mg/dia ou 35 mg/1 vez por

semana, por via oral. Deve ser ingerido em jejum pelo menos meia hora antes da primeira refeição e de outros medicamentos com um copo de água. Após a ingestão, o paciente deve ficar sentado ou de pé por 30 minutos

• Raloxifeno: dose de 60 mg/dia, por via oral • Estrógenos conjugados: dose individualizada, por via oral

• Calcitonina: dose de 200 UI/dia, por via tópica nasal, ou 100 UI/dia injetável, por via subcutânea

• Pamidronato dissódico: dose de 60 mg, por via intravenosa a cada 3 meses. Após reconstituição, deve-se diluir o fármaco em 500 mL de soro fisiológico. A duração mínima da infusão é de 2 horas.

TEMPO DE TRATAMENTO A maioria dos estudos que embasam o uso de medicamentos na prevenção de fraturas osteoporóticas tem seguimento de 3-5 anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kanis JA. Diagnosis of osteoporosis and assessment of fracture risk. Lancet. 2002;359:1929-1936.

2. Kanis JA, Burlet N, Cooper C, Delmas PD, Reginster JY, Borgstrom F, et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporos Int. 2008;19:399-428.

3. Pereira SRM. Repercussões sócio-sanitárias da "epidemia" das fraturas de fêmur sobre a sobrevivência e a capacidade funcional do idoso [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.

4. de Carvalho CM, Fonseca CC, Pedrosa JI. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. Cad Saude Publica. 2004;20:719-726.

PSORÍASE

A psoríase é uma doença sistêmica inflamatória crônica, não contagiosa, que afeta a pele, as unhas e, ocasionalmente, as articulações. Costuma ter apresentação clínica variável e um curso recidivante. Acomete cerca de 2% da população mundial. Pode ser incapacitante tanto pelas lesões cutâneas - fator que dificulta a inserção social - quanto pela presença da forma articular que configura a artrite psoriásica.

Suscetibilidade genética

A probabilidade de desenvolver psoríase é maior em familiares de primeiro grau de pacientes com a doença: o risco é de 20% se um genitor é afetado e de 75% se ambos os genitores são afetados.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS

E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- L40.0 Psoríase vulgar
- L40.1 Psoríase pustulosa generalizada
- L40.4 Psoríase gutata
- L40.8 Outras formas de psoríase.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de psoríase cutânea tegumentar com qualquer forma de apresentação clínica definida por um dos seguintes critérios:

- escore PASI igual ou inferior a 10;
- acometimento igual ou inferior a 10% da superfície corporal; ou
- DLQI igual ou inferior a 10.

Serão também incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico clínico de psoríase cutânea tegumentar moderada a grave definida por um dos seguintes critérios:

- escore PASI superior a 10;
- acometimento superior a 10% da superfície corporal;
- DLQI superior a 10;
- psoríase palmoplantar resistente a tratamentos tópicos de uso padrão, como corticosteroides de alta potência, análogo da vitamina D e queratolíticos (ácido salicílico a 5%) com uso contínuo por 3 meses;
- psoríase acometendo áreas especiais, como genitália e rosto, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteroides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses; ou
- psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que apresentarem intolerância ou hipersensibilidade ao uso do respectivo medicamento ou procedimento preconizado neste Protocolo, cujas contraindicações específicas são:

Corticosteroides tópicos: pacientes com lesões cutâneas virais, fúngicas ou bacterianas; pacientes com rosácea ou dermatite perioral não controladas; contraindicação de corticosteroide tópico de muito alta potência (como o clobetasol).

Calcipotriol: pacientes com hipercalcemia.

Psoraleno mais foterapia com ultravioleta A (PUVA): pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, xeroderma pigmentoso ou porfiria; pacientes com história de melanoma ou múltiplos cânceres não melanóticos de pele.

Fototerapia com ultravioleta B (UVB): pacientes com diagnóstico

de lúpus eritematoso sistêmico ou xerodermapigmentoso.

Acitretina: gestantes e mulheres com desejo de gestar nos próximos anos; pacientes no período de lactação; pacientes com insuficiência hepática ou renal graves.

Metotrexato (MTX): gestantes e pacientes no período de lactação; pacientes com cirrose hepática, doença etílica, hepatite ativa, insuficiência hepática, infecções graves, síndromes de imunodeficiência, aplasia ou hipoplasia medular, trombocitopenia ou anemia relevante; úlcera gástrica aguda.

Ciclosporina: pacientes em tratamento com PUVA, UVB, MTX ou outros imunossupressores, coaltar, história de mais de 200 tratamentos com PUVA e outros tratamentos com radiação; pacientes com insuficiência renal, hipertensão arterial refratária ou câncer.

TRATAMENTO

A psoríase é uma doença crônica e incurável. O objetivo do tratamento é obtenção de períodos prolongados de remissão da doença. A melhora completa das lesões não é uma expectativa realística com o tratamento tópico. Embora a fototerapia e o uso de fármacos sistêmicos tenham demonstrado melhores resultados, até o momento a otimização do tratamento consiste em combinar ativos para obter melhora clínica rápida e controle da doença em longo prazo.

PSORÍASE LEVE A maioria dos pacientes com psoríase tem doença limitada (menos de 5% da superfície corporal), podendo ser tratada com fármacos de uso tópico que oferecem alto padrão de segurança e eficácia. Os tratamentos tópicos também podem ser utilizados como adjuvantes da terapia sistêmica e na manutenção do tratamento após a redução da dose ou sua suspensão.

Tratamento Tópico

Uso de emolientes é o tratamento comprovado de manutenção após corticosteroides, reduzindo taxas de recidiva e xerose em pacientes com psoríase leve (46). São apresentados em cremes e pomadas com ureia ou creme/loção lanette, com concentração que varia de 5%-20% de acordo com o tipo de pele e a quantidade de escamas e xerose.

Outra metanálise demonstrou uma tendência para o benefício de derivados da vitamina D quanto utilizados em pacientes com psoríase grave em tratamento com acitretina, ciclosporina e PUVA. O seguimento foi de 12 semanas, insuficiente para comprovar menor exposição à fototerapia ou redução de efeitos adversos dos fármacos sistêmicos.

PSORÍASE

MODERADA A GRAVE

Fototerapia/fotoquimioterapia

Os efeitos da fototerapia estão baseados nas ações da radiação ultravioleta (UV) de imunossupressão local, redução da hiperproliferação epidérmica e apoptose de linfócitos T (35). A fototerapia é um método terapêutico para tratamento de psoríase, tendo sido considerada de primeira linha para psoríase grave (54). Embora esteja indicada para pacientes com lesões de grandes extensões que não toleram tratamento tópico, também pode ser utilizada em casos em que a área acometida é pequena, mas há muito prejuízo, como ocorre na psoríase palmoplantar. Sua utilização é feita 2-3 vezes/semana.

Fototerapia com ultravioleta B (UVB) A fototerapia com UVB em altas doses é praticamente tão efetiva quanto a com PUVA (ver a seguir), com tempo de tratamento para obtenção de remissão discretamente maior. Ambos os métodos podem ser realizados ambulatorialmente. A radiação com UVB tem a vantagem de não requerer medicamento por via oral, por isso tende a ser mais bem tolerada, além de não necessitar de cuidados extremos após a sessão devido à fotossensibilidade. Ao contrário de PUVA, pode ser utilizada na gestação e lactação e não está contraindicada em casos de insuficiências renal ou hepática avançadas.

Radiação UVB versus PUVA

A maioria dos pacientes atualmente faz uso de radiação UVB de banda estreita para tratamento da psoríase

A fototerapia com radiação UVB de banda estreita está indicada nas seguintes situações:

- pacientes que não toleram medicamento por via oral;
- pacientes que relatam rápida melhora com exposição solar;
- pacientes com lesões de espessura fina;
- pacientes em gestação ou lactação; e - pacientes pediátricos. [Deve-se evitar fototerapia em crianças, mas, quando necessária, é preferível a com UVB. Não há estudos demonstrando a segurança de PUVA oral em crianças com menos de 8 anos, mas costuma-se recomendar o uso dessa terapêutica em adolescentes – com mais de 12 anos.

A fototerapia com PUVA está indicada nas seguintes situações:

- pacientes com placas espessas;
- pacientes com envolvimento palmoplantar, por penetrar melhor nessas regiões; - pacientes com lesões ungueais; e
- pacientes que apresentaram falha terapêutica à fototerapia com

radiação UVB.

Radiação UVB mais PUVA

As duas formas de fototerapia podem ser associadas com redução de doses totais, mas faltam estudos sobre fotocarcinogênese. Assim, seu uso não é recomendado de rotina e também não é recomendado neste Protocolo.

Radiação UVB mais tratamento tópico

Fotoprotetores, especialmente os físicos, como óxido de zinco, podem ser utilizados para proteger áreas que não precisam ser tratadas a fim de evitar efeitos adversos nesses locais.

Radiação UVB mais tratamento sistêmico

Os resultados da associação de radiação UVB e MTX ainda são contraditórios e não permitem a recomendação desse esquema terapêutico. A combinação de radiação UVB e ciclosporina não tem sido estudada amplamente em razão do risco de desenvolvimento de câncer cutâneo não melanoma. O uso em longo prazo não é recomendado. Um estudo avaliou a associação sequencial de ciclosporina e radiação UVB em 30 pacientes com psoríase que receberam tratamento com dose baixa do fármaco por 4 semanas e, em seguida, iniciaram regime de fototerapia. As doses acumuladas de fototerapia foram significativamente menores nesse grupo.

Tratamento sistêmico

Para o tratamento da psoríase moderada a grave podem ser utilizados tratamentos com esquemas de fototerapia, em particular para os casos moderados. Os casos considerados graves correspondem a 20%-30% do total dos portadores de psoríase, para os quais são indicados os fármacos de uso sistêmico incluídos neste Protocolo. Os fármacos classicamente usados no tratamento sistêmico da psoríase moderada ou grave são o MTX, a acitretina e a ciclosporina.

Nos pacientes com psoríase leve ou moderada, o tratamento deve ser iniciado com hidratação da pele associada a uso de corticosteroides tópicos (dexametasona em regiões de pele fina e clobetasol nas demais regiões). Caso não ocorra melhora, pode-se associar o calcipotriol. Se ainda assim não houver melhora clínica, deve-se considerar fototerapia ou tratamentos sistêmicos na mesma sequência da protocolada para a psoríase grave.

Nos pacientes com psoríase grave, deve-se utilizar tratamento tópico (incluindo emolientes) na mesma sequência da protocolada para a psoríase leve ou moderada associado a outras terapêuticas. Inicialmente, se houver disponibilidade de fototerapia, deve-se iniciar radiação UVB de banda estreita ou PUVA.

Como a psoríase é uma doença crônica com recidivas e remissões, os tratamentos devem ser alternados com vistas a reduzir efeitos adversos.

FÁRMACOS

- Ácido salicílico: pomada a 5%
- Alcatrão mineral: pomada a 1%
- Clobetasol: creme a 0,05% • Clobetasol: solução capilar a 0,05%
- Dexametasona: creme a 0,1%
- Calcipotriol: pomada a 0,005%
- Acitretina: cápsulas de 10 e 25 mg
- Metotrexato: comprimidos de 2,5 mg e ampolas de 50 mg/2 Ml
- Ciclosporina: cápsulas de 10, 25, 50 e 100 mg e solução oral de 100 mg/mL frasco de 50 mL.

ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO Como medida geral, creme hidratante (com ureia a 5%-20% e lactato e amônia a 10%, por exemplo) devem ser utilizados. Deve-se aplicar nas lesões 1 vez/dia. Corticosteroides tópicos: Clobetasol creme e solução capilar a 0,05% e dexametasona creme a 0,1% podem ser utilizados 1-3 vez(es)/dia por períodos inferiores a 30 dias e 2 vezes/semana na fase de manutenção.

O tratamento poderá ser oclusivo nas lesões cutâneas com filme de polietileno caso sejam elas hiperceratóticas ou xeróticas, para aumentar a penetração do fármaco. A dose máxima semanal não deve ser superior a 50 g.

Calcipotriol em pomada: Deve ser utilizado 2 vezes/dia no início do tratamento, podendo ser reduzido para 1 vez/dia na fase de manutenção. A dose semanal não deve exceder 100 g.

Ácido salicílico a 5% em pomada: Deve ser aplicada nas lesões hiperceratóticas 1 vez/dia. Alcatrão mineral a 1% em pomada: Deve ser utilizado diariamente nas lesões de psoríase.

Acitretina:

A dose inicial recomendada é de 25 mg/dia, com aumento gradual em 2-4 semanas até a dose máxima de 75 mg/dia (0,5-1 mg/kg/dia).

Metotrexato:

O MTX deve ser administrado por via oral ou parenteral (subcutâneo ou intramuscular), em dose única semanal ou em até 3 administrações semanais com 12 horas de intervalo. Inicialmente, recomenda-se uma doseteste com 2,5-5 mg e coleta de material para exames após 1 semana. A dose inicial é de 7,5 mg, podendo ser aumentada gradualmente até a obtenção de resposta clínica ou até a dose máxima de 30 mg/semana.

Ciclosporina:

A dose inicial é de 2,5 mg/kg/dia, podendo ser aumentada a cada 2-4 semanas em 0,5 mg/kg até 5 mg/kg/dia. O tempo de tratamento para obtenção da resposta máxima é de 12-16 semanas, devendo-se evitar períodos prolongados pela toxicidade renal cumulativa. Dois anos é o tempo máximo de tratamento recomendável, pois, a partir desse período, aumenta o risco de nefrotoxicidade irreversível.

TEMPO DE TRATAMENTO – CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

Os tratamentos sistêmicos e fototerapia devem ser utilizados até que ocorra melhora clínica completa (remissão) ou parcial (escore PASI 75-90 ou DLQI com escore igual ou inferior a 5), após deve ser instituído tratamento tópico, seguindo o escalonamento deste Protocolo.

Nessa situação, os fármacos sistêmicos devem ser suspensos e apenas reiniciados se ocorrer nova exacerbação de psoríase. Se não houver efeitos adversos, o mesmo fármaco poderá ser mantido até a remissão.

Para reiniciar um tratamento sistêmico, observam-se resposta prévia, efeitos adversos e uso prolongado de fármacos que possam causar dano cumulativo (MTX e ciclosporina).

A ciclosporina, por exemplo, deve ser utilizada por até 2 anos em adultos; em crianças não há estudos específicos, mas a utilização de rotina tem demonstrado perfil de segurança similar ao dos adultos, razão por que se recomenda a mesma orientação. A acitretina deve ser interrompida se houver hiperlipidemia (triglicerídios acima de 800 mg/dl).

Tratamento tópico

Os corticosteroides tópicos (clobetasol, dexametasona) são geralmente bem tolerados. O uso prolongado está relacionado a atrofia cutânea, como estrias, adelgaçamento da pele e telangiectasias. Alteração na pigmentação e hipertricose foram relatadas. O uso em grandes superfícies pode levar a absorção sistêmica, com resultante hipercortisolismo, especialmente em crianças. Em raros casos de tratamento tópico, está descrito o surgimento da forma pustulosa como rebote na retirada do corticosteroide, a qual deverá ser tratada de acordo com a gravidade da apresentação da doença. O calcipotriol pode provocar irritação local transitória, dermatite facial e dermatite perioral. Sempre associado à proteção solar, deve ser utilizado com cautela na face por risco de dermatite de contato irritativa e fotossensibilidade. O ácido salicílico pode desencadear irritação local quando utilizado em superfícies extensas. Especialmente em crianças, pode ocorrer salicilismo. O alcatrão mineral provoca irritação local.

Fototerapia – Psoraleno mais radiação UVA (PUVA)

Os efeitos adversos mais comuns são eritema, prurido, xerose,

pigmentação irregular e sintomas gastrointestinais, como náuseas e vômitos. Tontura e cefaleia são mais raros, podendo, em geral, ser corrigidos com alteração da dose do psoraleno ou da radiação. Outros efeitos adversos são bolhas, foto-onicólise e melanoníquia; em longo prazo, fotoenvelhecimento, poiquilodermia e lentigos PUVA. É necessária proteção ocular para evitar catarata durante a sessão e no restante do dia (se psoraleno por via oral). . O risco de carcinoma espinocelular é 14 vezes maior nos pacientes tratados com 419 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas PUVA em altas doses em comparação com os tratados com baixas doses (114). Pode ocorrer baixo peso ao nascimento.

Fototerapia - Radiação UVB de banda larga

Os efeitos adversos agudos são eritema, prurido, queimação e sensação de ferroada. Deve ser realizada proteção ocular com óculos recomendados, para reduzir o risco de catarata. Pode ocorrer reativação de herpes simples. Os efeitos em longo prazo são decorrentes do fotoenvelhecimento, como rugas, efélides, melanoses e telangiectasias. A exposição a mais de 300 sessões está associada a tumores genitais em homens que não utilizaram proteção local, por isso indica-se seu uso a todos os pacientes. Além disso, recomenda-se cobrir a face se não há lesões ou utilizar doses mínimas se houver. Uma revisão sistemática concluiu que o risco de carcinogênese cutânea excedente não ultrapassa 2% por ano de tratamento.

Radiação UVB de banda estreita

A queimação relatada com esse método é comparável a que ocorre com a radiação UVB de banda larga. Podem ocorrer bolhas. Entretanto, como a radiação UVB de banda estreita é mais eficaz, as doses são menores e a carcinogênese torna-se comparável. Em uma revisão de 3.867 pacientes tratados com média de 29 sessões (352 pacientes com mais de 100 sessões), não houve associação com carcinoma basocelular, espinocelular ou melanoma.

Ciclosporina

Pode ser considerada terapêutica de resgate mais do que uma escolha para tratamento em longo prazo; portanto deve ser utilizada durante o tempo mínimo para obter remissão da psoríase e por um período máximo de 2 anos. Pode ocasionar rebote clínico.

Mulheres em idade fértil. Durante o tratamento, deve-se repetir a medida da pressão arterial, a dosagem de creatinina e ureia a cada 2 semanas nos primeiros 3 meses e, depois, mensalmente com os demais exames.

Os efeitos adversos mais comuns são insuficiência renal aguda e crônica, hipertensão arterial, cefaleia, tremor, parestesia, hipertricose,

hiperplasia gengival, acne, náuseas, vômitos, diarreia, mialgias, sintomas gripais, letargia, ginecomastia, hipertrigliceridemia, hipomagnesemia, hipercalemia, hiperbilirrubinemia, hiperuricemia e aumento de risco para infecções. Em longo prazo, há risco de neoplasias (cutâneas e linfoproliferativas).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schaefer I, Rustenbach SJ, Zimmer L, Augustin M. Prevalence of skin diseases in a cohort of 48,665 employees in Germany. Dermatology. 2008;217:169-72.

2. Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Dann FJ, Gabriel SE, Maradit Kremers H. Trends in incidence of adult-onset psoriasis over three decades: a population-based study. J Am Acad Dermatol. 2009;60:394-401.

3. Augustin M, Kruger K, Radtke MA, Schwippl I, Reich K. Disease severity, quality of life and health care in plaque-type 422 Psoríase Psoríase psoriasis: a multicenter cross-sectional study in Germany. Dermatology. 2008;216:366-72.

4. Silva JDT MM, Bonamigo RR. Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. An Bras Dermatol. 2006;81:143-9.

5. Sabat R, Philipp S, Hoflich C, Kreutzer S, Wallace E, Asadullah K, et al. Immunopathogenesis of psoriasis. Exp Dermatol. 2007;16:779-98.

6. Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. Jama. 2006;296:1735-41.

7. Kremers HM, McEvoy MT, Dann FJ, Gabriel SE. Heart disease in psoriasis. J Am Acad Dermatol. 2007;57:347- 54.

HEMORRAGIA INTRACRANIANA

Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde

Nos casos de hemorragia intracraniana (HIC) recomenda-se, após o tratamento adequado da hemorragia, instituir profilaxia secundária de curta duração. Recomenda-se manter a profilaxia após um quadro de hemorragia intracraniana por tempo variável de acordo com alguns critérios. Se a hemorragia intracraniana ocorreu após trauma, a profilaxia de curta duração deve ser mantida até no máximo 3 meses; se espontânea, manter no mínimo 6 meses e no máximo 12 meses; se for recorrente manter profilaxia secundária ou terciária de longa duração.

O esquema recomendado destina-se à elevação da atividade do fator em 40% a 60%, ou seja, concentrado de fator VIII 20 UI a 30 UI/kg de peso 3 vezes por semana para hemofilia A e concentrado de fator IX 30 UI a 40 UI/kg de peso 2 vezes por semana para hemofilia B.

O ajuste da dose deve ser feito baseado principalmente na avaliação

clínica (interrupção dos episódios hemorrágicos e ausência de ressangramento).

□ Tratamento episódico ou sob demanda Tratamento de reposição nas hemofilias A e B A terapia de reposição nas hemofilias depende do quadro clínico e baseia-se nas seguintes fórmulas:

Hemofilia A: Unidades internacionais (UI) de fator IX = peso (kg) x □/2

Hemofilia B: Unidades internacionais (UI) de fator IX = peso (kg) x □

Onde: □ = % de fator a ser elevado – % de fator residual endógeno

Exemplo para o cálculo de reposição: Paciente com hemofilia A moderada (4% de fator VIII basal), com hemartrose de joelho e peso de 50 kg (elevar o fator VIII a 30% ou 15 UI/kg): UI de fator VIII = 50 x (30-4)/2 = 50 x 13 = 650 UI

Nota: deve-se considerar a apresentação dos frascos para arredondamento da dose, para cima ou para baixo de acordo com a gravidade do episódio hemorrágico. **Observações:**

a) O tempo de tratamento depende da gravidade do quadro clínico. Assim, verificar a Tabela abaixo, para adequação da elevação da atividade de fator necessária;

b) Quando o paciente tiver hemofilia leve, o □ deve ser calculado como: % de fator a ser elevado - % de fator circulante (basal);

c) A vida-média do fator VIII é de 8 a 12 horas, em condições fisiológicas;

d) A vida-média do fator IX é de 18 a 24 horas;

e) O consumo do fator VIII é maior quando há infecção ou sangramento ativo

A terapia de reposição para as diversas situações clínicas nas hemofilias A e B encontra-se descritas, abaixo.

TRATAMENTO DAS INTERCORRÊNCIAS HEMORRÁGICAS NAS HEMOFILIAS

* O tempo de tratamento depende da avaliação clínica

** Manter profilaxia terciária ou intermitente (de curta duração por até 3 meses)

Se a hemorragia intracraniana ocorreu após trauma, a profilaxia de curta duração deve ser mantida até no máximo 3 meses; se espontânea, manter no mínimo 6 meses e no máximo 12 meses; se for recorrente manter profilaxia secundária de longa duração. # Todas estas orientações estão de acordo e seguem o preconizado pelo Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias do Ministério da Saúde

□ **TRATAMENTO DE SITUAÇÕES CLÍNICAS ESPECIAIS NAS**

HEMOFILIAS A E B

Obs: todas estas orientações estão de acordo e seguem o preconizado pelo Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias do Ministério da Saúde

□ Hemartrose Em geral, a terapia de reposição (elevação do fator de 30% a 50%), associada ao repouso e a aplicação de gelo são suficientes para controle das hemartroses. Nas hemartroses de quadril elevar o fator VIII ou fator IX a 50% a cada 24 horas, variando conforme a resposta individual de cada paciente (média 4 a 5 dias) e repouso no leito.

Observar a ocorrência de articulação-alvo, ou seja, três ou mais hemartroses em uma mesma articulação em um período de 6 meses. Nesses casos considerar a indicação de profilaxia terciária ou intermitente (de curta duração por até 3 meses), além de avaliação para tratamento fisioterápico e consideração de procedimentos locais como sinoviortese radioisotópica. Esta deve ser considerada mediante a não resposta ao esquema de profilaxia após 3 meses.

□ **Hemorragia intramuscular**

Os sangramentos intramusculares (hematomas musculares) devem ser cuidadosamente avaliados, devido ao seu risco de compressão neurológica, síndrome compartimental e perda sanguínea volumosa. Assim, deve-se sempre avaliar a intensidade e gravidade do sangramento4 . Nos hematomas musculares de panturrilha, antebraço e iliopsoas, a conduta dependerá da gravidade do processo.

a- Sem comprometimento de nervos periféricos: elevar o fator VIII ou IX para 50% a 80%, a cada 24 horas por 1 a 2 dias de acordo com a evolução do caso com manutenção por mais 2 a 5 dias na dose de 30% a 60%. Lembrar que a reabsorção do hematoma é lenta e que, a suspensão da reposição de fator não coincide com o retorno do músculo à normalidade.

b- Com comprometimento de nervos periféricos (síndrome compartimental): elevar o fator VIII ou IX para 80% a 100% por 1 a 2 dias ou até controle dos sintomas e desaparecimento do quadro neurológico com manutenção por mais 3 a 7 dias na dose de 30% a 60%. O número de dias de tratamento depende da resposta individual e do próprio volume do hematoma. Se possível, associar medidas fisioterápicas tais como ultrassom e ondas curtas.

Nos hematomas de iliopsoas, tratar pelo menos por um período de 5 a 10 dias e considerar manter profilaxia terciária ou intermitente (de curta duração por até 6 meses), devido ao risco de recorrência, associando fisioterapia ao tratamento.

□ **Hemorragia cervical, assoalho da língua ou face** Realizar reposição de fator VIII ou IX para elevar para 80% a 100% na primeira infusão

e, caso não haja progressão do hematoma, elevar para 40% a 50% a cada 12 horas, de 1 a 7 dias, dependendo da evolução. Manter níveis de 30% a 50% até o dia 14.

□ **Hemorragia em retroperitôneo** Realizar reposição de fator VIII ou IX para elevar a 80% a 100% de 1 a 2 dias. Após, manter atividade do fator em 30% a 60% ao dia por 3 a 7 dias. O período de tratamento dependerá da extensão do processo e da resposta ao tratamento, podendo chegar até 10 a 14 dias. Deve-se avaliar a necessidade de tratamento cirúrgico.

□ **Epistaxe** Deve-se, inicialmente, fazer compressão externa. No caso de tamponamento local, deve-se evitar lesão de mucosa e se possível utilizar tamponamento com dedo de luva. Recomenda-se administrar antifibrinolíticos:

□ ácido tranexâmico: dose de 15-20 mg/kg/dose de 8/8 horas, via oral, durante 3 a 7 dias. Se o sangramento não cessar deve-se elevar o fator VIII ou IX a 30% a cada 24 horas até cessação o sangramento (em geral dose única é suficiente).

Outras recomendações: □ compressão externa com gelo □ uso tópico de ácido tranexâmico □ evitar o uso de adrenalina □ avaliação da otorrinolaringologia

□ **Hematúria** Deve-se iniciar hidratação via oral e/ou intravenosa intensa e estimular diurese. Na maioria das vezes não há necessidade de iniciar a terapia de reposição no primeiro momento. Não se deve administrar antifibrinolíticos.

Os seguintes cuidados gerais devem ser seguidos: o repouso no leito;

Hidratação oral vigorosa; o descartar infecção. Se em 48 a 72 horas a hematúria macroscópica não tiver cessado, sugere-se elevar fator VIII ou IX para 30% a 50% a cada 24 horas, até o controle do sangramento, mantendo a hidratação.

Caso a hematúria esteja associada à sintomatologia de dor em cólica, investigar, com urgência e conjuntamente com o nefrologista, a possibilidade de nefrolitíase. Caso seja indicada litotripsia extracorpórea, este procedimento deve ser precedido de elevação do fator deficiente a 100%, seguida de 50% por 3 a 5 dias de reposição.

□ **Hemorragia gastrointestinal** Deve-se realizar reposição de fator VIII ou IX para elevar o fator deficiente para 80% a 100% a cada 12 ou 24 horas, dependendo da gravidade do sangramento. Recomenda-se manter o tratamento por até 3 dias após a parada do sangramento (hematêmese ou enterorragia)

. Deve-se administrar antifibrinolíticos usando os esquemas: o ácido tranexâmico: dose de 15-20 mg/kg/dose de 8/8 horas, via oral durante 7 dias. Os seguintes cuidados gerais devem ser seguidos: dieta, antidispépticos (omeprazol ou similar), além de investigação da causa do sangramento

□ **Traumatismo crânio-encefálico e hemorragia intracraniana**
Após traumatismo crânio-encefálico (TCE) realizar imediatamente a reposição de fator VIII ou IX para elevar o fator deficiente para 80% a 100%. Deve-se fazer a avaliação clínica neurológica e, na suspeita de sangramento, realizar exame de imagem, mantendo reposição de 80% a 100% ao dia (40% a 50% a cada 12 horas) até descartar sangramento. Para propedêutica de hemorragia intracraniana realizar:

Avaliação neurológica; o Tomografia computadorizada (TC) ou Ressonância Magnética (RM); o RX crânio se necessário.

□ Quando houver necessidade de punção liquórica, realizar reposição para elevar o fator deficiente para 80% a 100%, imediatamente antes da punção.

□ **São sinais e sintomas neurológicos**:
- o Cefaléia progressiva;
- o Vômitos;
- o Irritabilidade;
- o Sonolência ou perda da consciência;
- o Redução da força nas extremidades;
- o Alterações da fala;
- o Convulsões;
- o Perda de controle esfincteriano (bexiga ou intestino);
- o Anisocoria com perda da reatividade a luz;
- o Drenagem de líquor pelos ouvidos ou pelo nariz;
- o Qualquer comportamento não habitual .

□ **Hemorragia intracraniana confirmada-**

Sem sinais neurológicos: Realizar reposição de fator VIII ou IX para elevar o fator deficiente a 100% na primeira infusão e manter 50% a cada 12 horas durante 2 a 3 dias e a seguir manter 50% a cada 24 horas durante 7 dias e 30% a 50% até 14 dias.

Com sinais neurológicos: Realizar reposição de fator VIII ou IX para elevar o fator deficiente a 100% na primeira infusão e manter 50%, a cada 12 horas durante 7 dias. Se o quadro clínico do paciente e a imagem da TC melhorar, manter reposição de 50%, a cada 24 horas, até o 21° dia. Iniciar, após tratamento do episódio agudo e recuperação do paciente, profilaxia terciária ou intermitente (de curta duração). Se a hemorragia intracraniana ocorreu após

trauma, a profilaxia de curta duração deve ser mantida até no máximo 3 meses; se espontânea, manter no mínimo 6 meses e no máximo 12 meses; se for recorrente manter profilaxia secundária de longa duração.

Profilaxia para procedimentos e cirurgias

Obs: todas estas orientações estão de acordo e seguem o preconizado pelo Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias do Ministério da Saúde Os procedimentos cirúrgicos eletivos devem ser sempre precedidos de avaliação prévia de presença e quantificação de inibidor, status sorológico do paciente e função hepática para uma programação adequada, tanto do ponto de vista hemostático, metabolização dos medicamentos anestésicos como para profilaxia de infecção e hemovigilância. Deve-se considerar a possibilidade de associação de terapia antifibrinolítica endovenosa nas primeiras 24 horas, seguida de administração oral do antifibrinolítico por tempo determinado pela gravidade do procedimento.

1) Cirurgias de pequeno porte São consideradas cirurgias de pequeno porte os procedimentos realizados com anestesia local ou com necessidade de sedação leve. □ **Pré-operatório** Realizar reposição de fator VIII ou IX para elevar para 50% a 80% imediatamente antes do procedimento.

□ **Pós-operatório** Se necessário (hematoma ou sangramento externo), elevar fator VIII ou IX para 30% a 50% a cada 24 horas, por mais 2 a 3 dias e na retirada dos pontos.

2) Cirurgias de médio porte São consideradas cirurgias de médio porte procedimentos com necessidade de sedação e internação, mas que apresentam baixo risco hemorrágico, ou procedimentos localizados desde que sem complicações (ex. colocação de cateter venoso central).

□ **Pré-operatório** Realizar reposição de fator VIII ou IX para elevar o fator deficiente a 100% imediatamente antes do procedimento.

□ **Pós-operatório** Manter fator VIII ou IX de 40% a 50% a cada 12 horas, até o 3º dia de pósoperatório; Manter fator VIII ou IX de 40% a 50% a cada 24 horas, do 4º ao 7o dia de pósoperatório; Manter fator VIII ou IX a 30% a cada 24 horas, até retirada dos pontos (10o a 14o dia pós-operatório).

3) Cirurgias de grande porte São consideradas cirurgias de grande porte os procedimentos com maior risco hemorrágico, ou procedimentos extensos (ex. prótese total de joelho, quadril, cirurgias intraabdominais)

□ **Pré-operatório** Realizar reposição de fator VIII ou IX para elevar o fator deficiente a 100% imediatamente antes do procedimento.

□ **Pós-operatório** Manter fator VIII ou IX a 40% a 50% a cada 8 a 12 horas, até o 3º dia de pósoperatório;

Manter fator VIII ou IX a 40% a 50% a cada 12 horas, do 4º ao 7o

dia de pósoperatório; Manter fator VIII ou IX a 40% a 50% a cada 24 horas, do 8º ao 14º dia de pósoperatório ou até a retirada total dos pontos.

Cuidados nos pós-operatório □ Dosar o fator VIII ou IX a cada 3 dias;

□ Fazer pesquisa de inibidores nas 48 horas após o procedimento cirúrgico e, a seguir, a cada 3 a 7 dias;

□ Sempre reavaliar as doses de terapia de reposição de acordo com a evolução clínica, principalmente na vigência de hematomas volumosos e infecção;

□ Considerar utilização de infusão contínua;

□ Nas cirurgias ortopédicas, manter a terapia de reposição por até 6 semanas, quando necessário.

□ **Procedimentos invasivos** As recomendações de dose para reposição nos casos de procedimentos invasivos estão descritos na Tabela abaixo Obs: todas estas orientações estão de acordo e seguem o preconizado pelo Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias do Ministério da Saúde

□ **Procedimentos odontológicos** Todo procedimento odontológico deverá levar em consideração:

□ Discussão do caso entre o dentista e o hematologista responsável para se definir o esquema de tratamento, tendo-se em vista o tipo de procedimento e a disponibilidade de recurso terapêutico;

□ O antifibrinolítico, quando indicado, deverá ser iniciado 24 horas antes do procedimento, nas doses habituais e mantido durante 5 a 7 dias;

□ Para maiores esclarecimentos, acessar o Manual de Atendimento Odontológico a Pacientes Portadores de Coagulopatias Hereditárias, Ministério da Saúde, 2015.

*No tratamento periodontal efetua-se a curetagem periodontal e outros procedimentos mais invasivos. ** Associar antifibrinolíticos e outras medidas locais de hemostasia local, conforme descrito no Manual de Atendimento Odontológico a Pacientes Portadores de Coagulopatias Hereditárias, Ministério da Saúde, 2015

□ **Infusão contínua de concentrado de fator** A infusão contínua é uma forma segura de administração de fatores da coagulação, sendo utilizada em bomba de infusão contínua (BIC), especialmente empregada em situações que requerem reposição por tempo prolongado como, por exemplo, em cirurgias e casos de hemorragias mais graves.

A administração através da infusão contínua permite manter um nível plasmático mínimo de fator seguro e constante, além de haver uma redução de 20% a 50% no consumo de fator quando comparado com a

administração em bolus. Em casos de cirurgia eletiva, o ideal é que se realize o estudo da farmacocinética do concentrado de uma semana a três dias antes da cirurgia, determinando a medida de reaproveitamento.

Para tanto, recomenda-se que após um período de washout (período sem reposição de fator) de 72 horas, realize-se a infusão de dose única de concentrado de fator de 30 a 50 UI/kg, com coleta de amostras para a dosagem do nível de atividade do fator pré- infusão e 15, 30 e 60 minutos após, para o estabelecimento do pico máximo do nível de fator. As amostras devem ser colhidas no braço contralateral àquele que está recebendo a infusão. A medida de reaproveitamento é fornecida pela maior atividade do fator recuperado nestas três amostras, sendo expressa em % UI /Kg pela fórmula:

$$\frac{\text{Nível de FVIII pós – pré infusão x peso (kg)}}{\text{Dose de fator (UI)}}$$

PERDA AGUDA SANGUÍNEA (QUEDA DO NÍVEL DA HEMOGLOBINA)

Até o momento o limite inferior de tolerância à anemia aguda normovolêmica ainda não foi estabelecido, e sabe-se que há oxigenação adequada com hemoglobina em torno de 5g/dl. Este limite pode ser alterado na presença de comorbidades que modifiquem a perfusão sanguínea e os parâmetros hemodinâmicos.

Recomendações

□ A transfusão não está indicada quando Hemoglobina (Hb) > 9,0 g/dL (grau de recomendação A).

□ A transfusão está habitualmente indicada quando Hb < 7,0 g/dL (grau de recomendação A).

□ A transfusão deve ser administrada conforme a velocidade de perda. É aconselhável reavaliar o paciente após cada unidade transfundida, até que se atinja o nível de Hb entre 7,0 e 9,0 g/dL e a estabilidade hemodinâmica.

□ A estratégia para transfusão com níveis entre 7,0 e 9,0 g/dL de hemoglobina é menos clara.

Verificar o quadro clínico (hemodinâmica - taquicardia, hipotensão, baixo débito cardíaco) e parâmetros laboratoriais (SVO2 <75% / ScvO2 <70%) (grau de recomendação B). SVO2 = Saturação venosa de oxigênio na artéria pulmonar

ScvO2 = Saturação venosa mista de oxigênio Subgrupos

□ Em pacientes acima de 65 anos ou cardiopatas instáveis e

pneumopatas, é aceitável transfundir quando Hb < 8g/dL (grau de recomendação B).

□ Em coronariopatas na vigência de doença coronariana instável, é aceitável transfundir quando Hb 8-10 g/dL (grau de recomendação B).

□ Choque séptico < 6h de evolução, transfundir se Hb 8,0 – 10 g/dl.

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE

□ Somente transfundir na vigência de instabilidade hemodinâmica ou de lesão orgânica (grau de recomendação

ANEMIA EM PACIENTES CRÍTICOS

□ Mesmos parâmetros que os da perda aguda (grau de recomendação

A). **Transfusão Pré-Operatória**

O objetivo é que o paciente não necessite transfusão. □ Investigar anemia no pré-operatório e corrigir; □ Reverter anticoagulação;

□ Revisão de hemostasia;

□ Planejar transfusão autóloga nos casos indicados;

□ Utilizar estratégias farmacológicas para minimizar sangramento (por exemplo, antifibrinolíticos e DDAVP);

□ Manuseio igual ao do sangramento agudo;

□ Não transfundir quando Hb > 9,0 g/dL (grau de recomendação B);

□ Transfundir no pré operatório se Hb < 8,0 g/dl, não é mandatório.

ANEMIA CRÔNICA

A anemia crônica é melhor tolerada do que a aguda, portanto:

□ A causa da anemia deve ser estabelecida, o tratamento iniciado e a transfusão realizada somente em casos de risco de vida;

□ A transfusão deve ser administrada em intervalos máximos que garantam o não aparecimento de sintomas que alterem a qualidade de vida ou interfiram nas atividades diárias do paciente;

□ Na anemia falciforme, as transfusões NÃO estão vinculadas ao nível de hemoglobina e sim ao quadro clinico; sugere-se que especialistas orientem os casos individualmente. Costuma-se indicar a transfusão quando evidencia-se a queda de 1g na hemoglobina basal;

□ Na gestante com anemia falciforme as transfusões seguem os critérios anteriores, excluir infecções sempre que houver queixa e queda do estado geral. Na gestação gemelar, considerada de alto risco, supervisionar a paciente com retornos ambulatoriais mais frequentes, interná-la na suspeita de quadro infeccioso em evolução e transfundí-la quando houver comprometimento do estado geral.

□ Em portadores de anemia falciforme recomenda-se utilização de CH fenotipados e compatíveis para os sistemas Rh, Kell. Duffy, Kidd, Diego e

MNS. O objetivo desta conduta é a prevenção de aloimunização contra antígenos eritrocitários bastante imunogênicos.

□ Nas hemoglobinopatias, o suporte transfusional deverá ser orientado em conjunto com o especialista. A gestante portadora de hemoglobinopatia deve ser orientada quanto à possibilidade de seu recén nascido também apresentara a mesma patologia. O pai da criança deve ser convocado e investigado clinicamente e laboratorialmente para hemoglobinopatias.

□ O sulfato ferroso só deve ser prescrito quando houver déficit de ferro. Esta avaliação é feita pela dosagem de ferritina.

ANEMIA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Transfusão em pacientes submetidos à radioterapia e/ou quimioterapia

□ Estudos indicam que o nível de hemoglobina tem impacto tanto na qualidade de vida como na resposta tumoral à radioterapia; pacientes com níveis mais baixos de hemoglobina antes, durante e após radioterapia apresentam maior risco de recaída e menor sobrevida. Tal fato deve-se provavelmente à menor ação da radioterapia na hipóxia.

□ Transfusões trazem o risco de imunossupressão e têm efeito transitório; portanto, a administração de transfusões seguidas não parece ser a melhor forma de se lidar com a anemia.

□ As indicações de eritropoietina (EPO) devem ser repensadas levando em consideração as novas recomendações do FDA, meta-análise mostram que a EPO diminui a sobrevida de pacientes com câncer. Portanto a administração de EPO para elevar e manter a hemoglobina deve ser avaliada caso a caso.

URTICÁRIA (ALÉRGICA LEVE)

Definição: A reação urticariforme é uma forma de hipersensibilidade cutânea, desencadeada pela exposição a substâncias solúveis no plasma do doador ao qual o receptor está sensibilizado. A reação é caracterizada por rash cutâneo ou máculas e prurido; geralmente não é acompanhada por febre ou outros sintomas.

Conduta Clínica:

□ Se a urticária é o único efeito colateral observado, suspender a transfusão temporariamente e administrar anti-histamínico por via parenteral ou oral - Difenidramina (Benadryl□) 25-50 mg ou hidroxizine 25 mg VO, 2 a 3 vezes ao dia.

□ Se os sintomas são leves e rapidamente revertidos, a transfusão pode prosseguir desde que se respeite o tempo estipulado para sua infusão.

□ Se o paciente desenvolve urticária extensa ou confluente, suspender a unidade mesmo se os sintomas tiverem desaparecido com o

tratamento.

Prevenção:

□ Em pacientes que já apresentaram duas ou mais reações urticariformes, administrar pré medicação : Difenidramina (Benadryl□) 25 a 50 mg VO ou IV, 30 minutos antes da transfusão.

□ Nos receptores com reações frequentes administrar componentes lavados.

REAÇÕES ANAFILÁTICAS/ANAFILACTÓIDES (ALÉRGICA MODERADA E GRAVE)

Definição: É uma reação de hipersensibilidade imediata, mediada pelo sistema imune, desencadeada pela exposição a substâncias solúveis no plasma do doador ao qual o receptor está sensibilizado. O quadro é grave podendo evoluir para choque e óbito.

Reação anafilática por deficiência de IgA

A reação se deve a presença de anticorpos específicos contra IgA ,em pessoas com deficiência congênita desta classe de imunoglobulina. A deficiência de IgA é a deficiência congênita mais comum, afetando 1 em 700-800 pessoas de ascendência européia e destes, 30% tem anticorpos anti IgA. Reações anafiláticas transfusionais são extremamente raras (1:170.000 a 1:180000) e somente uma fração destes pacientes (17,5%) apresenta reação imediata generalizada associada a anticorpo anti IgA.

REAÇÃO ANAFILÁTICAS/ ANAFILACTÓIDES POR OUTRAS CAUSAS

• **Substância solúveis no plasma**:

Anticorpos preexistentes no receptor contra outras proteínas séricas (IgG, albumina, haptoglobina, C3, C4, alfa 1 anti-tripsina, transferrina, etc.) e/ou anti-HLA do doador.

• **Transfusão de alérgenos** aos quais o paciente seja pré-sensibilizado, por exemplo, drogas (Penicilina, Aspirina) ou substâncias químicas (Formaldeido, Óxido de Etileno, agente plastificante da bolsa).

• **Transferência passiva de IgE** (drogas, alimentos, etc.) em pacientes transfundidos.

• **Ativação de mastócitos** devido ao nível elevado de C3a e C5a no sangue transfundido.

• **Transfusão de componentes** sanguíneos com alto nível de histamina.

Conduta laboratorial: uma amostra pós transfusional deve ser coletada e enviada ao laboratório transfusional assim como a bolsa e os equipos anexos a ele (evitando a contaminação dos equipos).

Conduta Clínica: suspender a transfusão

• Epinefrina 1:1000 - dose adulto: 0,1 - 0,5mg, SC ou IM a cada 10 a 15 minutos.

• Anti histamínicos: Difenidramina (Benadryl□) 25 a 50 mg IV

• Corticosteróides por via endovenosa não são eficazes no controle do episódio agudo; seu pico de ação ocorre após 6 a 12 horas e sua maior indicação é na prevenção da recorrência tardia do quadro: hidrocortisona 500 mg endovenosa (Flebocortide®) a cada 6 horas deve ser administrada para reações prolongadas.

Profilaxia

□ Verificar, através de exame laboratorial, a presença de Anti IgA.

□ Transfusão de componentes acelulares deficientes em IgA.

PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DA REAÇÃO TRANSFUSIONAL

Objetivos:

a. Divulgar ao corpo clínico as condutas para Reação Transfusional (RT).

b. Padronizar conduta na ReaçãoTransfusional.

Responsabilidade:

c. Médicos – Fazer o diagnóstico da RT, prescrever e acompanhar se necessário.

d. Enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem – Informar médico da suspeita de RT e executar a conduta médica prescrita por ele.

Descrição do procedimento:

e. Sinais e sintomas que ocorrem durante, nas primeiras 24h (reações transfusionais agudas) ou 24h após (reações transfusionais tardias) a administração de sangue total ou hemocomponentes.

f. Conforme intensidade da manifestação é denominada RT leve com sintomas e sinais auto limitados, moderado cujos sintomas necessitam de intervenção médica e o grave que pode evoluir para óbito.

Clínica Reação Febril Não Hemolítica - elevação de 1 ° c na temperatura basal do paciente associado ou não com tremores ou calafrios

Tratamento

Antipirético: Adultos - Acetaminofen 750mg VO ou dipirona 1-2g IV ou IM Neonatos – acetaminofen 1 gt /kg/cç

Clínica RT Alérgica

Classificação: RTA leve/ Moderada - Cutânea: prurido, urticária ou eritema.

1. Checar todas as identificações da transfusão com as do paciente.
2. Conferir junto ao paciente: nome e o seu tipo sanguíneo.

Comentários

Enviar ao Banco de Sangue novas amostras do paciente e a bolsa de sangue para repetição dos testes de compatibilidade transfusional.

SOBRECARGA CIRCULATÓRIA= TACO (Transfusion Associated Circulatory Overload) -Dispnéia -Cianose -Taquicardia -Hipertensão arterial -Edema pulmonar -Distensão jugular

Tratamento

1. Decúbito elevado;
2. Administrar diurético: furosemida 40-80 mg IV em adultos com HAS ou 1- 2mg/Kg em crianças
3. Suporte respiratório: cat O2 2l/min.

Profilaxia

1. Cardiopatas, anêmicos importantes e idosos, transfundir o hemocomponent e na velocidade 1ml/kg/h e s/n administrar alíquotas de pequenos volumes.
2. Cardiopatas pré-medicar com diurético;
3. Infusão lenta e que não ultrapasse 4 horas.
4. Pacientes em esquema de diálise, infundir a bolsa em dia diferente à diálise ou após a mesma.

Comentários

Os sintomas podem ocorrer durante a transfusão ou algumas horas após.

LESÃO PULMONAR AGUDA RELACIONADA À TRANSFUSÃO OU EDEMA PULMONAR NÃO CARDIOGÊNICO = TRALI (TRANSFUSION RELATED ACUTE LUNG INJURY)

- ALI (lesão pulmonar aguda) com hipoxemia, PaFiO2 /FiO2 < 300 ou SPO2 em ar ambiente. - Ausência de ALI prévio à transfusão. - Início dos sintomas até 6 hs após a tx - Ausência de fatores de risco para TACO. - R-x infiltrado pulm bilateral (branco) e área cardíaca normal.

Tratamento

1.Suporte respiratório: oxigenioterapia ou assistência ventilatória.
2. Suporte em terapia intensiva, resolução do quadro em cerca de 3 d.

Profilaxia

1.Hemocompon entes isentos de anticorpos leucocitários ou

leucodepledado s (filtrados). 2. Hemocomponen tes lavados.

Comentários

Solicitar pesquisa de anticorpos antiHLA do doador. Uma vez identificada a presença de Ac no doador o plasma deste ou HC suspensos em plasma não mais deverão ser usado para transfusão em humanos. Por outro lado quando confirmada a presença de anticorpos no receptor dirigido para leucócitos ou HLA do doador, o mesmo deverá receber HC filtrados para leucócitos.

HEMÓLISE NÃO IMUNE

Tratamento

1.Hiperhidratação com SF 0,9%, manter fluxo de 100 ml/hora.

2. Monitorização da função renal e forçar diurese s/n.

Profilaxia

1. Revisão do processo e condições físicas do HC desde o armazenamento até o ato transfusional.

SEGURANÇA DO PACIENTE

A preocupação com a Segurança do Paciente existe desde 460 a.C. quando Hipócrates pronunciou "Primeiro, não cause dano". Até recentemente os erros associados à assistência eram considerados um "subproduto" inevitável da medicina moderna ou um infortúnio advindo de maus prestadores desses serviços

. Essa concepção começou a mudar em 1999 a partir da publicação do relatório "Errar é humano: Construindo um sistema de saúde mais seguro" que apontou uma estimativa entre 44.000 a 98.000 americanos que morrem por ano devido aos erros na assistência à saúde. Os custos anuais desses erros estavam em torno de US$17 a 29 bilhões.

Esse relatório também identificou o problema nos sistemas falhos e não em falhas nas pessoas

. Em muitas pesquisas o termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de internação ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta. Em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes 50% são evitáveis

Assim normativas que tratam da prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde, têm sido instituídas no País. Com isso, o Ministério da Saúde lança a Portaria 529/20136 instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), demonstrando comprometimento

governamental contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde em território nacional, e promovendo maior segurança para os pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde.

Ainda em 2013 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com o apoio do Ministério da Saúde publicam a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº367 , que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, estabelecendo a obrigatoriedade da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que exerce papel fundamental na elaboração e execução do Plano de Segurança do Paciente (PSP).

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES/ EVENTOS ADVERSOS

Lucian Leape considera que para um sistema de notificação de incidentes seja efetivo são necessárias as seguintes características

: • Não punitivo;

• Confidencial;

• Independente- os dados analisados por organizações;

• Resposta oportuna para os usuários do sistema;

• Orientado para soluções dos problemas notificados;

• As organizações participantes devem ser responsivas as mudanças sugeridas.

O que notificar?

Notificar qualquer ocorrência relacionada à Segurança do Paciente.

Como e onde notificar? O O IBGH adotará o sistema de notificação voluntária manual através de impresso próprio disponível nos setores para depositar em urnas localizadas nos setores: Alojamento Conjunto, Internação Adulto, Pronto Socorro, Unidade Neonatal e Bloco Cirúrgico ou entregar pessoalmente no Núcleo de Segurança do Paciente.

Por que notificar? As notificações são avaliadas pela Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente, analisadas e classificadas de acordo com a Taxonomia da OMS9 para providências corretivas e preventivas.

Algumas notificações necessitam da formação de um grupo de investigação, utilizando as ferramentas de Brainstorming e Diagrama de Ishikawa para analisar a causa raiz, finalizando com a elaboração de um plano de ação estruturado na ferramenta 5W2H.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo aborda resumidamente o tema Segurança do Paciente,

como um assunto de extrema importância no panorama mundial, intensificando assim as iniciativas voltadas para esse fim. Na Hemorrede Pública de Goiás essas iniciativas serão norteadas pelas legislações vigentes, com o objetivo da aplicabilidade das boas práticas de segurança, contribuindo para a disseminação de uma cultura justa, prevenindo danos desnecessários aos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1 Watcher, RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.

2 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, McKay T, Pike KC. To err is human. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

3 Wilson RM, Runciman WB, Gibbert RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. Med J Aust. 1995;163(9):458–71.

4 Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMed J. 2001;322:517– 9.

5 Baker GR, Norton PG, Flintoft V et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. Canadian Med Assoc J. 2004; 170:1678-86.

6 Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

7 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.

8 Leape LL. Reporting of adverse events. N Engl J Med. 2002; 347.20. 9 The Conceptual Framework for the Internacional Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/

MANUAL DE TRANSFUSÃO, HC-FMUSP. PADRONIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO,2007. Disponível em 27 de fevereiro de 2016, http://143.107.176.117/adm/olddc/cacmt/manual_transfusional_1.pdf

POPOVSKY, M. A. Transfusion reactions. 3rd ed. Bethesda, MD: American Association of Blood Banks, 2007.

ROBACK, J. D. et al. Technical manual. 17th ed. Bethesda, MD: American Association of Blood Banks, 2011.

PORTARIA Nº158, DE 04 DE FEVEREIRO DE 2016. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.

TÉCNICO EM HEMOTERAPIA: LIVRO TEXTO. Ministério da

Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília- DF, 2013.

NORMAS PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Em caso de EMERGÊNCIA as solicitações de transfusão serão atendidas a qualquer hora, sem as rotinas normais de espera e julgamento. O serviço de Hemoterapia libera o fornecimento de sangue tão logo a exata natureza do caso lhe seja comunicada. Quando em caso de urgência e emergência a amostra de sangue do receptor será colhido pelo médico assistente e encaminhado ao serviço de hemoterapia. Não serão aceitos os tubos de amostra sem etiqueta de identificação. Verificar, imediatamente após a coleta, se a identificação do paciente na etiqueta está correta, rubricar a etiqueta e fixá-la ao tubo.

A enfermeira de setor providencia que o tubo, contendo a amostra do receptor e devidamente etiquetado e a APAC sejam levados ao Serviço de Hemoterapia o mais rapidamente possível.

Em CASO DE EMERGÊNCIA, a liberação de sangue ou de concentrado de hemácias sem prova de compatibilidade poderá ser feita, desde que obedecidas as seguintes condições:

O quadro clínico do paciente justifique a emergência, isto é, quando um retardo no inicio da transfusão possa levar o paciente ao óbito.

TERMO DE RESPONSABILIDADE assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afirme expressamente concordar com o procedimento. Existência de procedimentos escrito no Serviço de Hemoterapia, estipulando o modo como esta liberação será realizada. As provas pré-transfusionais devem ser realizadas até o final, mesmo que a transfusão já tenha sido completada.

ROTINA PARA URGÊNCIA:

1. Cabe ao médico solicitante, ao verificar que seu paciente necessita de uma transfusão: Telefonar ao Serviço de Hemoterapia, comunicando a natureza da urgência e solicitar a quantidade do hemocomponente que julga necessária;

Proceder ao preparo da APAC, a coleta da amostra de sangue do receptor para a provas pré-transfusionais e a etiquetagem do tubo, segundo a rotina "Solicitação de transfusão para paciente internado".

Providenciar o transporte imediato das amostras de sangue e a APAC – formulário de solicitação de transfusão ao Serviço de Hemoterapia.

Não se aceita SOLICITAÇÃO de transfusão incompletas, ou não assinadas pelo médico solicitante, deve-se descartar os tubos de amostra sem etiqueta de identificação.

2. **Cabe ao técnico do serviço de hemoterapia:** Verificar se o formulário de solicitação de transfusão confere com a etiqueta colada no tubo de amostra enviada ao serviço. Notificar a fonte solicitante se houver alguma irregularidade na identificação da amostra ou no preenchimento do formulário. Realizar as provas pré-transfusionais (tipagem sangüínea, pesquisa de anticorpos irregulares e prova de compatibilidade), e caso se comprove a compatibilidade em teste rápido em tubo nos meios salina libera as transfusões (o término da prova de compatibilidade será realizada em seguida), dirigindo-se ao local de emergência levando outras unidades, de plasma, concentrado de hemácias ou sangue total, entregando-as ao médico solicitante ou a supervisão de enfermagem. Colar no prontuário do paciente a folha de anexação de Solicitação de Transfusional onde serão coladas as respectivas APAC já preenchidas .

3. **Cabe a enfermeira**

Verificar se a transfusão prescrita pelo médico está registrada no prontuário do paciente. É obrigatório que fique registrado no prontuário os números, tipos e a origem dos hemocomponentes transfundidos, tipo sanguíneo e Rh, hora do início da transfusão e assinatura de quem a instalou. Executar e ou supervisionar a administração e a monitorização da infusão de hemocomponentes e hemoderivados, detectando as eventuais reações adversas.

4. **Cabe a auxiliar de enfermagem** Terminada a transfusão acabar de preencher o relato da transfusão na APAC (que se encontra no prontuário do paciente) – temperatura axilar, pulso, pressão arterial e hora do término.

ROTINA PARA EMERGÊNCIA

Para os casos de emergência quando qualquer retardo na administração da transfusão pode acarretar risco de vida do paciente.

1. **Cabe ao médico** solicitante - telefonar ao serviço de hemoterapia comunicando a natureza da emergência, o nome e o tipo de sangue (se conhecido) do paciente e envia uma amostra de sangue devidamente etiquetado. Não se aceita SOLICITAÇÕES de transfusão incompletas ou não assinadas pelo médico solicitante, descartam-se os tubos de amostra sem etiqueta de identificação.

2. **Cabe ao mensageiro/técnico do serviço** - Nos casos de emergência em que não há tempo para realizar a tipagem sanguínea do receptor, o mensageiro ou o técnico do serviço de hemoterapia deverá retornar ao local de emergência levando uma unidade concentrado de Hemácias "O

NEGATIVO". Não havendo este tipo de sangue em estoque no serviço, poderá ser usado sangue "O" POSITIVO, sobretudo em pacientes do sexo masculino ou em pacientes de qualquer sexo com mais de 45 anos de idade".

3. **Cabe ao técnico do serviço de hemoterapia**

Verificar se os formulários de solicitação de transfusão conferem com a etiqueta colada no tubo de amostra nos casos de emergência, e notificar a fonte solicitante se houver alguma irregularidade na identificação da amostra do receptor ou no preenchimento do formulário. Realizar as provas pré-transfusionais (tipagem sanguínea, pesquisa de anticorpos irregulares e prova de compatibilidade) e em caso se comprove a compatibilidade em tubo no meio salino libera as transfusões (o término da prova de compatibilidade será realizada em seguida), dirigindo-se ao local de emergência levando outras unidades, de plasma, concentrado de hemácias ou sangue total, entregando-as ao médico solicitante ou a supervisão de enfermagem. Preencher a APAC e deixar com a supervisão de enfermagem, que ao final da transfusão acabará de preencher o relato da transfusão.

4. **Cabe a enfermeira** Verificar se a transfusão prescrita pelo médico está registrada no prontuário do paciente. É obrigatório que fique registrado no prontuário os números, tipos e a origem dos hemocomponentes transfundidos, tipo sanguíneo e Rh, hora do início da transfusão, e a assinatura de quem a instalou. Executar e ou supervisionar a administração e a monitorização da infusão de hemocomponentes e hemoderivados, detectando as eventuais reações adversas.

5. **Cabe a auxiliar de enfermagem** Terminada a transfusão acabar de preencher o relato da transfusão na APAC (que se encontra no prontuário do paciente) – temperatura axilar, pulso, pressão arterial e hora do término.

NORMAS PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA

As solicitações de transfusão de rotina devem ser enviadas através de livro de protocolo por um mensageiro ao Serviço de Hemoterapia o mais cedo possível, no dia em que vai ser realizada a transfusão. "Toda e qualquer transfusão de hemocomponentes ou hemoderivados deve ser solicitada e/ou prescrita por médico" O médico solicitante preenche o formulário específico de solicitação de transfusão "APAC" com todos os dados do paciente (nome completo, sexo, idade, peso, número do prontuário ou registro do paciente, número do leito, diagnóstico, antecedente transfusionais, hemocomponente solicitado com volume ou quantidade, tipo de transfusão, resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do hemocomponente, data, assinatura e o número do CRM do médico solicitante). Uma requisição incompleta,

inadequada ou ilegível não deve ser aceita pelo serviço de Hemoterapia.

Atenção: Nos casos de EMERGÊNCIA há procedimentos específicos.

1. **Cabe ao técnico do Serviço de Hemoterapia:** Verificar se os formulários de solicitação de transfusão estão preenchidos corretamente. Notificar a fonte solicitante se houver alguma irregularidade no preenchimento do formulário. Verificar se a solicitação de transfusão foi autorizada pelo responsável pelo serviço de hemoterapia. Fazer a coleta de amostras de sangue do receptor para as transfusões de primeira vez ou nos casos de paciente já transfundida colher nova amostra após 72 horas da realização da transfusão.

A coleta da amostra de sangue deverá ser feita em tubo limpo, seco e com tampa, sem anticoagulante, identificado de maneira legível no momento da coleta com o nome completo, número de registro ou data de nascimento do receptor, localização, bem como data e rubrica da pessoa que realizou a coleta. Seguir a rotina específica para as provas pré-transfusionais realizando-a o mais rápido possível.

Provas Pré-transfusionais:

- Retipificação ABO e Rh (casos negativos) da bolsa de sangue.
- Determinação ABO/Rh e pesquisa de anticorpos irregulares do receptor.
- Prova de compatibilidade
- Amostras de sangue do receptor e da bolsa transfundida deverá ser armazenada em geladeira pelo menos por 3 (três) dias após a transfusão.
-

2. Cabe ao técnico do serviço de hemoterapia, que irá realizar o ato transfusional: Verificar se a transfusão prescrita pelo médico está registrada no prontuário do paciente. Verificar, antes de dar início à transfusão, se o NOME do paciente confere com a APAC, formulário de solicitação de transfusão, e a etiqueta presa a unidade do hemocomponente (que deve constar: nome completo, registro e localização, ABO/Rh do receptor, número da unidade com seu ABO/RH, e data, nome do responsável pela realização dos testes pré-transfusionais e a data do envio do hemocomponente para transfusão). Verificar e registrar no prontuário do paciente os sinais vitais. É obrigatório que fique registrado no prontuário os números, tipos e a origem dos hemocomponentes transfundidos, tipo sanguíneo e Rh, hora do início da transfusão, assinatura de quem a instalou. Colar no prontuário do paciente a folha de anexação de Solicitação de Transfusional onde serão coladas as respectivas APAC já preenchidas Instruir e orientar o pessoal de enfermagem sobre os cuidados a serem tomados durante a transfusão. Cada vez que o técnico do serviço de hemoterapia instalar uma nova unidade de hemocomponentes atualizar a

APAC.

O profissional habilitado e capacitado para instalar a transfusão deve permanecer à beira do leito durante os primeiros 10 minutos após o início da transfusão.

3. **Cabe a enfermeira** executar e ou supervisionar a administração e a monitorização da infusão de hemocomponentes e hemoderivados, detectando as eventuais reações adversas.

4. **Cabe a auxiliar de enfermagem** terminada a transfusão acabar de preencher o relato da transfusão na APAC (que se encontra no prontuário do paciente) – Pulso, PA, temperatura axilar e hora do término.

PEDIATRIA

As solicitações de transfusão de rotina devem ser enviadas através de livro de protocolo por um mensageiro ao Serviço de Hemoterapia o mais cedo possível, no dia em que vai ser realizada a transfusão. "Toda e qualquer transfusão de hemocomponentes ou hemoderivados deve ser solicitada e/ou prescrita por médico" O médico solicitante preenche, o formulário específico de solicitação de transfusão "APAC" com todos os dados do paciente (nome completo, sexo, idade, peso, número do prontuário ou registro do paciente, número do leito, diagnóstico, antecedentes transfusionais, hemocomponente solicitado com volume ou quantidade, tipo de transfusão, resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do hemocomponente, data, assinatura e o número do CRM do médico solicitante). Uma requisição incompleta, inadequada ou ilegível não deve ser aceita pelo serviço de Hemoterapia.

Atenção: Nos casos de EMERGÊNCIA e de CRIANÇAS até os 4 meses de vida há procedimentos específicos.

1. **Cabe ao técnico do Serviço de Hemoterapia ao receber as solicitações**: Verificar se os formulários de solicitação de transfusão estão preenchidos corretamente. Notificar a fonte solicitante se houver alguma irregularidade no preenchimento do formulário. Verificar se a solicitação de transfusão foi autorizada pelo responsável pelo serviço de hemoterapia.

Fazer a coleta de amostras de sangue do receptor para as transfusões de primeira vez ou nos casos de paciente já transfundida colher nova amostra após 72 horas da realização da transfusão. A coleta da amostra de sangue deve ser feita em tubo limpo, seco e com tampa, sem anticoagulante, identificado de maneira legível no momento da coleta com o nome completo, número de registro ou data de nascimento do receptor, localização, bem como data e rubrica da pessoa que realizou a coleta. Seguir a rotina específica para

as provas pré-transfusionais efetuando-o mais rapidamente possível. Provas Pré-transfusionais: Retipificação ABO e Rh (casos negativos) da bolsa de sangue. Determinação ABO/Rh e pesquisa de anticorpos irregulares do receptor. Prova de compatibilidade Amostras de sangue do receptor e da bolsa transfundida deverá ser armazenada em geladeira pelo menos por 3 (três) dias após a transfusão.

2. **Cabe ao técnico do serviço de hemoterapia, que irá realizar o ato transfusional**: Verificar se a transfusão prescrita pelo médico está registrada no prontuário do paciente. Verificar, antes de dar início a transfusão, se o NOME do paciente confere com a APAC formulário de solicitação de transfusão e a etiqueta presa a unidade do hemocomponente (que deve constar: nome completo, registro e localização, ABO/Rh do receptor, número da unidade com seu ABO/RH, e data, nome do responsável pela realização dos testes pré-transfusionais e pela sua liberação). Verificar e registrar no prontuário do paciente os sinais vitais. É obrigatório que fique registrado no prontuário os números, tipos e a origem dos hemocomponentes transfundidos, tipo sanguíneo e Rh, hora do início da transfusão, assinatura de quem instalou a transfusão. Colar no prontuário do paciente a folha de anexação de Solicitação de Transfusional onde serão coladas as respectivas APAC já preenchidas .

O profissional habilitado e capacitado para instalar a transfusão deve permanecer à beira do leito durante os primeiros 10 minutos após o início da transfusão. Instruir e orientar o pessoal de enfermagem sobre os cuidados a serem tomados durante a transfusão, deixando a APAC no prontuário do paciente. Cada vez que o técnico do serviço de hemoterapia instalar uma nova unidade de hemocomponentes atualizar a APAC.

3. **Cabe a enfermeira** executar e ou supervisionar a administração e a monitorização da infusão de hemocomponentes e hemoderivados, detectando as eventuais reações adversas.

4. **Cabe a auxiliar de enfermagem** terminada a transfusão acabar de preencher o relato da transfusão na APAC (que encontra-se no prontuário do paciente) – Pulso, temperatura axilar e hora do término.

Atenção: Nos casos de EMERGÊNCIA e de CRIANÇAS até os 4 meses de vida há procedimentos específicos.

1. **Cabe ao responsável pelo setor providenciar** a coleta de sangue da MÃE e do NEONATO (conduta até os 4 meses de vida), sem anticoagulante, a qual será feita pelo médico solicitante ou pela enfermeira do setor e neste caso: Verificar, imediatamente após a coleta, se a identificação do

paciente na etiqueta está correta, rubricar a etiqueta e fixa-la ao tubo. A coleta da amostra de sangue deve ser feita em tubo limpo, seco e com tampa, sem anticoagulante, identificado de maneira legível no momento da coleta com o nome completo, número de registro ou data de nascimento do receptor, localização, bem como data e rubrica da pessoa que realizou a coleta.

A enfermeira de setor providencia que o tubo, contendo a amostra e devidamente etiquetado e a APAC sejam levados ao Serviço de Hemoterapia o mais rapidamente possível.

2. **Cabe ao técnico do Serviço de Hemoterapia:** Verificar se o formulário de solicitação de transfusão confere com a etiqueta colada no tubo de amostra enviada ao serviço. Notificar a fonte solicitante se houver alguma irregularidade na identificação da amostra ou no preenchimento do formulário. Verificar se a solicitação de transfusão foi autorizada pelo responsável pelo serviço de hemoterapia ou se tratar de uma emergência, caso em que o fornecimento é liberado automaticamente, segundo as normas para este caso. Seguir a rotina especifica para as provas pré-transfusionais realizando-a mais rapidamente possível. Entregar o formulário de solicitação de transfusão devidamente preenchido com os resultados das provas pré-transfusionais juntamente com o hemocomponente identificado e liberado para a transfusão.

Cabe a enfermeira executar e ou supervisionar a administração e a monitorização da infusão de hemocomponentes e hemoderivados, detectando as eventuais reações adversas.

3. **Cabe a enfermeira responsável** pelo setor providenciar: A instalação da transfusão Verificar se a transfusão prescrita pelo médico está registrada no prontuário do paciente. Verificar, antes de dar início à transfusão, se o NOME do paciente confere com a APAC formulário de solicitação de transfusão e a etiqueta presa a unidade do hemocomponente (que deve constar: nome completo, registro e localização, ABO/Rh do receptor, número da unidade com seu ABO/RH, e data, nome do responsável pela realização dos testes pré-transfusionais e pela sua liberação). Verificar e registrar no prontuário do paciente os sinais vitais.

É obrigatório que fique registrado no prontuário os números, tipos e a origem dos hemocomponentes transfundidos, tipo sanguíneo e Rh, hora do início da transfusão, assinatura de quem instalou a transfusão. Colar no prontuário do paciente a folha de anexação de Solicitação de Transfusional onde serão coladas as respectivas APAC já preenchidas Devolver ao serviço de hemoterapia o hemocomponente em caso de quaisquer anormalidades durante a transfusão. O profissional habilitado e capacitado para instalar a transfusão deve permanecer à beira do leito durante os primeiros 10 minutos após o início da transfusão.

4. **Cabe a auxiliar de enfermagem** terminada a transfusão acabar de preencher o relato da transfusão na APAC (que se encontra no prontuário do paciente) – Pulso, temperatura axilar e hora do término.

ASPECTOS PARTICULARES DA TRANSFUSÃO EM PACIENTES COM ATÉ 4 MESES DE VIDA

-Recomendações da Portaria n 1353 de 13/06/11

Na amostra pré-transfusional inicial do NEONATO, deverá ser determinado o grupo ABO, porém a tipificação reversa não deve ser feita. O fator Rh deverá ser determinado. Se as hemácias selecionadas para transfusão NÃO são do grupo "O" deve ser investigado, no Soro ou Plasma do NEONATO, a presença de anti-A ou anti-B usando métodos que incluam uma fase antiglobulínica.

Este teste não precisará ser realizado se houver disponibilidade de uma amostra do sangue da MÃE para tipagem ABO/Rh, e se o grupo ABO da mãe for o mesmo do recém-nascido. Se não houver anti-A ou anti-B detectável não será necessário efetuar provas de compatibilidade durante o resto do período neonatal. Se ocorrer detecção da presença de anti-A ou anti-B, deve-se transfundir glóbulos vermelhos do grupo "O" até que o anticorpo deixe de ser demonstrável no soro do NEONATO. Estas unidades NÃO necessitam de ser compatibilizadas.

Se um NEONATO do grupo A, B ou AB recebeu componentes sanguíneos contendo anti-A e ou anti-B, e as hemácias selecionadas para transfusão não são do grupo "O" deve ser investigado no soro ou plasma do NEONATO, a presença de anti-A e ou antiB semelhante ao ítem dois.

Na amostra pré-transfusional deverá ser pesquisado presença de anticorpos irregulares no soro do NEONATO ou da MÃE. Se a pesquisa de anticorpos irregulares for negativa, não será necessário compatibilizar as hemácias para a primeira transfusão nem para as transfusões subseqüentes dentro do período neonatal, desde que as hemácias sejam do grupo "O".

Se a pesquisa de anticorpos irregulares demonstrarem a presença de anticorpos clinicamente significantes, a transfusão deverá ser feita com unidades que não contenham os antígenos correspondentes. Estas unidades devem ser compatibilizadas com o soro do NEONATO ou da MÃE. Os componentes que contenham leucócitos deverão ser processados para reduzir o risco de infecção pelo citomegalovírus em recém-nascido com peso ao nascer inferior a 1200 gramas, quando o NEONATO e ou sua MÃE sejam CMV não reagentes ou quando esta informação não estiver disponível. Neste caso, os componentes devem ter sorologia não reagente para CMV ou serem desleucocitados por filtração.

PRONTO ATENDIMENTO

NORMAS GERAIS

As solicitações de transfusão de rotina no pronto atendimento devem ser enviadas através de livro de protocolo por um mensageiro ao Serviço de Hemoterapia. Sempre que possível à transfusão é realizada nesse mesmo dia, caso contrário marca-se uma hora com o paciente de preferência no período da manhã a partir das 7.30 hs. "Toda e qualquer transfusão de hemocomponentes ou hemoderivados deve ser solicitada e/ou prescrita por médico" O médico solicitante preenche, o formulário específico de solicitação de transfusão "APAC" com todos os dados do paciente (nome completo, sexo, idade, peso, número do prontuário ou registro do paciente, número do leito, diagnóstico, antecedentes transfusionais, hemocomponente solicitado com volume ou quantidade, tipo de transfusão, resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do hemocomponente, data, assinatura e o numero do CRM do médico solicitante).

Uma requisição incompleta, inadequada ou ilegível não deve ser aceita pelo serviço de Hemoterapia.

1. **Cabe ao técnico do Serviço de Hemoterapia**: Verificar se os formulários de solicitação de transfusão estão preenchidos corretamente. Notificar a fonte solicitante se houver alguma irregularidade no preenchimento do formulário. Verificar se a solicitação de transfusão foi autorizada pelo responsável pelo serviço de hemoterapia. Fazer a coleta de amostras de sangue do receptor para as transfusões de primeira vez ou nos casos de paciente já transfundida colher nova amostra após 72 horas da realização da transfusão.

A coleta da amostra de sangue deve ser feita em tubo limpo, seco e com tampa, sem anticoagulante, identificado de maneira legível no momento da coleta com o nome completo, número de registro ou data de nascimento do receptor, localização, bem como data e rubrica da pessoa que realizou a coleta. Seguir a rotina específica para as provas pré-transfusionais realizando-o mais rapidamente possível.

Cabe ao técnico do serviço de hemoterapia, que realizará o ato transfusional:

Verificar se a transfusão prescrita pelo médico está registrada no prontuário do paciente. Verificar, antes de dar início a transfusão, se o NOME do paciente confere com a APAC formulário de solicitação de transfusão e a etiqueta presa a unidade do hemocomponente (que deve constar: nome completo, registro e localização, ABO/Rh do receptor, número da unidade com seu ABO/RH, e data, nome do responsável pela realização dos testes pré-transfusionais e pela sua liberação).

Verificar e registrar no prontuário do paciente os sinais vitais. É obrigatório que fique registrado no prontuário os números, tipos e a origem dos

hemocomponentes transfundidos, tipo sanguíneo e Rh, hora do início da transfusão, assinatura de quem a instalou . Colar no prontuário do paciente a folha de anexação de Solicitação de Transfusional onde serão coladas as respectivas APAC já preenchidas Devolver ao serviço de hemoterapia o hemocomponente em caso de quaisquer anormalidades durante a transfusão; Instruir e orientar o pessoal de enfermagem sobre os cuidados a serem tomados durante a transfusão, deixando a APAC no prontuário do paciente.

Cada vez que o técnico do serviço de hemoterapia instalar uma nova unidade de hemocomponentes atualizar a APAC. O profissional habilitado e capacitado para instalar a transfusão deve permanecer à " beira do leito " durante os primeiros 10 minutos após o início da transfusão.

3. **Cabe a enfermeira** executar e ou supervisionar a administração e a monitorização da infusão de hemocomponentes e hemoderivados, detectando as eventuais reações adversas.

4. **Cabe a auxiliar de enfermagem** terminada a transfusão acabar de preencher o relato da transfusão na APAC (que se encontra no prontuário do paciente) – Pulso, PA, temperatura axilar e hora do término.

ROTINA PARA URGÊNCIA:

1. Cabe ao médico solicitante, ao verificar que seu paciente necessita de uma transfusão:

Telefonar ao Serviço de Hemoterapia, comunicando a natureza da urgência e solicita a quantidade do hemocomponente que julga necessária; Proceder ao preparo da APAC, à coleta da amostra de sangue do receptor para a provas pré-transfusionais e a etiquetagem do tubo, segundo a rotina "Solicitação de transfusão para paciente internado" Providenciar o transporte imediato das amostras de sangue e a APAC – formulário de solicitação de transfusão ao Serviço de Hemoterapia.

Não se aceita REQUISIÇÕES de transfusão incompletas ou não assinadas pelo médico solicitante, deve-se descartar os tubos de amostra sem etiqueta de identificação.

2. Cabe ao técnico do serviço de hemoterapia: Verificar se o formulário de solicitação de transfusão confere com a etiqueta colada no tubo de amostra enviada ao serviço. Notificar a fonte solicitante se houver alguma irregularidade na identificação da amostra ou no preenchimento do formulário. Realizar as provas pré-transfusionais (tipagem sanguínea, pesquisa de anticorpos irregulares e prova de compatibilidade) e em caso se comprove a compatibilidade em teste rápido em tubo nos meios salina libera as transfusões (o término da prova de compatibilidade será realizada em seguida), dirigindo-se ao local de emergência levando outras unidades, de plasma, concentrado

de hemácias ou sangue total, entregando-as ao medico solicitante ou a supervisão de enfermagem. Preencher a APAC e deixar com a supervisão de enfermagem que ao final da transfusão acaba de preencher o relato da transfusão.

3. Cabe a enfermeira Verificar se a transfusão prescrita pelo médico está registrada no prontuário do paciente. É obrigatório que fique registrado no prontuário os números, tipos e a origem dos hemocomponentes transfundidos, tipo sanguíneo e Rh, hora do inicio da transfusão, assinatura de quem instalou a transfusão.

Executar e ou supervisionar a administração e a monitorização da infusão de hemocomponentes e hemoderivados, detectando as eventuais reações adversas.

4. Cabe a auxiliar de enfermagem - Terminada a transfusão acabar de preencher o relato da transfusão na APAC (que encontra-se no prontuário do paciente) – temperatura axilar, pulso, pressão arterial e hora do término.

ROTINA PARA EMERGÊNCIA

Para os casos de emergência quando qualquer retardo na administração da transfusão pode acarretar risco de vida do paciente.

1. Cabe ao médico solicitante - telefonar ao serviço de hemoterapia comunicando a natureza da emergência, o nome e o tipo de sangue (se conhecido) do paciente e envia uma amostra de sangue devidamente etiquetado. Não se aceita SOLICITAÇÕES de transfusão incompletas ou não assinadas pelo médico solicitante, deverão ser descartados os tubos de amostra sem etiqueta de identificação.

2. Cabe ao mensageiro/técnico do serviço - Nos casos de emergência em que não há tempo para realizar a tipagem sanguínea do receptor o mensageiro ou o técnico do serviço de hemoterapia retornar ou vai ao local de emergência levando uma unidade de sangue total ou concentrado de Hemácias "O" NEGATIVO. Não havendo este tipo de sangue em estoque no serviço, poderá ser usado sangue "O" POSITIVO, sobretudo em pacientes do sexo masculino ou em pacientes de qualquer sexo com mais de 45 anos de idade.

3. Cabe ao técnico do serviço de hemoterapia Verificar se o formulário de solicitação de transfusão confere com a etiqueta colada no tubo de amostra nos casos de emergência e notificar a fonte solicitante, se houver alguma irregularidade na identificação da amostra do receptor ou no preenchimento do formulário. Realizar as provas pré-transfusionais (tipagem

sanguínea, pesquisa de anticorpos irregulares e prova de compatibilidade) e em caso se comprove a compatibilidade em tubo no meio salino libera as transfusões (o término da prova de compatibilidade será realizada em seguida), dirigindo-se ao local de emergência levando outras unidades, de plasma, concentrado de hemácias ou sangue total, entregando-as ao médico solicitante ou a supervisão de enfermagem. Preencher a APAC e deixar com a supervisão de enfermagem que ao final da transfusão acabará de preencher o relato da transfusão.

4. Cabe a enfermeira Executar e ou supervisionar a administração e a monitorização da infusão de hemocomponentes e hemoderivados, detectando as eventuais reações adversas. Verificar se a transfusão prescrita pelo médico está registrada no prontuário do paciente. É obrigatório que fique registrado no prontuário os números, tipos e a origem dos hemocomponentes transfundidos, tipo sanguíneo e Rh, hora do início da transfusão, assinatura de quem instalou a transfusão.

5. Cabe a auxiliar de enfermagem - Terminada a transfusão acabar de preencher o relato da transfusão na APAC (que se encontra no prontuário do paciente) – temperatura axilar, pulso, pressão arterial e hora do término.

NORMAS DE SEGURANÇA

Os profissionais da área de saúde que manipulam materiais biológicos devem obedecer aos procedimentos básicos de biossegurança também deverão estar fazendo a segurança do meio ambiente.

Procedimentos de Biossegurança GERAIS:

- Não jogar material biológico na pia.
- Lixo comum acondicionar em sacos escuros
- Lixo infectante acondicionar em sacos brancos leitoso
- Em caso de derramamento de material biológico, despeje hipoclorito de sódio 1% e deixe agir por 20 minutos, limpar com papel toalha e descarta-lo em recipiente apropriado. • Caso ocorra algum ferimento durante seu trabalho, procure imediatamente o serviço médico dos funcionários para comunicar a ocorrência e receber orientação.
- Todo material cortante, perfurante ou perfuro-cortante como agulhas e seringas, devem ser lacrados e enviados ao expurgo. Não despreze estes materiais em outros cestos de lixo.
- As bolsas de hemocomponentes não devem ser colocadas diretamente nas latas ou depósitos de lixo;
- Toda bolsa de sangue e hemocomponentes a ser descartada deve ser submetida a algum método que elimine a infectividade de patógenos eventualmente presentes;

• Depois de inativados as bolsas devem ser acondicionadas em sacos plásticos destinados a resíduos biológicos;

• É permitido o transporte de bolsas para serem incineradas em outros locais desde que, sejam transportados em recipientes rígidos, lacrados, identificados e em veículos apropriados;

• Materiais que deverão ser desprezados tais como frascos de soros, seringas e equipos que não contenham sangue devem ser colocados em cesto de lixo próprios para materiais plásticos.

INDIVIDUAIS: Utilizar os equipamentos de proteção individual.

• Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento.

• O papel utilizado para enxugar as mãos após a lavagem pode ser usado para fechar a torneira, evitando uma eventual "recontaminação".

• Troque as luvas imediatamente caso elas se contaminem com material biológico ou apresentem sinais de perfuração ou rompimento;

• Ao remover as luvas inverta-as completamente, evitando, que sua porção exterior entre em contato com qualquer superfície;

• Quando estiver utilizando luvas evitar tocar superfícies limpas, tais como telefones, mesas ou maçanetas de portas;

• Ao manipular o paciente utilize uma nova luva desprezando a anterior em local adequado.

• Trajar vestimentas totalmente brancas ou aventais longos brancos e de mangas compridas, caso estejam trajando roupas que não sejam brancas;

• Troque o avental sempre que estiver sujo e/ou contaminado.

• Evitar sentar nas macas ou nas camas dos pacientes, no chão, nas mesas ou nos balcões existentes no ambulatório;

• É proibido comer, beber, fumar, cortar as unhas, passar cosmético ou colocar lentes de contato no setor; • Cabelos longos devem ser presos.

TREINAMENTO - Objetivo é o aprimoramento contínuo Será dado treinamento a todos os colaboradores da AT, antes da implantação deste manual de procedimentos revisado, são responsabilidades dos colaboradores participarem dos treinamentos e implantá-los na prática. A capacitação será feita anualmente ou quando novos colaboradores sejam admitidos.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- AABB, Technical Manual Committe. 12 th edition. 1996.

2- Conselho Federal de Enfermagem – COFEN N 200 de 25 de Abril de 1997

3- Ministério da Saúde – Técnicas para Coleta de Sangue. Coordenação Nacional de

4- Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Brasília 1997– Série Telelab.

5- Segurança no Laboratório Clínico – ABNT – Abril/2001

6- Ministério de Estado da Saúde – Portaria nº1353, 13 de Junho 2011.

7- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – PORTARIA Nº 306, 07 de dezembro de 2004

Atribuições dos Médicos na Unidade de Observação

- Acompanhar os pacientes da internação no Serviço ou em outros Serviços.
- Substituir eventualmente os médicos do estafe (R2 e/ou R3);
- Cuidar dos casos de urgência da sua especialidade mesmo fora do horário regulamentar.
- Atender nos ambulatórios.
- Participar, se programado, das atividades de laboratório e/ou de procedimentos especializados;
- Participar de todas as reuniões da Seção e do Serviço;
- Participar dos plantões do Serviço;
- Supervisionar, participando ativamente os residentes R1 e R2, se tiver.
- Responsabilizar-se pelas ocorrências médicas da enfermaria onde estiver lotado e zelar pelo cumprimento das rotinas do serviço;
- Passar visita nos doentes internados na observação
- Cumprir as determinações da chefia do Serviço e da Seção.

Rotinas - Internação

Pré-requisitos obrigatórios:

1. Registro – se o paciente não tem registro, será feito na sala de internação, mediante apresentação de uma cédula de identidade.

2. Laudo médico para emissão de AIH (chamado simplesmente de AIH) – o "médico solicitante" deverá preencher todos os campos de sua competência.

Os campos referentes ao CPF do médico responsável e assinatura do médico responsável são de competência da chefia do serviço.

O número do código do "procedimento solicitado" ao lado do campo do "médico solicitante" e o código do CID encontram-se nas Tabelas na sala da Chefia do Serviço, não podem ser retirados de lá.

Lembrar que na parte inferior da "AIH", nos campos "procedimento solicitado" e "diagnóstico inicial", deverão ser preenchidos por extenso, em correspondência com os números dos códigos respectivos. Não esquecer de colocar a filiação do paciente, o nome do responsável e o telefone de contacto.

3. **Enfermaria de Internação (Observação)**

4. A "AIH" completa será encaminhada a enfermaria, através da

enfermagem , que entrará em contacto com o paciente, convocando-o para a internação. Ao chegar naquela sala, o paciente será registrado (se ainda não tiver número de registro) e encaminhado à Unidade de Internação do Serviço.

5. **Admissão na Unidade de Internação do Serviço**
Ao chegar à enfermaria , o paciente será encaminhado ao leito pela enfermagem, que comunicará ao médico responsável a chegada do paciente.

6. **Acompanhamento do paciente**
No primeiro dia útil após a admissão o paciente passará a ser da responsabilidade da equipe da rotina, obedecendo ao roteiro seguinte:

1. Avaliação médica

2- Planejamento terapêutico.

- Informar ao paciente ou familiar, quando apropriado, sobre sua doença sobre os procedimentos diagnósticos e terapêuticos a que será submetido. É necessário também obter o consentimento, do paciente ou familiar, por escrito, para a participação em pesquisas.

- Visita diária

- A análise de resultados dos exames complementares e a necessidade de novos exames será discutida pela equipe.

ATENÇÃO – O nome do paciente, o número do registro, o número do Leito, a assinatura legível e o CRM do médico deverão constar em tudo aquilo que se refere ao paciente.

2. **Cuidados de enfermagem** – elementos indispensáveis aos cuidados dos pacientes, pois a equipe de enfermagem realiza as ações terapêuticas prescritas e o atendimento nas 24 horas. A identificação da necessidade de cuidados de enfermagem é realizada por um enfermeiro experiente.

3. **Assistência nutricional** – a avaliação nutricional deverá ser feita em todos os pacientes. É obrigatória naqueles com patologias ou condições especiais, em que a nutrição é uma medida terapêutica realizada por profissional qualificado, nutricionista. Compõe-se de vários processos que identificam as necessidades e permitem o planejamento da dietoterapia. O suporte nutricional adequado será alcançado através de uma abordagem multidisciplinar integrada.

4. **Avaliação social** – o assistente social do Serviço deverá entrevistar cada paciente internado, tomando as medidas de sua competência adequadas a cada caso e prosseguir o acompanhamento.

5. **OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:** durante a internação, todo procedimento diagnóstico ou terapêutico fora da rotina (ex: transfusões de sangue ou derivados, etc.) deverá ser registrado no impresso " Laudo médico para solicitação de Recursos e Condições Especiais ", bem como a "Mudança de procedimento" quando forem diferentes o "Procedimento solicitado" e o "Procedimento realizado".

6. **Alta hospitalar** – Preencher todos os campos do formulário impresso específico, nos locais de competência do médico. No verso deverá ser feito um resumo da internação. Entregar o prontuário na sala da chefia do Serviço até às 11 horas. No caso de transferência para outro serviço, ou de ocorrência do óbito , esta mesma rotina de conduta deverá ser seguida.

<table>
<tr><td>Logo da Unidade Assistencial de Saúde</td><td colspan="2">Manual de Normas e Rotinas
Administração de hemocomponentes(concentrado de glóbulos ou hemácias, plasma, plaquetas ou crioprecipitado)Observação</td><td>EO.1Emissão</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">ESTRUTURA ORGANIZACIONALHorário de funcionamento da área/serviço24h. por dia 7 dias por semana</td><td>Revisão:</td></tr>
<tr><td>Data:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Clientes da área/serviçoTodos os usuários (pacientes, médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem,etc.) que buscam os serviços do Setor de Internação.</td></tr>
<tr><td colspan="4">OBJETIVO: Fazer a reposição de sangue e/ou componentes sanguíneos conforme a necessidade terapêutica dos pacientes.2.APLICAÇÃO: Aos pacientes internados e ambulatoriais com prescrição médica de hemocomponente.3.RESPONSABILIDADE: Enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem.4.MATERIAIS: Termômetro clínico, esfigmomanômetro, estetoscópio, gaze, álcool à 70%, bandeja comhemocomponente (concentrado de glóbulos ou hemácias, plasma, plaquetas ou crioprecipitado) equipo específico para infusão de hemocomponente, ou filtro leucodepletor, luva de procedimento, maleta/caixa apropriada para transporte, seringa com solução fisiológica, fita adesiva, tubo seco e tubo roxo (com EDTA), material de coleta de sangue</td></tr>
<tr><td>Encaminhe o impresso de solicitação dehemocomponentes à Agência Transfusional com as amostras de sangue</td><td>Contínuo, auxiliar, técnicode enfermagem,enfermeiro, médico</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

identificadas.		
Cheque na Agência Transfusional a disponibilidade do componente solicitado e tempo previsto de preparo	Enfermeiro, técnico ouauxiliar de enfermagem	
Verifique as condições clínicas e infusionais do paciente: sinais vitais e disponibilidade/características do acesso venoso.		Cartilha COREN: 10passos para a segurançado paciente
Verifique a necessidade de infusão de medicamentos pré-transfusionais e solicite o mesmo (se prescrito).		Prescrição médica
Certifique-se da infusão da medicação pré transfusional (se prescrito)		Prescrição médica
Solicite a busca do hemocomponente na Agência Transfusional.	. Enfermeiro, Médico	Impresso de "Interconsulta"com os dados transcritosda Prescrição Médica
Na Agência Transfusional, confira o nome, RH, números das bolsas, identificação nominal em cada bolsa e tip de equipo a ser usado. Anote os dados de recebimento. Receba a ficha de registros de transfusão.No transporte para o setor utilize caixa térmica rígida, apropriada para este procedimento.	NContínuo, auxiliar, técnicode enfermagem,enfermeiro, médico	Na Agência Transfusional, confira o nome, RH,números das bolsas, identificação nominal em cadabolsa e tipo de equipo aImpresso de "Interconsulta"com os dados transcritosda Prescrição Médica
Cheque os dados da pulseira de identificação do paciente com as informações contidas na bolsa, por dois profissionais, antes de iniciar	Enfermeiro/Médico e outroprofissional de saúde queconheça os pacientes dosetor	Cartilha COREN: 10passos para segurança dopaciente- passo 5

o procedimento (dupla checagem). Se paciente consciente, também pergunte o nome dele.		
Anexe o impresso Requisição Transfusional (RT)/Registros de Transfusão na prescrição médica.	Enfermeiro, médico,técnico ou auxiliar deenfermagem	
Anexe o impresso Requisição Transfusional (RT)/ Registros de Transfusão na prescrição médica.		POP "Higienização dasmãos"
Higienize as mãos.		POPs - verificação de PA,pulso , T e FR
Verifique sinais vitais antes do início da transfusão.		POP "Higienização dasmãos"
Anote os valores dos sinais vitais.		Ficha de registros datransfusão.
Calce as luvas de procedimento (posto deenfermagem).	EnfermeiroMédico	NR 32
Conecte o equipo apropriado à bolsa dohemocomponente.		instrução do fabricante(embalagem)
Retire o ar e preencha todo o equipo.		
Responsável pela elaboração:		
	AprovaçãoAssinatura dorepresentante	Data

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP)**DIRETORIA DE MEDICINA**	Emissão
Fluxo de Internação da área Médica		Revisão:
		Data:
Executante Diretoria de Medicina - Médico**Resultados**		

esperadosOrientação do fluxo de pacientes na Internação**Recursos Necessários**Mesa, cadeira, caneta .
ETAPAS DO PROCEDIMENTO . Após a decisão de internar o paciente, o médico deverá fazer a solicitação (Autorização para Internação Hospitalar) A seguir preencher o laudo técnic dados da solicitação de internação objetivando o quadro clínico e dados de complementares significativos. A solicitação de AIH impressa será entreg paciente ou seu acompanhante para a realização da internação do pacier Sistema Hospitalar de acordo com setor de origem do mesmo: os pacient emergência adulto e pediátrica farão a internação administrativa na recep emergência adulto, os paciente eletivos (provenientes do ambulatório) e maternidade farão a internação administrativa no Setor de Internação do Se Prontuário do Paciente (SPP), nos dias úteis das 7 as 19h, demais horários e semana e feriados todas as internações serão feitas na recepção de emer adulto.. O médico deverá então realizar o registro de história clínica com prescrição médica, solicitação de exames, lista de problemas, sendo que c todos os dados médicos estiverem completos, o prontuário deverá ser entr equipe de enfermagem do setor para os procedimentos da enfermagem A p autorização de internação pela Central Estadual de Regulação (através do S os membros do Núcleo Interno de Regulação serão responsáveis pelo geren da internação neste sistema. **CuidadosAções em caso de não conformidade**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura dorepresentante	Data

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP)**DIRETORIA DE MEDICINAAmbulatório**	Emissão
Solicitação de Exames Externos para pacientes internados e assistidos no ambulatório (exceto exames de imagem)		Revisão:
		Data:

Executante Diretoria de Medicina - Médico**Resultados esperados**Solicitação de Exames Externos para pacientes internados (exceto exames de imagem)**Recursos Necessários**Mesa, cadeira, caneta .

ETAPAS DO PROCEDIMENTO
. 1. Para solicitar exames para pacientes internados que o hospital não disp em sua própria estrutura exceto exames laboratoriais, o médico deverá pree solicitação padrão de exames e a solicitação de procedimentos especiais co justificativa clínica completa, sendo necessária assinatura do médico respons paciente (staff)2. A solicitação será entregue na recepção da Direção (SAA encaminha para avaliação da Diretoria de Medicina (DM), que poderá autor solicitar informações complementares, ou mesmo negar autorização e de justificativa ao solicitante3. Após autorizado pela DA, a secretaria da direçã avisar a Unidade Solicitante, que deverá buscar a solicitação autorizada para agendamento5. Para os exames efetuados em outras unidades hospitalares que atendem os pacientes internados na Unidade (cintilografia óssea, cate cardíaco, cintilografia miocárdica, polissonografia entre outros), deverá se solicitação nos mesmos formulários do ítem 1 e encaminhados para o SAAD carimbar, e submeter à autorização da DM ou na ausência desta, de outro Após autorização será avisada a Unidade Solicitante para buscar a solicita efetuar o agendamento.
CuidadosAções em caso de não conformidade
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura dorepresentante	Data

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **DIRETORIA DE MEDICINA Internação**	Emissão
Rotinas Médicas para Pacientes Internados		Revisão:
		Data:

Executante
Diretoria de Medicina - Médico
Resultados esperados
Definir Rotinas de Atendimento ao Paciente Internados
Recursos Necessários

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

. 1. Os pacientes internados no leito dia do HEMOGO através do ambulatório sob responsabilidade dos médicos do setor . A partir de então, conforme acor chefias, poderá ser solicitada transferência para assistência da especialidade que o paciente permaneça no ambiente físico da emergência, passando entã responsabilidade sobre o mesmo ser da especialidade que assumiu, incluind condutas, prescrição e evolução médica, ficando a cargo dos médicos do am o atendimento a eventuais intercorrências clínicas que ocorram.
2. Os pacientes que forem internados nos leitos dia, serão assistidos pelas ec responsáveis designadas pelo Serviço de hemoterapia. No caso de internaçõ eletivas de pacientes ambulatoriais, os mesmos ficarão sob responsabilidade equipe que solicitou internação. Se houver necessidade de transferência de p deverá haver contato com o Serviço Social para posterior transferência, com destas ações em prontuário do paciente.
3. O Atendimento às intercorrências de pacientes internados na Unidade segu seguinte fluxo: período matutino, e vespertino responsabilidade das equipes (especialidades) que estarão em atendimento aos pacientes internados nas U de Internação.
4. Os pedidos de parecer (ou pedidos de consulta) para outras especialidade ser atendido em um período máximo de 12h. Nos casos de urgência deverá s contato direto com a equipe da especialidade.
5. As equipes responsáveis pelos pacientes nas unidades de internação deve respeitar as rotinas de prescrição dos Serviços de Enfermagem e Farmácia, p otimizar o fluxo de atendimento, em especial no que se refere ao horário de e das prescrições de medicamentos. As prescrições deverão ser entregues até diariamente.
6. As equipes médicas são responsáveis pela prescrição médica, evolução m diária contendo lista de problemas, situação clínica do paciente e planejamen conduta. O médico responsável por atendimento nas enfermarias tem a funçã supervisionar a atividade dos alunos da graduação e médicos residentes cas devendo deixar registrado adequadamente em prontuário por meio de sua as as orientações dadas.]
7. No momento da alta hospitalar do paciente, a equipe médica é responsáve prescrição do tratamento a ser seguido, encaminhamento ambulatorial, preen do cartão de alta contendo as informações solicitadas, e preenchimento imed Sumário de Alta, sem o qual o prontuário do paciente não poderá ser encamir Setor Financeiro para os devidos trâmites.
8. No caso de transferência do paciente para outra unidade hospitalar, os me documentos acima deverão ser preenchidos pela equipe médica, bem como

encaminhamento contendo todas as informações relacionadas ao paciente para continuidade do seu tratamento, que deverá ser encaminhado junto com o paciente.
Cuidados **Ações em caso de não conformidade**

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **DIRETORIA DE MEDICINA**	Emissão
Solicitação de Medicamento não Padronizado		Revisão: Data:

Executante
Diretoria de Medicina - Médico
Resultados esperados
Estabelecer o fluxo para solicitação de medicamentos não padronizados na Unidade
Recursos Necessários

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

. 1. O médico da unidade ou Serviço solicitante (onde o paciente está internad preencher a solicitação completa e anexar pelo menos duas referências com evidência e encaminhar ao Serviço de Farmácia
2. O Serviço de Farmácia recebe, avalia (quanto ao preenchimento do formul envio da literatura científica, quanto a disponibilidade em programas do Minis

Saúde, quanto ao saldo em estoque resultante de compras anteriores, quanto a disponibilidade comercial e/ou manipulação e encaminha para análise da CFT 3. A médica presidente da CFT analisa, emite parecer técnico e encaminha para Diretoria de Medicina (DM) 4. A DM avalia a solicitação com base no parecer da CFT, emite seu próprio parecer e encaminha novamente ao Serviço de Farmácia 5. O Serviço de Farmácia providencia os encaminhamentos necessários conforme parecer final da DM: se aprovada a solicitação, providencia o pedido de compras e encaminha ao Serviço de Compras se negada a solicitação, encaminha a cópia do parecer da CFT e DM para ciência do médico solicitante 6. O Serviço de Compras realiza a cotação com pelo menos três fornecedores, encaminha ao Serviço de farmácia para análise técnica do medicamento 7. O Serviço de Farmácia analisa as cotações recebidas e identifica o fornecedor que apresentou a melhor proposta (compatibilidade com a especificação do medicamento solicitado e menor preço) 8. O Serviço de Compras emite o empenho ao fornecedor para a entrega do medicamento no Serviço de Farmácia 9. O Serviço de Farmácia recebe o medicamento solicitado e comunica à Unidade onde o paciente está internado 10. O médico solicitante prescreve diariamente o medicamento conforme rotina de prescrição médica para paciente internado 11. A enfermagem encaminha a segunda via da prescrição médica ao Serviço de Farmácia, diariamente, para retirada do medicamento para 24 horas até a alta hospitalar.
Cuidados **Ações em caso de não conformidade**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **DIRETORIA DE**	Emissão

	MEDICINA	
Solicitação de Padronização de Medicamentos		Revisão: Data:

Executante
Diretoria de Medicina - Médico
Resultados esperados
Estabelece o fluxo de Padronização de Medicamentos n
Recursos Necessários

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

. 1. O médico ou outro profissional de saúde deve preencher a solicitação cor anexar pelo menos duas referências com nível de evidência e encaminhar à C
2. A solicitação de padronização de medicamentos poderá ser entregue à CF análise da solicitação será realizada em reunião ordinária mensal da CFT. Qu necessário, uma outra reunião extraordinária poderá ser realizada em conjun médico solicitante e/ou chefia da especialidade e ainda outros profissionais convidados
3. Após deliberação da CFT se aprovada a padronização, a relatora da CFT c o medicamento, especificando e codificando no Sistema Hospitalar, comunica da Seção de Dispensação e Central de Abastecimento Farmacêutico/Serviço Farmácia através de memorando para providências de aquisição. Caso seja r inclusão do medicamento, a CFT irá emitir um parecer técnico e a relatoria irá encaminhar ao solicitante , para ciência da análise realizada pela CFT

Cuidados

Ações em caso de não conformidade

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento	Emissão

	Operacional Padrão (POP) **DIRETORIA DE MEDICINA Internação**	
Anemia em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica		Revisão: Data:

Executante
Diretoria de Medicina- Médico

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

Casos Especiais

Os riscos e benefícios do uso de alfaepoetina durante a gestação devem ser criteriosamente avaliados antes de sua utilização. Há evidências de que o medicamento causa anormalidades em animais, mas o risco em humanos ain não está definido. O benefício do produto, porém, pode justificar o risco na gravidez. Não se sabe se o medicamento é excretado pelo leite materno. O u alfaepoetina para correção da anemia em pacientes com câncer está associa com aumento das taxas de recidiva de tumores sólidos e potencial aumento d mortalidade relacionada à doença. Diante disto, deve ser utilizada com muita cautela em pacientes com anemia por IRC e diagnóstico de câncer.

Tratamento

A suplementação de alfaepoetina em pacientes com IRC tem o potencial de r de forma importante a necessidade de transfusões, com seus riscos associad além de contribuir para evitar a sobrecarga de ferro, reduzir a massa ventricul esquerda e melhorar a qualidade de vida dos pacientes12. Os benefícios do tratamento foram avaliados em metanálise publicada por Jones e cols.14. Alé aumento dos níveis de hemoglobina e consequente melhora da qualidade de redução da necessidade de transfusões, os pacientes ainda tiveram substanc redução na taxa de hospitalizações. Há diferentes agentes estimuladores da eritropoese, como alfaepoetina, betaepoetina, darbepoetina e ativadores cont do receptor da eritropoetina (CERA), sendo a posologia a principal diferença e eles. A alfaepoetina, por ser o representante mais bem estudado, com maior experiência de uso clínico e perfil de segurança a longo prazo conhecido, permanece como agente de escolha no tratamento da anemia na IRC. Quanc comparada à alfaepoetina, a darbepoetina não mostrou vantagens em termos eficácia15. Não foram localizados ensaios clínicos randomizados comparand eficácia de betaepoetina ou ativadores contínuos do receptor da eritropoetina

tratamento padrão, alfaepoetina. Diante disto, seu uso permanece experimental, não sendo recomendado por este protocolo

Reservas de ferro
A manutenção de reservas adequadas de ferro associa-se à necessidade de menores doses de alfaepoetina para correção da anemia dos pacientes. Em vista disto, todos os pacientes devem ser avaliados e tratados de acordo com o PCDT de Anemia na Insuficiência Renal Crônica – Reposição de Ferro III

Via de administração
A melhor via de administração de alfaepoetina permanece motivo de debate, sobretudo em relação aos pacientes em hemodiálise. Para os que estiverem em tratamento conservador e em programa de diálise peritoneal, a via preferencial é a subcutânea. A comparação entre a administração de alfaepoetina por via subcutânea ou intravenosa foi o objetivo do estudo publicado por Kaufman e cols.27. Os autores demonstraram que o uso subcutâneo foi capaz de manter os níveis de hemoglobina com uma dose de alfaepoetina 30% menor do que a administrada por via intravenosa, o que gerou significativa redução de custos ao tratamento. A taxa relatada de desconforto no local da aplicação foi muito baixa, com 86% dos pacientes que receberam alfaepoetina por via subcutânea graduando o desconforto como leve ou ausente. Estudo publicado por Messa e cols.28 buscou comparar a eficácia da administração intravenosa em relação à subcutânea no tratamento da anemia em pacientes em hemodiálise. Os resultados demonstraram que a administração intravenosa semanal foi inferior à subcutânea semanal e à intravenosa dividida em 3 doses semanais.

Fármaco Alfaepoetina: frasco-ampola com 1.000 UI, 2.000 UI, 3.000 UI, 4.000 UI e 10.000 UI

Esquema de administração
Pacientes em tratamento conservador ou em programa de diálise peritoneal podem ser tratados inicialmente com uma das seguintes opções, ajustadas posteriormente de acordo com a resposta terapêutica: • 50-100 UI/kg, por via subcutânea, divididas em 1-3 aplicações por semana; • 10.000 UI, por via subcutânea, 1 vez por semana; • 20.000 UI, por via subcutânea, 1 vez a cada 2 semanas. Pacientes em hemodiálise podem ser tratados inicialmente com uma das seguintes opções, ajustadas posteriormente de acordo com a resposta terapêutica: • 50-100 UI/kg, por via subcutânea, divididas em 1-3 aplicações por semana; • 50-100 UI/kg, por via intravenosa, divididas em 3 aplicações por semana.

Tempo de tratamento – Critérios de interrupção O tratamento deve ser mantido de forma contínua, visando o alvo de hemoglobina de 11 g/dl. Recomenda-se a interrupção temporária do tratamento se os níveis de hemoglobina forem > 13 g/dl,

com reinício do mesmo quando os níveis estiverem < 11 g/dl. Deve ser considerada a suspensão do tratamento na ocorrência de evento adverso grave. **Monitorização** A resposta ao tratamento deve ser acompanhada por dosagens de hemoglobina a serem realizadas a cada 2 semanas até a estabilização dos níveis e após cada ajuste de dose. Quando houver nível de hemoglobina estável após 2 medidas consecutivas, a frequência de aferição pode ser mensal. Deve-se atentar para a necessidade de monitorização concomitante das reservas de ferro, conforme o PCDT específico
Cuidados Ter atenção no artendimento ao usuário **Ações em caso de não conformidade**

Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **DIRETORIA DE MEDICINA** **Internação**	Emissão
Leucemia mieloide crônica do adulto		Revisão: Data:
Executante Diretoria de Medicina- Médico		

A leucemia mieloide crônica (LMC) é uma doença mieloproliferativa caracterizada pelo acúmulo excessivo de células mieloides de aparência normal. Ela ocorre com uma incidência anual de 1,0 a 1,5/100.000 habitantes, afetando principalmente adultos, entre 50 e 55 anos

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

Diagnóstico

O diagnóstico de LMC requer a demonstração da presença de pelo menos um dos seguintes: cromossoma Philadelphia em exame citogenético; translocação t(9;22)(q34;q11) em leucócitos do sangue periférico ou da medula óssea – convencional ou por método molecular de hibridização in situ - ou produto do rearranjo BCR-ABL no sangue periférico, por reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR) (2,14). que pode incluir as seguintes características, com ou sem sintomas constitucionais: » Leucocitose neutrofílica, com ou sem desvio à esquerda; » Trombocitose; » Medula óssea hipercelular, com hiperplasia granulocítica; » Esplenomegalia. A classificação da LMC adotada neste Protocolo é feita como proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) segundo características clínicas e laboratoriais em três fases(2): a) Fase Crônica: » Proporção de blastos inferior a 10% na medula óssea ou no sangue periférico; » Ausência de características de fase de transformação ou blástica. b) Fase de transformação (uma das seguintes características): » Leucocitose persistente ou em elevação ou esplenomegalia persistente ou crescente, na vigência do tratamento; » Trombocitose persistente (acima de 1 milhão/mm3) e não controlada pelo tratamento; » Trombocitopenia persistente (abaixo de 100 mil/mm3) e não relacionada ao tratamento; » Basofilia no sangue periférico igual ou superior a 20%; » Evolução clonal comparativamente ao cariótipo do diagnóstico; ou » Presença de 10%–19% de blastos na medula óssea ou no sangue periférico. c) Fase Blástica (uma das seguintes características): » Presença de blastos representando 20% ou mais das células nucleadas da medula óssea ou dos leucócitos do sangue periférico; ou » Proliferação extramedular de blastos.

Tratamento

A LMC pode ser tratada com hidroxiureia, alfa-interferona isolada ou em combinação com citarabina, inibidores de tirosinoquinase (imatinibe, dasatinib nilotinibe) e TCTH-AL. O medicamento de eleição para o tratamento da LMC mesilato de imatinibe, ITQ que produz respostas citogenética e molecular mai expressivas e é mais bem tolerado do que a alfa- interferona(16-21), tendo sid incorporado no SUS em 2001. Outros medicamentos inibidores de tirosinoqui como o dasatinibe e o nilotinibe, são alternativas atuais à falha terapêutica ou intolerância ao imatinibe(22-25)

Esquema de administração

critérios objetivos de segurança e eficácia, consistindo em: » Hidroxiureia, para citorredução temporária, em todas as fases da LMC; » Alfa-Interferona, para controle da doença na fase crônica, em doentes que permanecem em remissão com o uso deste fármaco, ou quando houver contra-indicação para uso de ITQ, como na gravidez, na falha terapêutica ao uso de ITQ e na impossibilidade ou contraindicação de TCTH-AL; » Imatinibe, para controle da doença nas fases crônica, de transformação e blástica, em doentes sem tratamento prévio com inibidor de tirosinoquinases; » Dasatinibe, para controle da doença nas fases crônica, de transformação e blástica, em doentes que apresentaram falha terapêutica ou intolerância ao uso do imatinibe ou do nilotinibe e não houver possibilidade ou indicação de TCTH-AL; » Nilotinibe, para controle da doença nas fases crônica e de transformação, em doentes que apresentaram falha terapêutica ou intolerância ao uso do imatinibe ou do dasatinibe e não houver condições clínicas para LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA DO ADULTO 43 TCTH-AL; » Quimioterapia com outros antileucêmicos, quando houver falha terapêutica ou intolerância ao uso de inibidores de tirosinoquinases e não houver possibilidade ou indicação de TCTH-AL. O uso alternativo de um inibidor de tirosinoquinase após falha terapêutica anterior a dois fármacos desta mesma classe terapêutica pode induzir respostas de curta duração em alguns pacientes (108), cujo significado clínico não se encontra definido na literatura médica, não podendo, assim, ser protocolado como terapia de 3ª linha.

Monitorização

Avaliação da resposta terapêutica A compreensão da fisiopatologia da LMC e o aperfeiçoamento dos meios diagnósticos introduziram novos conceitos no monitoramento dos doentes tratados de LMC - resposta clínica, hematológica, resposta citogenética e resposta molecular – assim definidos:

Resposta Hematológica: » Normalização das contagens celulares com leucócitos abaixo de 10.000/mm3 ; » Basofilia inferior a 5% no sangue periférico; » Plaquetometria abaixo de 450.000/mm3 ; » Ausência de células imaturas (a partir de mielócitos) no sangue periférico.

Resposta Citogenética (em um mínimo de 20 metáfases): » Completa: Ausência do cromossoma Philadelphia; » Parcial: 1%-35% de metáfases com cromossoma Philadelphia; LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA DO ADULTO - RESUMO DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO FASE LINHA MEDICAMENTO DOSE OBSERVAÇÃO Todas NA Hidroxiureia Inicial Manutenção Para citorredução. 2g/dia 1-2g/dia Dose inicial de 3-4g/dia se necessário, mas por curto tempo. Crônica 1a Imatinibe 400mg/dia NA Dose diária mínima de 300mg/dia e máxima de 600mg/dia. Interferona 5 milhõesUI/ m2 /dia NA Alternativa ao Imatinibe. Máximo de 9 milhões

UI/dia. 2a Dasatinibe 100mg/dia NA Alternativa ao Nilotinibe. Dose máxima de 140mg/dia. Nilotinibe 800mg/dia NA Alternativa ao Dasatinibe. Dose máxima de 800mg/dia. 3a Qualquer NA NA Conduta da responsabilidade do hospital. Transformação (acelerada) 1a Imatinibe 600mg/dia NA Dose diária mínima de 300mg/dia e máxima de 800mg/dia. 2a Dasatinibe 140mg/dia NA Alternativa ao Nilotinibe. Dose máxima de 140mg/dia. Nilotinibe 800mg/dia NA Alternativa ao Dasatinibe. Dose máxima de 800mg/dia. 3a Qualquer NA NA Conduta da responsabilidade do hospital. Blástica (aguda) 1a Imatinibe 600mg/dia NA Dose diária mínima de 300mg/dia e máxima de 800mg/dia. 2a Dasatinibe 140mg/dia NA Dose máxima de 140mg/dia. 3a Qualquer NA NA Conduta da responsabilidade do hospital. NA = não se aplica 7.1.7 Quadro resumo da quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica do Adulto LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA DO ADULTO 49 » Menor: 36%-65% de metáfases com cromossoma Philadelphia; » Mínima: 66%-95% de metáfases com cromossoma Philadelphia; » Ausente: mais de 95% de metáfases com cromossoma Philadelphia.

Resposta Molecular (PCR quantitativo em sangue periférico): » Completa: transcrito BCR-ABL indetectável; » Maior: redução da quantificação dos transcritos igual ou superior a 3 log, conforme Escala Internacional de mRNA do BCR-ABL (BCR-ABL/ABL menor ou igual a 0,1%); » Incompleta: relação BCR-ABL/ABL superior a 0,1%

Acompanhamento pós-tratamento O tratamento da LMC é contínuo e não é recomendada a tentativa de suspensão definitiva do tratamento com ITQ, mesmo obtida resposta citogenética completa/molecular completa de longa duração. Orientações sobre cuidados pós-tratamento aplicam-se aos pacientes em remissão completa da doença, após TCTH-AL(45,109,110). A natureza dos cuidados vai depender de fatores individuais, devendo ser indicada uma rotina de 52 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas retorno ao hospital para consultas ambulatoriais frequentes nas semanas e meses seguintes ao término do tratamento. A equipe médica fornecerá instruções específicas ao acompanhamento diário do doente, incluindo: » necessidade de uso de medicamentos para controle sintomático; » informações sobre o reconhecimento e a prevenção de infecções; » manifestações de anemia, que pode requerer tratamento medicamentoso ou transfusões de hemácias; » efeitos adversos de longo prazo dos esquemas de condicionamento para TCTH-AL, como catarata, infertilidade e câncer secundário; manifestações da doença crônica do enxerto versus hospedeiro, que pode afetar o fígado, pele ou o trato digestivo; e efeitos adversos de longo prazo de medicamentos utilizados para o tratamento de complicações do transplante; » manifestações de síndrome metabólica, condição clínica cujo risco está aumentado entre sobreviventes de LMC

Cuidados

Ter atenção no atendimento ao usuário

Ações em caso de não conformidade		
Responsável pela elaboração:		
Responsável pela aprovação:	Aprovação	

Logo da Unidade Assistencial de Saúde	Procedimento Operacional Padrão (POP) **DIRETORIA DE MEDICINA Internação**	Emissão
ROTINA PARA ABORDAGEM DA DOR		Revisão: Data:

Executante
Diretoria de Medicina - Médico

GRAUS DE ANALGESIA:
1º ANALGÉSICO NÃO-OPIÁCEO (ANES) + ADJUVANTES
2º OPIÓIDE FRACO + ANALGÉSICO NÃO OPIÓIDE
3º OPIÓIDE POTENTE + ANALGÉSICO NÃO OPIÓIDE

ETAPAS DO PROCEDIMENTO
TIPOS DE ANALGÉSICOS:

NÃO OPIÓIDES
Dipirona / Acetaminofen / AAS / Paracetamol

ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDAIS
AAS / Diclofenaco / Indometacina / Ibuprofen

OPIÓIDE FRACO
Codeína / Cloridrato de Tramadol / Propoxifeno

OPIÓIDE POTENTE
Morfina / Fentanila / Petidina / Buprenorfina / Nalbufina / Metadona / Oxicodona

/ Sufentanil / Alfentanil / Remifentanil

ADJUVANTES
Anticonvulsivantes / Antidepressivos / Neurolépticos / Benzodiazepínicos / Anticolinérgicos

Tratamento
OPIÓIDES - CUIDADOS ESPECIAIS: OPIÓIDE NA DOR DE ORIGEM NÃO ONCOLÓGICA: Sendo feito da maneira correta na há qualquer problema em us Pacientes com dor crônica de origem não oncológica freqüentemente têm sobre longa e podem ter sua dor controlada ou mesmo curada podendo ter o opióide retirado.
DEPENDÊNCIA:
- o médico deve supervisionar e fornecer a medicação conforme o resultado funcional e psicológico
- o médico deve controlar do número de comprimidos
- só um médico fará a receita do psicotrópico
- desconfie do paciente que procure medicação antes do seu dia de consulta, ou intermédio de familiar ou através de outro médico, ou quando a medicação acab antes do tempo previsto.
- o médico deve indicar fisioterapia, psicoterapia e terapia ocupacional para melh da capacidade funcional do paciente, sendo que a ausência da adesão do pacie justifica a interrupção do tratamento.

DESCONTINUAÇÃO DO OPIÓIDE: Após a resolução do que motivou a dor a dc total diária deve ser diminuída em 20 - 25% a cada dia, até que chegue à dose mínima de 5mg 4/4h então, aumentando o intervalo para 6/6h, 8/8h, 12/12h até retirada total. Dependendo do tempo de uso a retirada pode ser mais rápida ou lenta, usando como guia os sintomas da síndrome de abstinência

MORFINA E DISPNÉIA: Nos casos de angústia respiratória de repouso e taquipnéia, por invasão tumoral, e por outras causas neoplásicas, tosse improdu pode-se usar o opióide. Se o paciente já esta em uso de morfina ou codeína, po se aumentar a dose em torno de 50%, mantendo–se o intervalo de tempo característico da farmacocinética da droga, ou seja, 4/4h. Se o paciente ainda nã usa opióide, pode-se fazer uma dose inicial, por exemplo, codeína 30mg 4/4h ou morfina 5-10mg 4/4h e ajustar conforme a resposta.

EVITAR EM PACIENTES CRÖNICOS: Meperidina: o uso crônico leva ao acúm de metabólico que é neurotóxico, e causa delírio e convulsão. **Agonista parcial** buprenorfina): tem menos efeito no receptor opióide que o agonista puro e tem efeito teto. **Agonista-antagonista** (nalbufina, pentazocina) eles bloqueiam ou sã neutros em um tipo de receptor opióide enquanto ativam outro receptor, tem alta

incidência de efeitos psicomiméticos e podem causar síndrome de abstinência.
EFEITOS ADVERSOS: Constipação, Náuseas e ou vômitos, Sonolência, sedação, Hipotensão, Sudorese abundante, Dependência física - dependência psíquica e vício Existem três situações nas quais ,quando há necessidade do uso do opióide, fazer um controle rígido:
1- Paciente sem história prévia de dependência que se torna dependente após o uso do opióide;
2- Paciente que tem dependência psíquica e tem dor, necessitando do opióide para tratar a dor.
3- Paciente que tem dependência psíquica e com dor, necessita do opióide para tratar a dor, e divide sua medicação com outro dependente psíquico.

NALOXONA - ANTAGONISTA DE OPIÓIDES:
- Inicio de ação - 1-2min Dose para overdose ou depressão respiratória é 0.1 a 2mg que podem ser escalonados a cada 2-3 min se não houve efeito. Máximo de 10 mg.
- Na prática, deve-se diluir uma ampola para 20 ml (onde cada ml=0,02) e se diagnosticada depressão respiratória por opióide, com FR menor que 5, iniciar com 5mlEstimular verbalmente o paciente a respirar fundo. Se não houve aumento da freqüência, fazer mais 1-2 ml.
- Cuidado na injeção, pois a injeção rápida de uma ampola pode levar a EAP.
- Lembrar que a meia vida da Naloxona é menor que a do opióide e que pode deprimir tardiamente. O paciente deve ficar monitorizado e sob vigilância.
- Pacientes em uso crônico podem ter a síndrome de abstinência precipitada por esta medicação

CONVERSÃO DE OPIÓIDES: Para passar de um opióide para outro, deve-se usar uma escala de conversão com o objetivo de evitar a crise de abstinência e a emergência de novo episódio de dor. 1- Determine a dose total de opióide usado nas 24h. 2- Respeite o intervalo de cada opióide 3- Multiplique pelo fator de conversão da tabela. Dê 30% - 50% a menos do novo opióide para evitar tolerância cruzada. 4- Divida a quantidade final pelo no de doses/dia, de acordo com o intervalo de cada opióide;
4- Estabeleça uma dose de resgate para dor incidental.

Cuidados
Ter atenção no atendimento ao usuário

Ações em caso de não conformidade

Responsável pela elaboração:

	Aprovação	

Responsável pela aprovação:		
	Assinatura do representante	Data

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

1- Protocolos de Tratamento de Doenças Hematológicas - Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco - Versão: 00/2015

2- Nettina SM. Práticas de Enfermagem. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.

3. Smeltzer SCO, Bare BG. Bruner & Suddarth Tratado de Enfermagem médico-cirúrgico. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. vol. 1, pag. 978-87.

4. http://www.anvisa.gov.br/sangue/hemovigilancia/boletim_hemo_2009.pdf

5 http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf

6. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes.pdf

7. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 153 - Ministério da Saúde. 14 de junho de 2004.

8. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.D.O.U. - Diário Oficial daUnião; Poder Executivo, de 10 de dezembro de 2004.

9. Portaria MS nº 1.353,de 13 de junho de 2011.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia para o uso de hemocomponentes. Brasilia: Editora do Ministério da Saúde. 2010.

PROTOCOLO CLÍNICO DE URGENCIA EM TRAUMATOORTOPEDIA

1. Escores de Trauma
2. Politraumatizado – I Fluxograma
3. Politraumatizado – II Fluxograma
4. Paciente Politraumatizado
5. Tratamento Primário das Fraturas Expostas
6. Tratamento das Partes Moles
7. Tratamento das Fraturas Expostas por Projétil de Arma de Fogo
8. Tratamento das Fraturas Expostas da Mão

9. Siglas
10. Classificação de Fraturas Expostas de Acordo com Gustilo
11. Classificação de Tscherne e Gotzen para Lesão de Partes Moles em Fraturas Expostas
12. Índice de MESS
13. Antibiótico profilaxia e Antibioticoterapia
14. Fratura Exposta Tipo I de Gustilo
15. Fratura Exposta I Fluxograma
16. Fratura Exposta II fluxograma
17. Politraumatismo (choque)
17.1. Paciente Politraumatizado

TRAUMATOORTOPEDIA

1- Escores de Trauma

GCS*	BPM*	FR*	Valor*
13 -15	> 89	10 - 29	04
09 -12	76 - 89	> 29	03
06 -08	50 - 75	06 - 09	02
04 - 05	01 -49	01 - 05	01
03	00	00	00

O valor final é obtido pela fórmula:

*ETR = 0,9368 x GCS + 0,7359 x BPM + 0,2908 x FR

Para um valor total máximo de 7,84

*GCS = Glasgow

*BPM = Batimentos por minuto

*FR = Frequência Respiratória

*ETR = Escore de Trauma Revisado

Importância:

Criados para fins de triagem na cena do acidente, comparação de resultados entre instituições e dentro das mesmas ao longo do tempo (controle de qualidade) e para avaliar probabilidade de sobrevivência.

Escala abreviada de lesões (*AIS – Abreviate Injury Scale*)

- Pontua lesões em diversos segmentos corpóreos de acordo com a gravidade (de 1 a 6).
- Crânio/pescoço, face, tórax, abdome/pelve óssea e geral externa, pele AIS, são elevados ao quadrado e somados.

Índice de gravidade da lesão (*ISS – Injury Severity Score*)

- Índice derivado da escala abreviada de lesões (*AIS – Abreviate Injury Scale*).
- Três valores mais altos em segmentos corpóreos diferentes.

- Os valores variam de 3 a 75.
- Se a AIS for igual a 6 em qualquer segmento o ISS é 75 automaticamente.

Cálculo do ISS

Paciente com lesões nas seguintes regiões:

REGIÃO	AIS DA LESÃO	AIS DA LESÃO
Crânio e pescoço	2	3
Face	4	-
Tórax	1	4
Abdome/pelve	2	3
Esquelética	3	4
Geral	1	-

Cálculo do ISS = 4 + 4 + 4 → ISS = 16 + 16 + 16 = 48 → ISS = 48

Limitações:

Não considera a presença de múltiplas lesões em determinado segmento como determinantes de maior gravidade ao aproveitar apenas a lesão grave. (Exemplo: Mortalidade p/ ISS = 16 é de 14,3% (4,0,0) e p/ ISS = 19 é de 6,8%.

Taxas de mortalidade variam muito, comparando-se valores de AIS semelhantes em diferentes segmentos corpóreos. Idade e doenças associadas são desconsideradas e têm importância prognóstica quando do trauma.

Atenção: não pode ser utilizado como índice de trauma isoladamente.

Escala Abreviada de Lesões (*OIS - ORGAN INJURY SCALE*)

Pontua lesões em diversos segmentos corpóreos de acordo com a gravidade

- 1 = menor
- 2 = moderado
- 3 = sério
- 4 = severo (ameaça a vida)
- 5 = crítico (sobrevida incerta)
- 6 = (não sobrevivente)

URETRA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão	Sangue no meato uretral uretrografia normal	2
2	Lesão maior	Tração da uretra sem extravasamento na uretrografia	2
3	Laceração parcial	Extravasamento de contraste no local da lesão com visualização do contraste na bexiga	2
4	Laceração completa	Extravasamento do contraste no local da lesão sem visualização da bexiga. Separação da uretra menor que 2 cm	3
5	Laceração completa	Transecção com separação dos segmentos maior que 2 cm ou extensão para próstata ou vagina	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

BEXIGA			
GRAU	**DESCRIÇÃO DA LESÃO**		**AIS - 90**
1	Hematoma Laceração	Contusão, hematoma intramural, thickness parcial	2
2	Laceração	Laceração na parede extraperitoneal menos de 2 cm	3
3	Laceração	Laceração na parede extraperitoneal mais de 2 cm ou intraperitoneal menos de 2 cm	4
4	Laceração	Laceração da parede intraperitoneal maior de 2 cm	4
5	Laceração	Laceração que se estende até o colo vesical ou trígono	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

URETER			
GRAU	**DESCRIÇÃO DA LESÃO**		**AIS - 90**
1	Hematoma	Contusão ou hematoma sem desvascularização	2
2	Laceração	Transecção menor que 50%	2
3	Laceração	Transecção maior que 50%	3
4	Laceração	Transecção completa com desvascularização de 2 cm	3
5	Laceração	Transecção completa com desvascularização maior que 2 cm	3

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

PAREDE TORÁCICA			
GRAU	**DESCRIÇÃO DA LESÃO**		**AIS - 90**
1	Contusão Laceração Fatura	Qualquer localização Pele e subcutâneo Menos de 3 costelas, fechada Clavícula alinhada e fechada	1 1 1-2 2
2	Contusão Laceração	Unilateral, in lobo Pneumotórax simples	3 3
3	Contusão Laceração Hematoma	Unilateral, mais que in lobo Escape persistente de via aérea distal mais de 72 horas Intraparenquimatoso sem expansão	3 3-4 3-4
4	Laceração Hematoma Vascular	Escape de via aérea maior (segmentar ou lobar) Intraparenquimatoso em expansão Ruptura de vaso intrapulmonar primário	4-5 4-5 3-5
5	Vascular	Ruptura de vaso hilar	4
6	Vascular	Transecção total do hilo pulmonar sem contenção	3

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

Hematórax está na tabela de lesões de vasos intratorácicos

PULMÃO			
GRAU	**DESCRIÇÃO DA LESÃO**		**AIS - 90**
1	Contusão	Unilateral, menos que in lobo	3
2	Contusão Laceração	Unilateral, in lobo Pneumatórax simples	3 3
3	Contusão Laceração Hematoma	Unilateral, mais que in lobo Escape persistente de via aérea distal mais de 72 horas Intraparenquimatoso sem expansão	3 3-4 3-4
4	Laceração Hematoma Vascular	Escape de via aérea maior (segmentar ou lobar) Intraparenquimatoso em expansão Rutura de vasointrapulmonar ramo primário	4-5 4-5 3-5
5	Vascular	Rutura de vaso hilar	4
6	Vascular	Transecção total do hilo pulmonar sem contenção	4

Obs: em situação de lesões biliares consiste um grau acima

Hemotórax está na tabela de lesões de vasos intratorácicos

DIAFRAGMA		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Contusão	2
2	Laceração de 2 cm ou menor	3
3	Laceração de 2 a 10 cm	3
4	Laceração maior que 10 cm com perda de tecido maior que 25 cm quadrados	3
5	Laceração com perda de tecido maior que 25 cm quadrados	3

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

FÍGADO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
	Laceração	Fissura capsular com menos de 1 cm de profundidade	2
2	Hematoma	Subscapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
		Intraparenquimatoso com menos de 10 cm de diâmetro	2
	Laceração	1 a 3 cm de profundidadecom até 10 cm de comprimento	2
3	Hematoma	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão	3
		Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto	
		Hematoma intraparenquimatoso maior que 10 cm ou em expansão	3
	Laceração	Maior que 3 cm de profundidade	3
4	Laceração	Ruptura de parênquima hepático envolvendo 25 a 75% do lobo hepático ou 1 a 3 segmentos de Coinaud em um lobo	4
5	Laceração	Ruptura de parênquima hepático envolvendomais de 75% de lobo hepático ou mais de 3 segmentos de Coinaud em um lobo	5
	Vascular	Lesões justahepáticas, i.é,, veia cava retrohepática e veias centraismaiores	5
6	Vascular	Avulsão hepática	6

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

BAÇO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
	Laceração	Fissura capsular com menos de 1 cm de profundidade	2
2	Hematoma	Subcapsular, 10 a 50% d área de superfície	2
		Intraparenquimatoso com menos de 5 cm de diâmetro	2
		1 a 3 cm de profundidade sem envolver veia do parênquima	
	Laceração		2
3	Hematoma	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão	3
		Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto	3
		Hematoma intraparenquimatoso maior qu 5 cm ou em expansão	
	Laceração	Maior que 3 cm de profundidade ou envolvendo veias trabeculares	3
4	Laceração	Laceração de veias de hilo ou veias segmentadas produzindo maior devascularização (> 25% do baço)	4
5	Laceração	Destruição total do baço	5
	Vascular	Lesão do hilo vascular com desvascularização do baço	5

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

RIM			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão	Hematúria macro ou microscópica com avaliação urológica normal	2
	Hematoma	Subcapsular, sem expansão e sem laceração do parênquima	2
2	Contusão	Hematoma perirenal sem expansão confinado ao retroperitôneo renal	2
	Hematoma	Profundidade no parênquima renal menor que 1 m sem extravasamento de urina	2
3	Laceração	Profundidade no parênquima maior que 1 cm, sem ruptura do sistema coletor ou estravasamento de urina	3
4	Laceração	Laceração que se estende através da córtex renal, medular e sistema coletor	4
	Vascular	Lesão da artéria ou veia principais com hemorragia contida	5
5	Laceração	Destruição renal total	5
	Vascular	Avulsão do hilo renal com desvascularização renal	5

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

VASCULATURA INTRA-ABDOMINAL		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Ramos inominados das artérias e veia mesentérica superiror	
	Ramos inominados das artérias e veia mesentérica inferior	
	Artéria e veia frênicas	
	Artéria e veia lombar	0
	Artéria e veia gonadal	
	Artéria e veia ovariana	
	Outras artérias e veias inominadas que requeiram ligadura	
2	Artéria hepática comum, direita ou esquerda	3
	Artéria e veia esplênicas	3
	Artéria gástrica esquerda ou direita	3
	Artéria gastroduodenal	3
	Artéria ou veia mesentérica inferior	3
	Ramos primários da artéria e veia mesentérica	3
	Outro vaso abdominal nominado que necessite de ligadura	3
3	Artéria mesentérica superiror	3
	Artéria e veias renais	3
	Artéria e veias ilíacas	3
	Artéria e veias hipogástricas	3
	Veia cava intra-renal	3
4	Artéria mesentérica superiror	3
	Eixo celíaco	3
	Veia cava supra-renal, infra-hepática	3
	Aorta infra-renal	3
5	Veia porta	3
	Veia hepática extraparenquimal	3-5
	Veia cava retro ou supra-hepática	5
	Aorta supra-renal subdiafragmática	5

VASCULATURA INTRATORÁCICA		
GRAU	**DESCRIÇÃO DA LESÃO**	**AIS - 90**
1	Artéria e veia intercostal	2-3
	Artéria e veia mamária interna	2-3
	Artéria e veia bronquica	2-3
	Artéria e veia esofágica	2-3
	Artéria e veia hemiázigos	2-3
	Artéria e veia inominada	2-3
2	Veia ázigos	2-3
	Veia jugular interna	2-3
	Veia subclávia	3-4
	Veia inominada	3-4
3	Artéria carótida	3-5
	Artéria inominada	3-4
	Artéria subclávia	3-4
4	Aorta torácica	4-5
	Veia cava inferior intratorácica	3-4
	Primeiro ramo intraparenquimatoso da artéria pulmonar	3
	Primeiro ramo intraparenquimatoso da veia pulmonar	3
5	Aorta torácica ascendente e arco	5
	Veia cava superior	3-4
	Artéria pulmonar, tronco principal	4
	Veia pulmonar, tronco principal	4
6	Transseção total incontida da aorta torácica	5
	Transseção total incintida do hilo pulmonar	4

Obs: avance um grau quando houver múltiplas lesões do grau III ou IV se a lesão for maior que 50% da circunferência. Recue um grau nas lesões dos graus IV e V se a lesão for menor que 25% da circunferência

CORAÇÃO		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Contusão cardíaca com pequena anormalidade ao ECG (alterção inespecífica de st ou onda t, sistoles atriais ou ventriculares prematuras ou taquicardia sinusal persistente)	3
	Contusão cardíaca ou lesão penetrante do pericárdio sem ferimento cardíaco, tamponamento ou herniação	3
2	Contusão cardíaca com bloqueio ou alterações isquêmicas sem insuficiência cardíaca	3
	Ferimento cardíaco penetrante tangencial que não se estende ao endocárdio, sem tamponamento	3-4
3	Contusão cardíaca com extra-sistoles sustentadas ou multifocais	3-4
	Lesão cardíaca por contusãoou ferimento penetrante com ruptura de septo, insuficiência das válvulas tricúspide ou pulmonar, dos músculos palpilares ou oclusão distal de artéria coronariana sem insuficiência cardíaca	3-4
	Laceração cardíaca por contusão com herniação	3-4
	Contusão cardíaca com insuficiência	3-4
	Ferimento cardíaco penetrante tangencial que não se estende ao endo cárdio, com tamponamento	3
4	Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com ruptura de septo, insuficiência das válvulas tricúspide ou pulmonar, dos músculos papilares ou oclusão distal de artéria coronariana com insufuciência cardíaca	3
	Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com insufiviência de válvulas tricúspide e aórtica	3
	Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante do ventrículo direito ou átrio, direito ou esquerdo	5
5	Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com oclusão proximal de artéria coronariana	5
	Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com pefuração de ventrículo esquerdo	5
	Lesões estrelarès com perda de tecido do ventrículo direito ou esquerdo menores que 50%	5
6	Avulsão do caração por trauma contuso	6
	Ferimento penetrante que produz perda maoir que 50% de uma camara cardíaca	6

Obs: avance um grau quando houver lesões permanentes múltiplas a uma pu mais câmaras cardíacas

Escore de Trauma Adulto

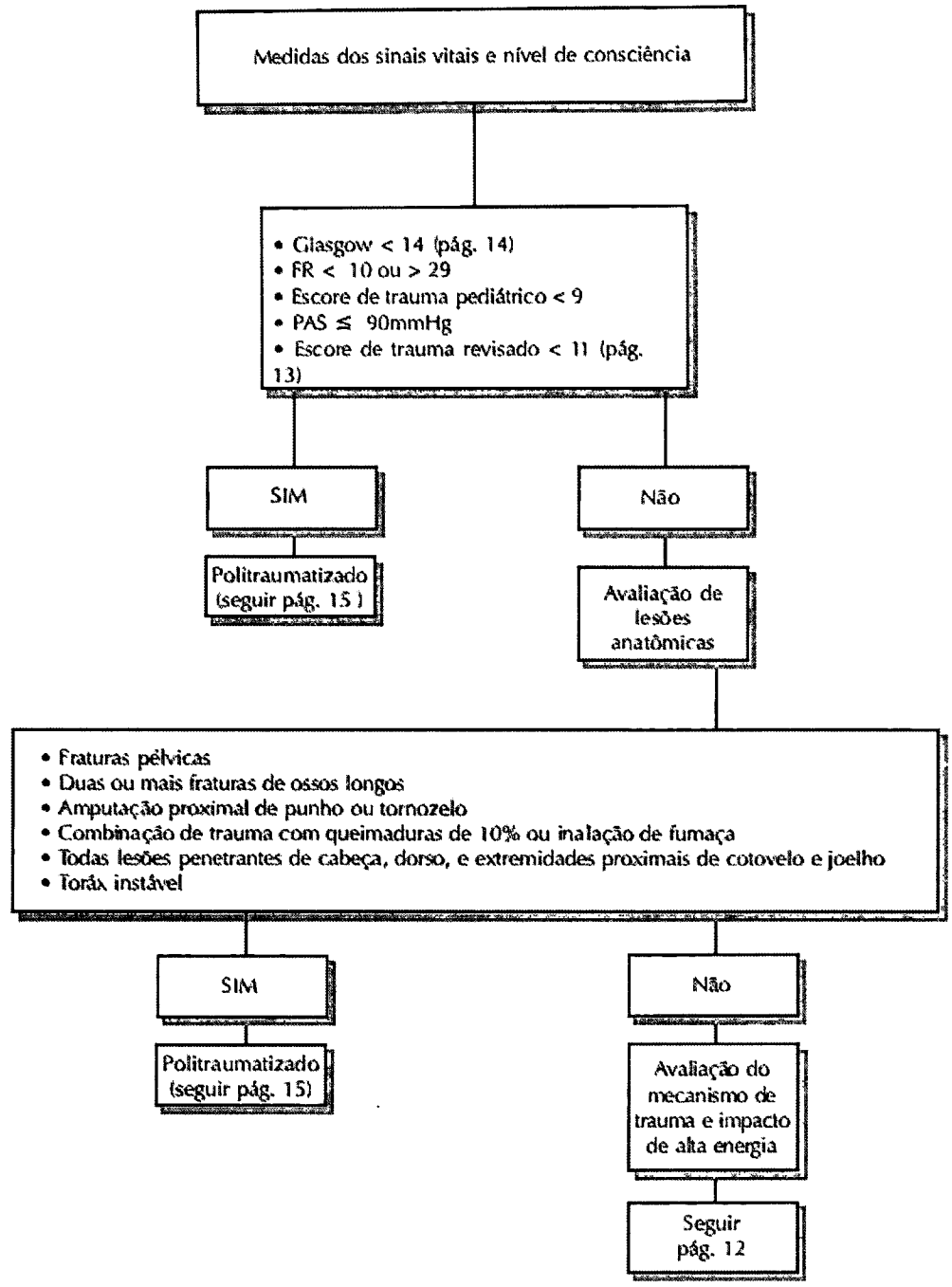
VARIÁVEIS		ESCORE
Freqüência Respiratória	10 a 24	4
	25 a 35	3
	> 36	2
	1 a 9	1
	0	0
Pressão sistólica mm Hg	> 89	4
	70 a 89	3
	50 a 69	2
	1 a 49	1
	0	0
Escala de Coma Glasgow (vide escala pág. 14)	13 a 15	4
	09 a 12	3
	06 a 08	2
	04 a 05	1
	< 04	0

Escore de Trauma Pediátrico

AVALIAÇÃO	ESCORE		
	+2	+1	-1
PESO	>20kg	10 a 20kg	< 10kg
Vias aéreas	Normal	Via aérea nasal ou oral	Intubação ou Traqueostomia
Pressão arterial	> 90mmHg	50 a 90mmHg	< 50mmHg
Nível de consciência	Completamente desperto	Obnubilado ou qualquer perda da consciência	Comatoso
Lesões abertas	Nenhuma	Menor	Maior ou penetrante
Fraturas	Nenhuma	Menor	Múltiplas ou penetrantes

2-Politraumatizado– I

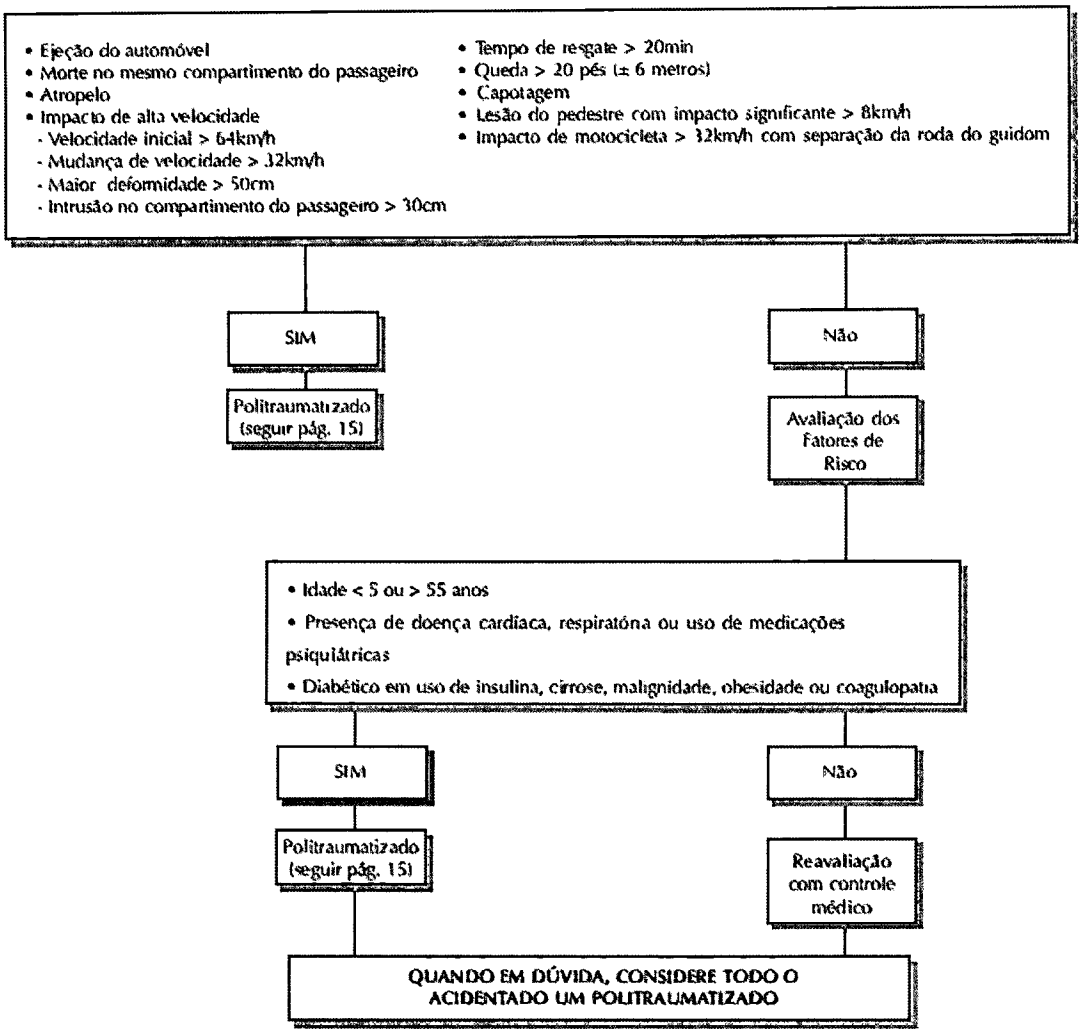
(IDENTIFICAÇÃO)



São politraumatizados os pacientes com um ou mais traumas significativos de cabeça, tórax, abdome, trato urinário, pelve ou coluna e extremidades.

FR = Freqüência Respiratória
PAS = Pressão Sistólica

3-Politraumatizado – II

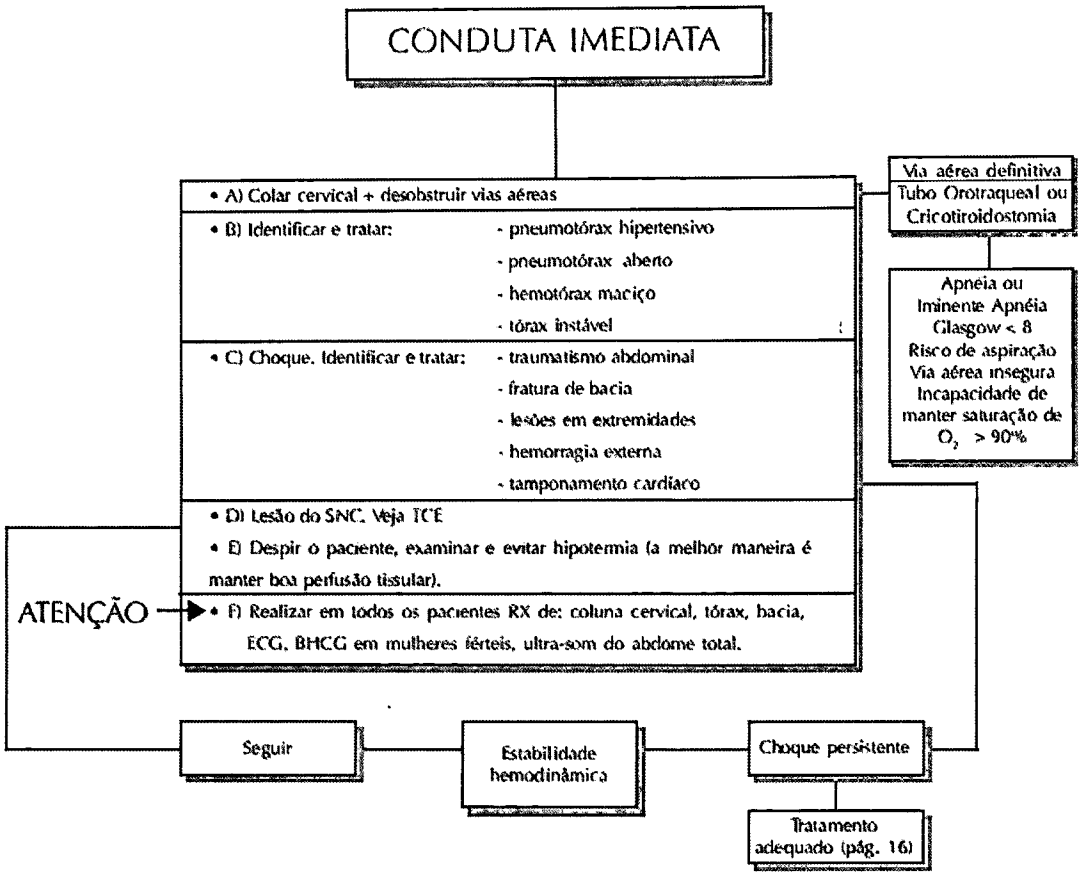


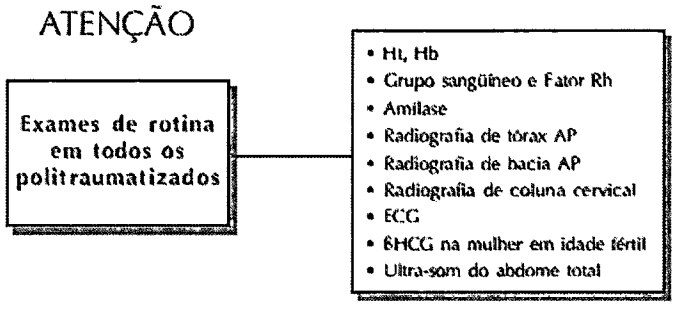
ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e Fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- ßHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdome total

4- Paciente **Politraumatizado**





Tratamento de Trauma Raquimedular- TRM

CONCEITOS

A medula espinhal está contida no interior da coluna vertebral estando vulnerável a lesões decorrentes da movimentação ou do posicionamento anormal desta, quando há lesões em vértebras ou músculos e ligamentos que auxiliem a sustentação da coluna. Uma vez que a medula não se regenera, essas lesões podem se traduzir em dano neurológico permanente, afetando inclusive o modo de vida, bem como a situação financeira da vítima e seus familiares.

O trauma raquimedular (TRM) pode acontecer em qualquer idade, sendo que a maior incidência está na faixa etária de 16 a 35 anos, pois esta é a população que mais se envolve em atividades de alto risco. As causas mais comuns de TRM são os acidentes automobilísticos, as quedas, mergulhos em águas rasas e os ferimentos penetrantes.

A medula espinhal pode ser lesada primariamente, por compressão, secção, lesão direta por fragmentos ósseos, no momento do impacto ou da aplicação de uma força sobre a coluna. A lesão secundária ocorre após o trauma inicial e pode ser decorrente de edema, isquemia ou movimento de fragmentos ósseos. Em grande parte dos pacientes, a lesão de vértebras ou ligamentos da coluna não lesa imediatamente a medula, porém resulta em uma coluna vertebral instável que pode gerar uma lesão medular secundária.

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

O atendimento inicial a qualquer traumatizado é realizado a partir da avaliação primária do indivíduo. Se existe a possibilidade de trauma raquimedular, a partir da história do trauma, deve-se proceder à estabilização manual da coluna cervical do doente e colocar a cabeça em uma posição neutra, alinhada, a não ser que existam contraindicações. Deve-se manter esta estabilização até que a imobilização manual seja substituída por dispositivos (colar cervical + prancha rígida) ou a avaliação não indique a imobilização.

É importante a indicação adequada da imobilização dos pacientes, visto que, a imobilização inadequada da coluna pode ter efeitos adversos, como aumento do esforço respiratório e dor.

Como parâmetro para indicação de imobilização dos pacientes, o socorrista deve presumir que há trauma raquimedular se: houver trauma contuso importante na cabeça, pescoço, tronco ou pelve; incidentes que produzam aceleração ou desaceleração repentinas; queda, principalmente de grandes alturas ou em idosos; ejeção ou queda de veículo motorizado; vítimas de acidentes em águas rasas.

Indicações para imobilização da coluna

De modo geral, existem algumas condições específicas em um paciente politraumatizado que podem indicar a necessidade de imobilização da coluna espinhal.

Todo paciente com alteração do nível de consciência deve ser submetido à imobilização espinhal. Pacientes que apresentam escore na escala de coma de Glasgow menor que 15 podem ter sua percepção alterada e não são confiáveis em relação a sinais e sintomas de lesão neurológica.

Deve-se colocar o paciente em uma posição neutra e manter o alinhamento com a estabilização manual durante todo o tempo. A movimentação da cabeça para uma posição alinhada só está contraindicada se durante este alinhamento houver: resistência ao movimento; aumento da dor; início ou piora de déficit neurológico; comprometimento da via aérea ou da ventilação. Em quaisquer destas situações, a movimentação da cabeça deve

ser interrompida e o paciente imobilizado na posição inicial

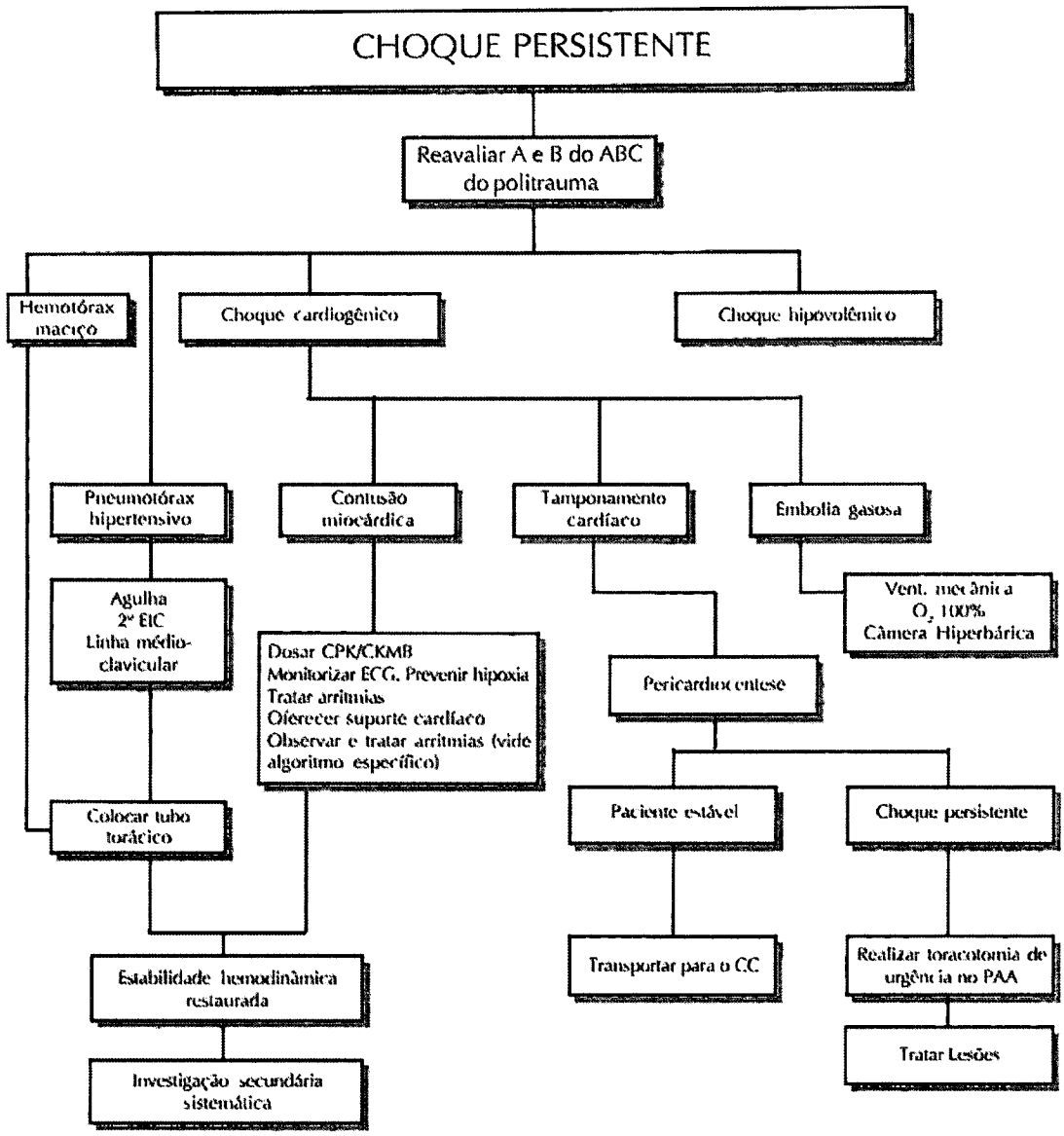
Principais sinais clínicos que sugerem TRM cervical em vítima inconsciente:

- Ausência de reflexos;
- Respiração diafragmática;
- Flexão apenas de membros superiores;
- Resposta a estímulo doloroso somente acima da clavícula;
- Hipotensão com bradicardia, sem sinais de hipovolêmica;
- Parada Cardiorrespiratória – Lesões de coluna cervical alta (C1 a C4) podem levar à parada respiratória devido à paralisia de musculatura respiratória - diafragma. Cuidados importantes na avaliação de vítimas com TRM:
- Hipoventilação – Lesões de coluna cervical de C5 a T1 podem levar à paralisia de musculatura intercostal, causando dificuldade respiratória e hipoventilação.
- Lesões Mascaradas – Lesões medulares costumam mascarar outras lesões, pois a ausência de sensibilidade deixaria passar um abdômen agudo por inabilidade de sentir dor. • Luxações cervicais altas - podem ocasionar desvio cervical com torcicolo, não se devendo tentar corrigir a rotação.

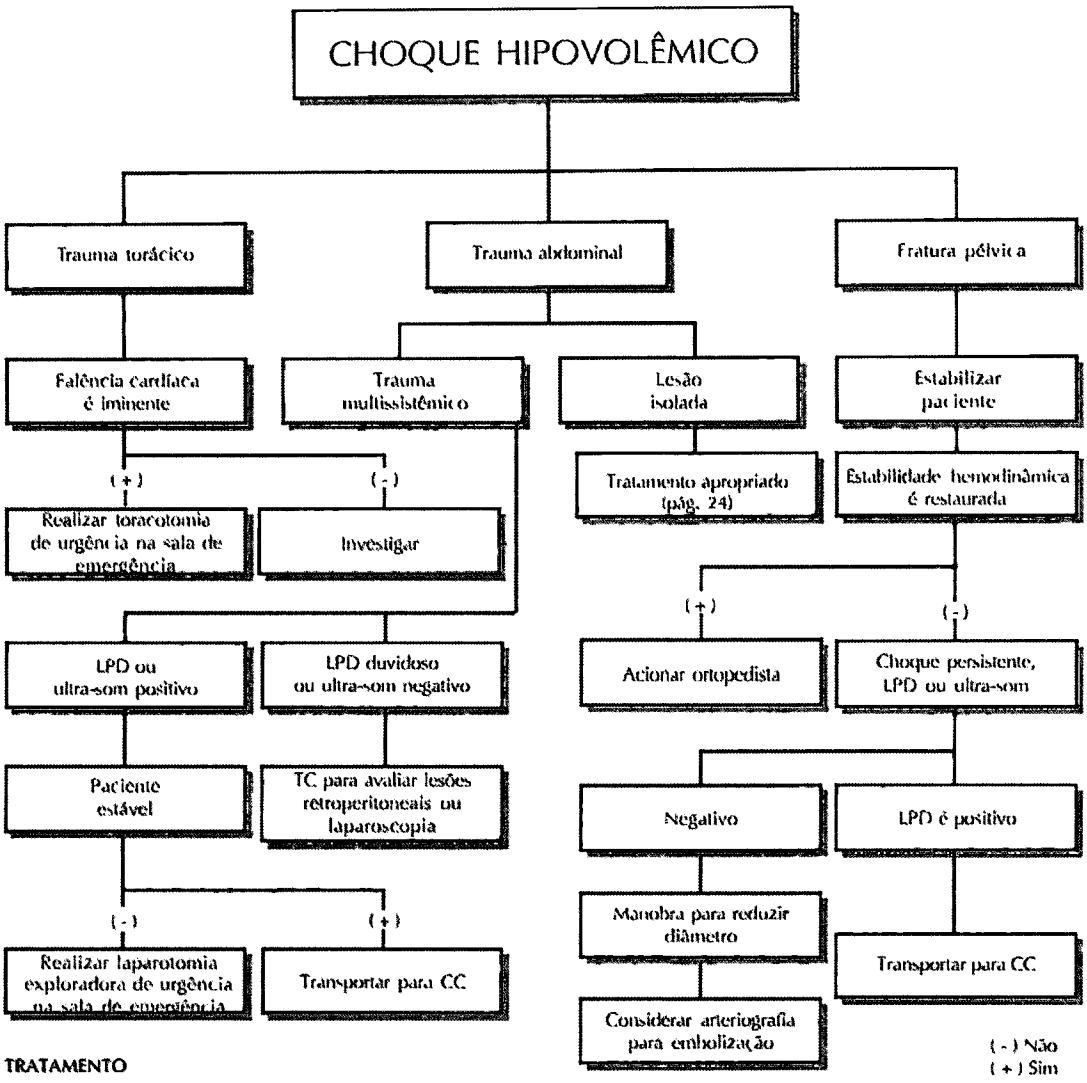
Conduta:

1. Realizar estabilização da coluna cervical, utilizando colar cervical apropriado e avaliar nível de consciência da vítima;
2. Proceder com o exame primário do paciente, realizando as intervenções que forem necessárias;
3. Ofertar oxigênio suplementar com máscara de alto fluxo. (Conforme Orientação do Médico Regulador)
4. Movimentar a vítima em bloco, impedindo movimentos bruscos do pescoço e do tronco; 5. Instalação sobre uma prancha longa;
6. Associado a coxins laterais rente ao pescoço e cabeça;
7. Proteger o paciente da hipotermia;
8. Estabilizar o paciente
9. Encaminhar o paciente para o Hospital de destino conforme orientação da regulação.

URGÊNCIAS EM CLÍNICA MÉDICA



Choque Hipovolêmico



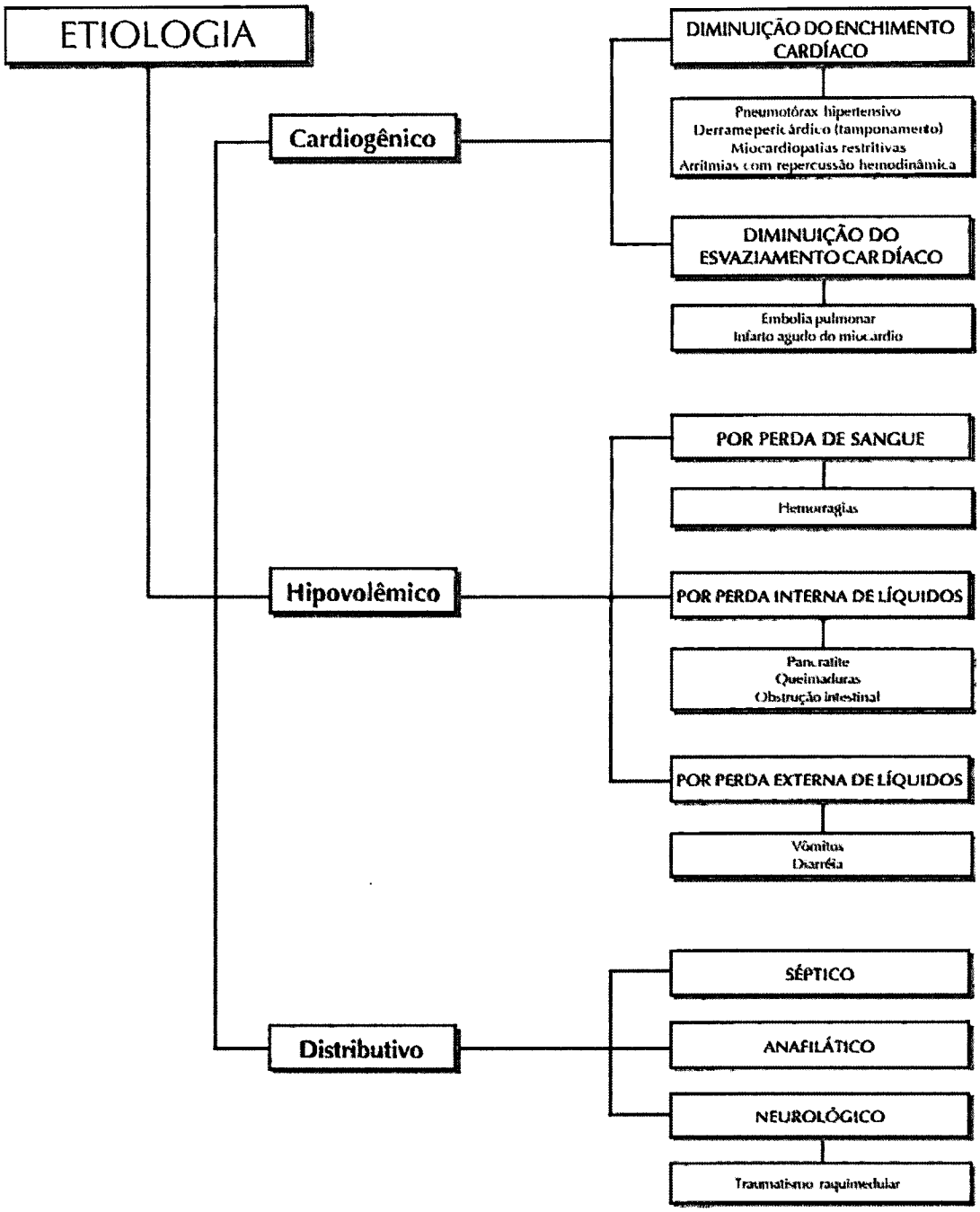
TRATAMENTO

- Dois cateteres (jelco 14 ou 16) em veias periféricas calibrosas
- Cristalóides – Adulto – 3.000ml da solução cristalóide (correr aberto), se necessário infundir mais 3.000ml.
- Crianças – 20 a 40ml/kg da solução cristalóide
- Não melhorou, usar sangue

3- Choque

Choque

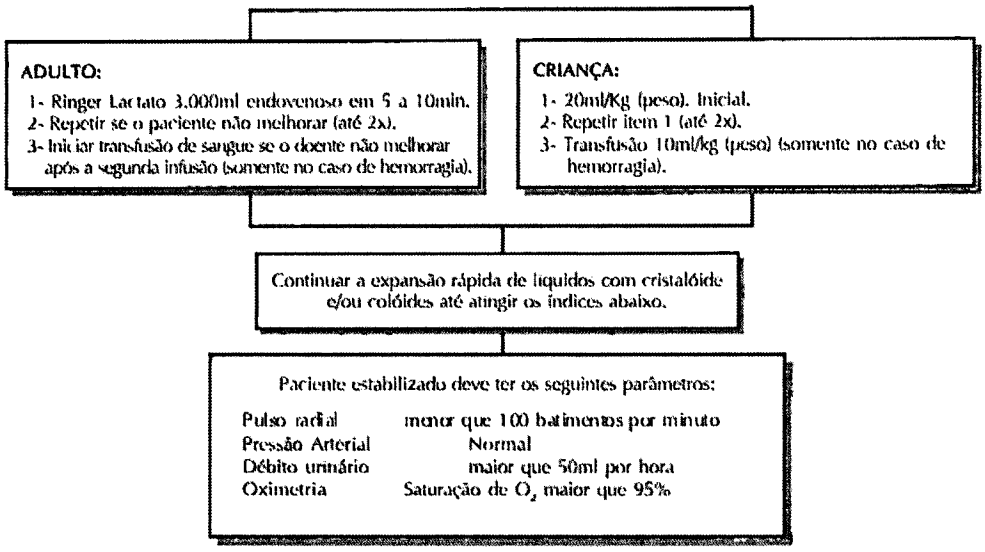
Desequilíbrio entre oferta e consumo de oxigênio em decorrência de má perfusão periférica



4- Choque Hipovolêmico

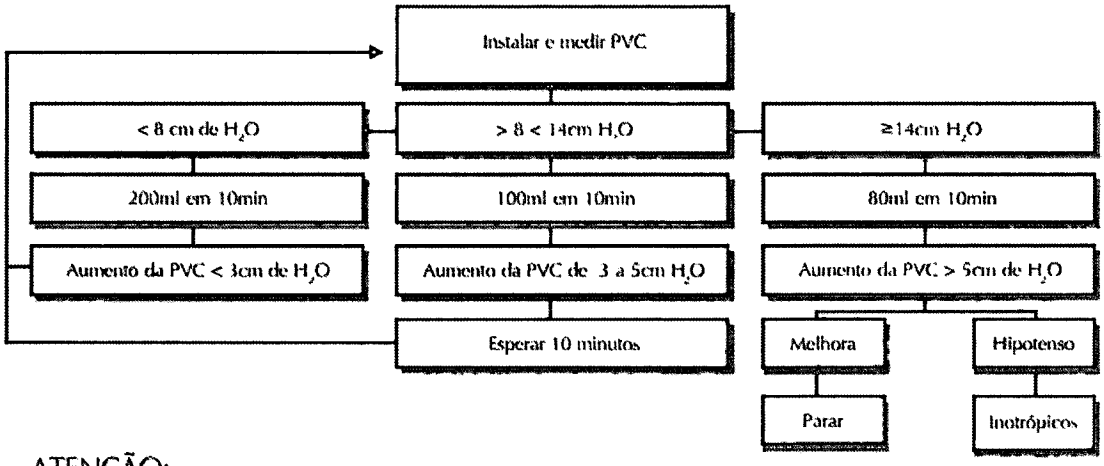
Choque Hipovolêmico

REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO



REPOSIÇÃO DE VOLUME NO PACIENTE CARDIOPATA

Pressão coloidomóstica deve estar normal



ATENÇÃO:

OBSERVAR:

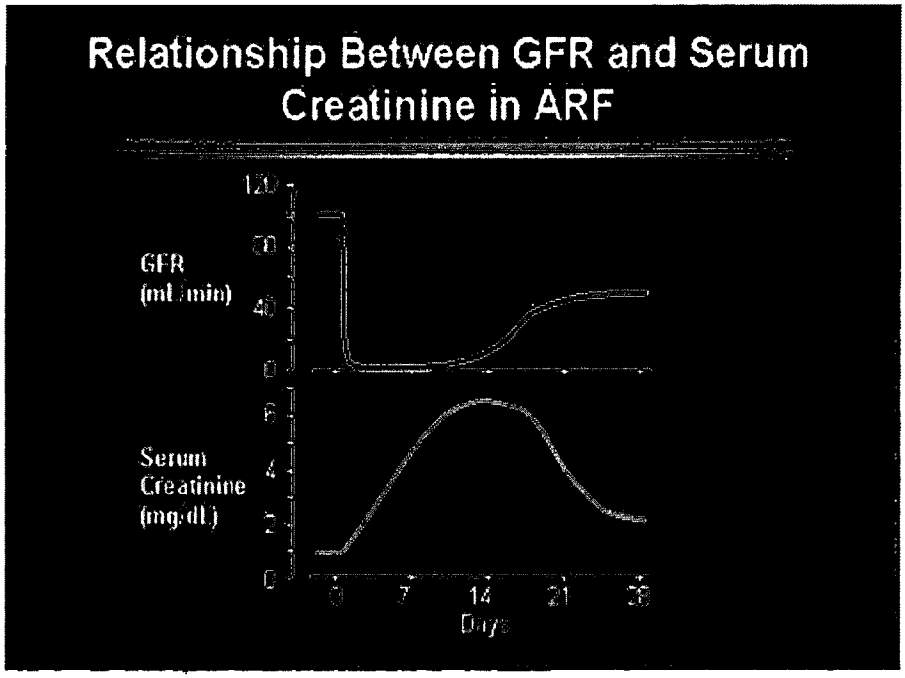
1- Dois (2) acessos venosos periféricos com jelco 14.
2- Pacientes com hipoalbuminemia necessitam albumina humana associada ao cristalóide, desde o início.
3- Pacientes cardiopatas podem necessitar de cardiotônicos.
4- Monitorização da PVC: queimados, sépticos, neurológicos, cardiopatas.
5- Pacientes diabéticos ou com insuficiencia hepática não devem fazer uso de Ringer Lactato.

4- **Protocolo Assistencial de Lesão Renal Aguda**

A Lesão Renal Aguda (LRA) ou Injúria Renal Aguda (IRA) é

tradicionalmente definida como a perda abrupta de função renal que resulta na retenção de uréia e outras escórias nitrogenadas, no desequilíbrio do volume extracelular e da taxa de filtração glomerular. Estima-se que ocorra como complicação em cerca de 5% das hospitalizações e ate 30% das internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Apesar do substancial avanço no entendimento dos mecanismos fisiopatológicos da LRA, bem como no tratamento desta patologia, os Índices de mortalidade ainda continuam excessivamente elevados, em torno de 50%.

Usar a creatinina somente como forma de estimar a função renal incorre em alguns problemas: a creatinina não reflete com precisão a taxa de filtração glomerular em um paciente que não está em estado "compensado". Nas fases iniciais da insuficiência renal aguda a creatinina pode estar baixa e ainda assim termos uma taxa de filtração glomerular reduzida;



Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos randomizados usaram diferentes pontos de corte para quantitativamente definir Injúria renal aguda.

A falta de consenso na definição quantitativa da insuficiência renal aguda tem dificultado a pesquisa sobre o tema uma vez que não ha padronização entre os estudos. Algumas definições empregadas em estudos se mostraram extremamente complexas na gradação da perda de função renal.

A Acute Dialysis Qualitiy Initiative (ADQI) foi criada por um grupo de especialistas em terapia intensiva e nefrologistas para desenvolver um consenso e rotinas baseadas em evidencia para a tratamento e prevenção da insuficiência renal aguda. Ao reconhecer a necessidade de uma definição uniforme injúria renal aguda, a grupo ADQI propôs um consenso de definição

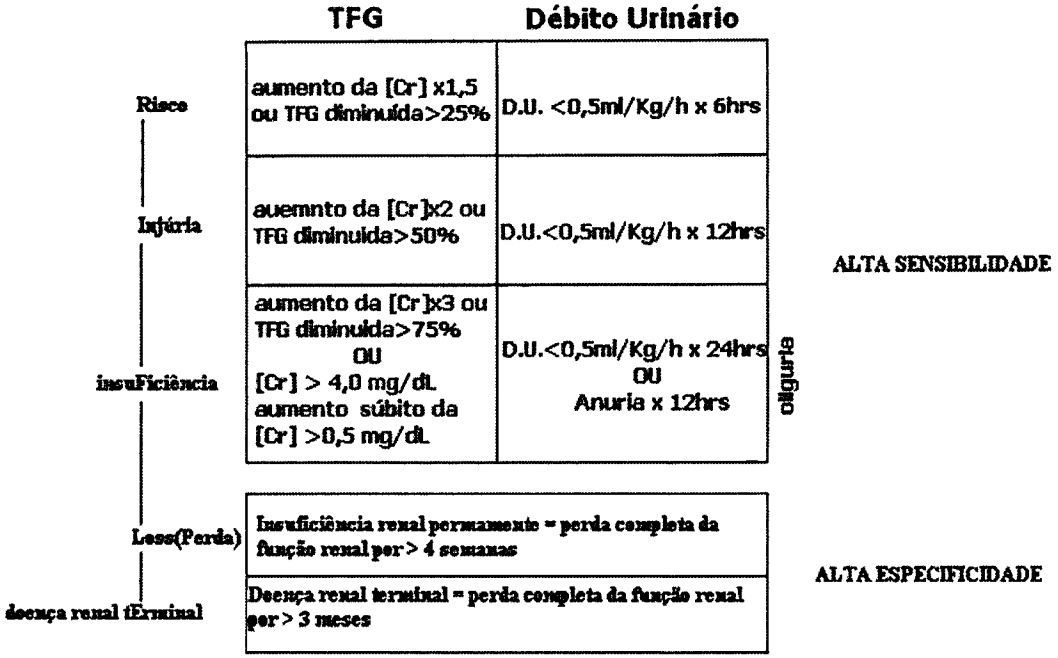
graduada, chamado critérios RIFLE (Critical Care, 2004). Uma modificação nos critérios RIFLE foi posteriormente proposta pelo Acute Kidney Injury Network, que incluía a grupo ADQI bem como representantes de outras sociedades de nefrologia e terapia intensiva;

Por causa dessas iniciativas, a termo Injuria Renal Aguda foi proposto para representar a espectro amplo da insuficiência renal aguda.

5.1 – Os critérios RIFLE

Os critérios RIFLE consistem em três níveis (Risco, Injúria e insuficiência) baseados na magnitude da elevação da creatinina séria e duas medidas de desfecho (Loss/Perda e doença renal Terminal). Os critérios RIFLE são os seguintes:

- Risco: aumento de 1,5x na creatinina sérica ou diminuição de 25% da taxa de filtração glomerular ou débito urinário <0,5ml/Kg por hora par seis horas;
- Injúria: aumento em 2x na creatinina sérica ou diminuição de 50% da taxa de filtração glomerular ou debito urinário <0,5ml/Kg por hora par 12 horas;
- Insuficiência: aumento de 3x na creatinina sérica ou redução de 75% da taxa de filtração glomerular ou redução do débito urinário de <0,5ml/Kg par para par 24 horas, ou anúria par 12 horas;
- Perda: Perda total da função renal (por exemplo, necessidade de diálise) par mais de 04 semanas;
- Doença renal em estágio terminal: Perda total da função renal (por exemplo, necessidade de diálise) par mais de três meses.
- Os critérios RIFLE tiveram correlação com prognóstico em várias estudos. Por exemplo, em uma revisão sistemática de 13 estudos demonstrou um aumento no risco relativo de morte em pacientes que se enquadravam vários estágios de lesão renal aguda. Quando comparados com pacientes que não apresentavam lesão renal aguda, pacientes estratificados pela RIFLE nos estágios de RISCA, injúria e insuficiência tinham um risco relativo aumentado de mortalidade de 2,4 (IC 1,94-2,97%), 4,15 (IC 3,145,48), e 6,37 (IC 5,14-7,9). Apesar da significativa heterogeneidade entre as estudas, os resultados na maioria deles eram similares.



5.2 – Limitações

Existem várias limitações importantes ao uso dos critérios RIFLE:

- O "Risco", "Injúria" e "Insuficiência" são estágios definidos por ou mudanças na creatinina sérica ou débito urinário. Quando se tentou verificar a correspondência entre mudanças nos níveis de creatinina e mudanças no débito urinário para desfechos desfavoráveis em um mesmo paciente, os níveis de creatinina aumentados eram fortes preditores de mortalidade em pacientes em ambiente de CTI, enquanto o débito urinário não conseguia predizer mortalidade de forma independente. Dessa forma, se optar-se pela estratificação de lesão renal aguda dos critérios RIFLE, é importante que o critério mais grave seja usado para definição do estágio.

- Como mencionado anteriormente, a mudança na creatinina sérica não se correlaciona diretamente com mudanças de fato na taxa de filtração glomerular, que altera a designação do paciente a um estágio do RIFLE. Por exemplo, um paciente com uma perda súbita na função renal, em um cenário de injúria renal aguda severa, a creatinina sérica pode subir de 01 para 1,5 mg/dl no dia um, de 1,5 para 2,5 no dia dois, e de 2,5 para 3,5 no dia três. De acordo com o RIFLE, esse paciente passaria de Risco para injúria no dia 02 e para insuficiência no dia 03, apesar da taxa de filtração glomerular ter se mantido sempre abaixo de 10 ml/min no período todo.

- E impossível se calcular a mudança na creatinina em pacientes que se apresentam com injúria renal aguda sem uma medida de base anterior. Os autores dos critérios RIFLE sugerem um cálculo retrospectivo da creatinina de base estimada usando 2se a equação do grupo MDRD, assumindo como taxa de filtração glomerular de base 75 ml/min por 1,73 m2 de superfície corporal. No entanto, esta abordagem não foi plenamente validada.

5.3 – Os Critérios AKIN:

Devido a essas limitações, uma modificação do RIFLE foi proposta pela Acute Kidney Injury Network. O grupo AKIN propõe critérios diagnósticos para injúria renal aguda e um sistema de estadiamento baseado nos critérios RIFLE (5-7). Somado a isso, o termo lesão renal aguda foi proposta para representar o espectro inteiro da insuficiência renal aguda.

5.4 – Critérios Diagnósticos

Os critérios propostos para lesão renal aguda são um aumento abrupto (dentro de 48 horas) no valor da creatinina sérica > 0,3 mg/dl da creatinina de base, um aumento percentual da creatinina sérica de >50% da de base, ou oligúria (<0,5ml/kg por hora por mais de seis horas);

Os outros dois estágios deste escore são idênticos ao estágio Risco do grupo RIFLE. O aumento na creatinina séria de 0,3 mg/dL e baseado no dado epidemiológico que demonstrou um aumento de 80% no risco de mortalidade associado a aumentos na concentração de creatinina sérica tão baixos quanto 0,3 a 0,5mg/dl. Da mesma forma também se observa desfechos piores em pacientes que tem aumento na creatinina sérica em intervalos curtos de tempo, entre 24 e 48 horas;

Duas ressalvas foram propostas pelo grupo AKIN:

- Os critérios diagnósticos só devem ser aplicados após restauração do estado volêmico;
- E necessário excluir obstrução do trato urinário se oligúria foi usada como critério isolado.

Uma falha neste ultimo item é que, de acordo com a definição atual, lesão renal aguda ainda seria usada para descrever pacientes com obstrução aguda do trato urinário e consequentemente um aumento agudo na creatinina sérica. Não está claro se as modificações do grupo AKIN dos critérios RIFLE mudaram substancialmente a classificação dos pacientes com lesão renal aguda ou melhoraram sua habilidade de predizer mortalidade hospitalar.

5.5 – Estadiamento

O estadiamento pelo grupo AKIN compreende três níveis com aumento da severidade, que correspondem ao risco (estágio 01), injuria (estágio 02) e insuficiência (estágio 03) dos critérios RIFLE. Perda e doença renal terminal foram removidos do sistema de estadiamento e foram definidos como desfechos. A aplicabilidade clinica desses escores ainda é incerta, mas seguramente ajuda na roteirização de pontos de corte para critérios de inclusão e desfechos em ensaios clínicos randomizados.

S	Creatinina Sérica	Débito Urinário
1	Aumento da [CR] ≥ 0,3/dl ou aumento da [CR] de base ≥ 150 a 200%	Menos de 0,5ml/kg/h por mais de 6hrs
2	Aumento da [CR] de base de 200 a 300% da de base	Menos de 0,5ml/kg/h por mais de 12hrs
3	Aumento da [CR] de base > 300% ou [CR] ≥ 4,0mg/dl	Menos de 0,5ml/kg/h por 24hrs ou Anuria por 24hrs

6 – Causas de injúria Renal Aguda

As causas de injúria renal aguda são tradicionalmente classificadas em Extra Renal (pré-renal e pós-renal) e Renal. Esta ultima pode ser causada por qualquer processo que interfira com as estruturas/compartimentos do rim (tubular, glomerular, vasos). Identificar causas pré-renais (perfusão renal prejudicada) e pós-renais (obstrutivas) é particularmente importante, pois são causas rapidamente reversíveis.

6.1 – Causa Extra Renal:

6.1.1- Injúria Renal Aguda Pré-Renal

As duas principais causas de perfusão renal diminuída são depleção de volume e/ou hipotensão relativa. Isso pode resultar de hipotensão verdadeira ou sangramento, perdas cutâneas, gastrointestinais ou urinárias, ou por perda de volume efetivo na insuficiência cardíaca, choque, ou cirrose.

A insuficiência renal aguda pré-renal está associada com tempo de doença geralmente breve. A não intervenção rápida poderá levar a dano isquêmico tubular e evolução para Necrose Tubular Aguda. O tratamento é feito com reposição de volume e outras medidas que possam melhorar o débito cardíaco e perfusão periférica quando necessários.

Entre as causa de redução da perfusão renal está também a síndrome compartimental abdominal, conceituada como dano orgânico isquêmico associado a hipertensão intra abdominal (frequentemente com PIA >25mmHg, mas podendo ocorrer também com PIA 15 a 25). Ocorre em pacientes críticos, com antecedente de vigorosa reposição volêmica, ascite volumosa, severa

distensão de alças intestinais como na pancreatite aguda, insuficiência hepática, pós-operatórios de cirurgia abdominal, politraumas, dentre outras. A injúria renal ocorre por aumento da resistência venosa causada pela compressão externa e vasoconstrição arterial secundária a estimulo simpático e ativação do sistema renina-angiotensina. O Tratamento é reduzir PIA com paracentese, laparotomia e colocação de telas na parede, por exemplo.

Outra situação que pode desencadear má perfusão renal são doenças que comprometem o fluxo artéria renal como dissecção aórtica com comprometimento do óstio da artéria renal.

6.1.2- Injúria Renal Aguda Pós-Renal

Obstrução ao fluxo urinário pode ocorrer em qualquer parte da pelve renal a uretra. O desenvolvimento de insuficiência renal em pacientes sem doença renal intrínseca requer obstrução bilateral (ou unilateral com um rim único funcionante) e ocorre mais comumente por doença prostática (hiperplasia ou adenocarcinoma) e carcinoma de colo uterino.

6.2 – Causa Renal:

6.2.1- Doença Glomerular

Várias Glomerulopatias (idiopáticas ou secundárias) podem manifestar-se com injúria Renal Aguda, associado a quadra nefrítico e/ou nefrótico. Os marcadores de doença glomerular geralmente estão presentes: Hipertensão, retenção de volume, proteinúria importante, presença de hemácias dismórficas. Deve-se sempre investigar causas infecciosas, colagenoses e associação com outros comprometimentos sistêmicos (serosites, manifestações cutâneas, pulmonares, sopros cardíacos).

O tratamento é o da doença básica quando houver, ou imunossupressão nos casos idiopáticos.

6.2.2- Doença Tubular

A desordem tubular mais é a necrose tubular aguda que pode ser de causa isquêmica (choque), drogas (aminoglicosídeos, anfotericina, contraste iodado), precipitação na luz tubular de proteínas (radomiólise, hemoglobinúria, mieloma múltiplo), toxinas exógenas. Outra patologia é a doença túbulo intersticial aguda causada par uma série de drogas desencadeando um processo inflamatório tubulointersticial frequentemente acompanhado de manifestação cutânea tipo farmacodermia, eosinofilia e febre.

O principal tratamento é manter a volemia e afastar os fatores causais.

6.3- Fatores de Risco para Injúria Renal Aguda

- Perdas de volume
- Infecções sistêmicas
- Idosos
- Insuficiência cardíaca
- Nível de consciência rebaixado
- Icterícia
- Diabete mellitus
- Doença renal crônica
- Uso de drogas nefrotóxicas
- Exames radiológicos contrastados
- Pós-operatório
- Neoplasias

- Lesões vasculares periféricas
- Politrauma

6.4 – Frequência Relativa:

Existem dados limitados na literatura sobre a frequência relativa dos diferentes tipos de lesão renal aguda (Lameire et al, Lancet 2005). Dessa forma, a sua distribuição deve variar conforme o tipo de hospital (comunidade VS referência) e população.

Um estudo epidemiológico de Madrid, por exemplo, avaliou todos os 748 casos de insuficiência renal aguda de 13 hospitais terciários. As causas mais frequentes foram:

- Necrose Tubular Aguda - 45%
- Pré-renal - 21%
- Doença renal crônica agudizada - 13%
- Obstrução de trato urinário (homens com prostatismo) - 10%
- Glomerulonefrites ou vasculites - 04%
- Nefrite intersticial aguda - 02%
- Ateroembolia - 01 %

Dados do Program to Improve Care in Acute Renal Disease (PICARD) examinaram a etiologia da insuficiência renal aguda em 618 pacientes tratados em unidades de terapia intensiva nos Estados Unidos (Kidney Internacional, 2004). Mais de 70% dos casos foram relacionados com necrose tubular aguda (incluindo sepse e hipotensão), insuficiência renal aguda pré-renal (hipovolemia, hemorragia), nefrotoxicidade (nefropatia por contraste, rabdomiálise), insuficiência renal aguda com insuficiência cardíaca (insuficiência cardíaca descompensada, choque cardiogênico), doença renal aguda com doença hepática (síndrome hepato-renal, cirrose) e outros.

A incidência também varia consideravelmente pela falta de rotina na definição onde doença renal aguda.

6.5- Classificação CID 10

N 17.9

7 – Diagnóstico Clínico e Laboratorial

7.1 – Injúrias Renais Agudas Pré-Renal

Aproximadamente 70 a 75% dos casos de lesão renal aguda no hospital são devidos a doença pré-renal (no qual a perfusão renal diminuída é responsável

pela disfunção renal) e necrose tubular aguda (Nolan et al, Journal of the American Society of Nephrology, 1998).

Uma anamnese detalhada e um exame físico cuidadoso conseguem na maioria das vezes identificarem eventos e/ou processos subjacentes a doença renal pré-renal, sugerindo o diagnóstico:

- História de vômito, diarreia, hemorragia, sepse e/ou diminuição da ingesta via oral resultando em hipovolemia, associada com diminuição do

débito urinário, sugerem lesão renal aguda por mecanismo pré-renal ou necrose tubular aguda isquêmica;

• Achados de exame físico que incluem taquicardia, mucosas secas, olhos profundos, hipotensão postural e turgor de pele diminuído também sugerem hipovolemia, resultando de lesão renal aguda por mecanismo pré-renal.

Investigação laboratorial demonstra uma urina concentrada, proteinúria ausente ou discretamente alterada, sedimento urinário normal e Fração de excreção de sódio (FeNA) tipicamente menor que 1% (FENa= [(UNa X PCr) / PNa X UCr)] x 100).

Se não houver contraindicação, o paciente com história clinica sugestiva de perda volêmica, como vômitos e diarreia, e um exame físico compatível com hipovolemia (hipotensão e taquicardia) e/ou oligúria deve ser otimizada a hidratação com solução fisiológica. Este "desafio hídrico" está contraindicado em pacientes com sobrecarga volêmica evidente ou insuficiência cardíaca descompensada. O padrão ouro para se distinguir doença pré-renal por depleção de volume da necrose tubular aguda é a resposta a reposição volêmica: melhoria da função renal aos níveis de base dentro de 24-72 horas fala a favor de doença renal pré-renal, enquanto perda de função renal persistente, afastado outras causas de injuria renal, sugere necrose tubular aguda.

7.2 – Injúria Renal Aguda Pós-Renal

A suspeita diagnóstica é feita em pacientes masculinos acima de 65 anos, com sintomas urinários baixos (disúria, redução do jato urinário, polaciúria) e mulheres sem acompanhamento ginecológico com sangramento ginecológico continuado.

Ao exame físico devemos avaliar o abdomem para pesquisa de massas, bexiga palpável, toque vaginal nas mulheres com sintomas ginecológicos baixos.

O diagnóstico é confirmado por exame de imagem (USom ou CT sem contraste) que evidencia obstrução do trato urinário.

O tratamento é desobstrução do trato urinário o mais breve possível.

7.3 – Injúria Renal Aguda

A investigação sempre deve iniciar afastando causas pré e pós-renal.

Na anamnese deve ser cuidadosa na investigação de sintomas prévios ou concomitantes extrarrenais, cronologia dos mesmos, uso de medicamentos, exposição a agentes tóxicos, acidentes com animais peçonhentos, antecedentes familiares. O exame físico deve ser completo, a investigação laboratorial deve compreender a pesquisa de marcadores de doença glomerular ou microangiopatias (proteinúria importante, hematúria com

dismorfismo eritrocitário), doenças autoimunes (FAN, Complemento 03 e C4, ANCA, Anticorpo anti GBM), pesquisa de substâncias tóxicas ara o túbulo renal (CK, hemoglobinúria, ácido úrico, lítio, aminoglicosídeo), e pesquisa de vasculopatia trombótica (hemograma completo; prova de coagulação).

8 – Prevenção:

Identificar grupos de risco;

Manter otimizada a hidratação;

Evitar ao máximo uso de drogas;

Monitorizar creatinina sérica e volume urinário visando diagnóstico e manejo precoce.

9 – Tratamento de Suporte:

Válido para qualquer etiologia da Injúria Renal Aguda e deve ser mantido ate resolução total do quadro.

- Manter otimizada a hidratação;
- Diuréticos: somente em situações de hipervolemia inequívoca; furosemide IV em dose alta (intermitente ou continuo);
- Melhorar perfusão periférica e ou débito cardíaco: sepses, insuficiência cardíaca grave;
- Bicarbonato de sódio IV ou VO para correção da acidose metabólica, afastada acidose lática. Manter bicarbonato em tomb de 20. Cuidar nos estados de hipervolemia;
- Controle da hiperpotassemia (K>6.0 mEq/l): restrição K, Glico-Insulina, Beta 2 adrenérgicos, resinas de trocas iônicas (Sorcal).

10 – Terapia de Substituição de Função Renal:

Indicações:

- Hipervolemia não controlada
- Acidose metabólica não controlada
- Hiperpotassemia não controlada, com manifestações ECG
- Manifestações neurológicas sem outra causa determinada.
- Atrito pericárdico
- Intoxicações exógenas por substâncias dialisáveis
- Hiponatremia sintomática
- Níveis de ureia/creatinina> 150/2,5 (critério relativo)

11 – Critério de Alta

Após resolução do fator causal, recuperação do controle hidroeletrolítico e ácido básico, recuperação do clearance de creatinina a níveis estáveis e tolerados sem suporte dialítico.

11.1 – Contra Referência/Retorno ao Ambulatório

Encaminhar ao ambulatório de Nefrologia ou Medicina Interna

conforme aplicabilidade.

Referência a Unidade Básica de Saúde mais próxima de seu domicílio.

12 – Referências Bibliográficas

Mehta, RL, Chertow, GM. Acute renal failure definitions and classification: time for change?. J Am Soc Nephrol 2003; 14:2178.

Hou, SH, Bushinsky, DA, Wish, JB, et al. Hospital-acquired renal insufficiency: Aprospective study. Am J Med 1983; 74:243.

Ronco, C, Kellum, JA, Mehta, R. Acute dialysis quality initiative (ADQI). Nephrol Dial Transplant 2001; 16:1555.

Bellomo, R, Ronco, C, Kellum, JA, et al. Acute renal failure - definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. Crit Care 2004; 8:R204.

Mehta, RL, Kellum, JA, Shah, SV, et al. Acute kidney injury network: Report of an initiative to improve outcomes in acute kidney injury. Crit Care 2007; 11:R31.

Levin, A, Warnock, DG, Mehta, RL, et al. Improving outcomes from acute kidney injury: report of an initiative. Am J Kidney Dis 2007; 50:1.

Molitoris, BA, Levin, A, Warnock, DG, et al. Improving outcomes from acute kidney injury. J Am Soc Nephrol 2007; 18:1992.

Ali, T, Khan, I, Simpson, W, et al. Incidence and outcomes in acute kidney injury: A comprehensive population-based study. J Am Soc Nephrol 2007; 18:1292.

Uchino, S, Bellomo, R, Goldsmith, D, et al. An assessment of the RIFLE criteria for acute renal failure in hospitalized patients. Crit Care Med 2006; 34:1913.

Hoste, EA, Clermont, G, Kersten, A, et al. RIFLE criteria for acute kidney injury are associated with hospital mortality in critically ill patients: a cohort analysis. Crit Care 2006; 10:R73.

EMERGÊNCIAS ENDÓCRINAS – I

Insuficiência Suprarrenal Aguda (Adultos)

Independentemente de sua etiologia, a insuficiência suprarrenal é uma situação clínica potencialmente letal, que precisa de um alto grau de suspeição para o diagnostico. Devemos destacar a insuficiência suprarrenal primária crônica agudizada (paciente sem diagnóstico em situação de estresse ou diagnosticado, mas mal orientado quanto a sua conduta nessas circunstâncias) e a hemorragia suprarrenal bilateral volumosa (complicação de várias enfermidades críticas). Destaque igualmente importante deve ser dado

à insuficiência suprarrenal secundária, devido ao uso crônico de corticosteroides, cada dia mais frequente.

A necessidade de tratar agressivamente o paciente, assim que se suspeita pela primeira vez do diagnostico, torna importante integrar os procedimentos terapêuticos e diagnósticos com um objetivo duplo. Em primeiro lugar, a vida do paciente não deve correr riscos enquanto se aguardam resultados de testes de confirmação. O tratamento também não deve interferir na confirmação hormonal do diagnostico.

Etapas básicas para o manejo da insuficiência suprarrenal aguda na emergência:

1- Identificar pacientes de risco potencial para a complicação:

- Pacientes já em uso de doses de reposição ou em terapia prolongada com corticosteroides (mesmo já suspensas a até um ano antes do intercurso atual) em estresse;
- Doença tromboembólica em anticoagulação, pós-operatório com coagulopatia espontânea ou iatrogênica (cirurgia do coração aberto, substituído de articulação por prótese ou cirurgia vascular), infecções graves, gestantes em estresse ou toxemia, grandes queimados.

2- Identificar sinais e sintomas de comprometimento suprarrenal agudo (muitas vezes similares aos das doenças criticas de base):

- Dor torácica ou abdominal, febre, hipotensão, fraqueza progressiva, náuseas, vômitos, letargia, confusão, torpor, aumento progressivo da uréia e K, queda na Hb/Ht, Na e HCO3-;
- Hipotensão catastrófica;
- Ausência de resposta da PA a reanimação convencional.

3- Confirmação diagnostica:

- Dosar a cortisolemia e nível de sódio (uma clínica dosagem de cortisolemia é um ótimo discriminante entre insuficiência suprarrenal e outras causas de choque);
- Teste de estimulação rápida com ACTH (quando a PA estiver estável): administra-se 250 microgramas (25UI) de cortrosyn EV, com amostras de cortisol com 0 e 30 minutos. Sendo considerada resposta normal uma elevação de 07 microgramas/dl e um pico de pelo menos 20 microgramas/dl;
- Confirmação com IC suprarrenal (particularmente na hemorragia suprarrenal bilateral, com atenção especial para não perder o diagnóstico por cortes amplamente espaçados).

4- Terapia imediata:

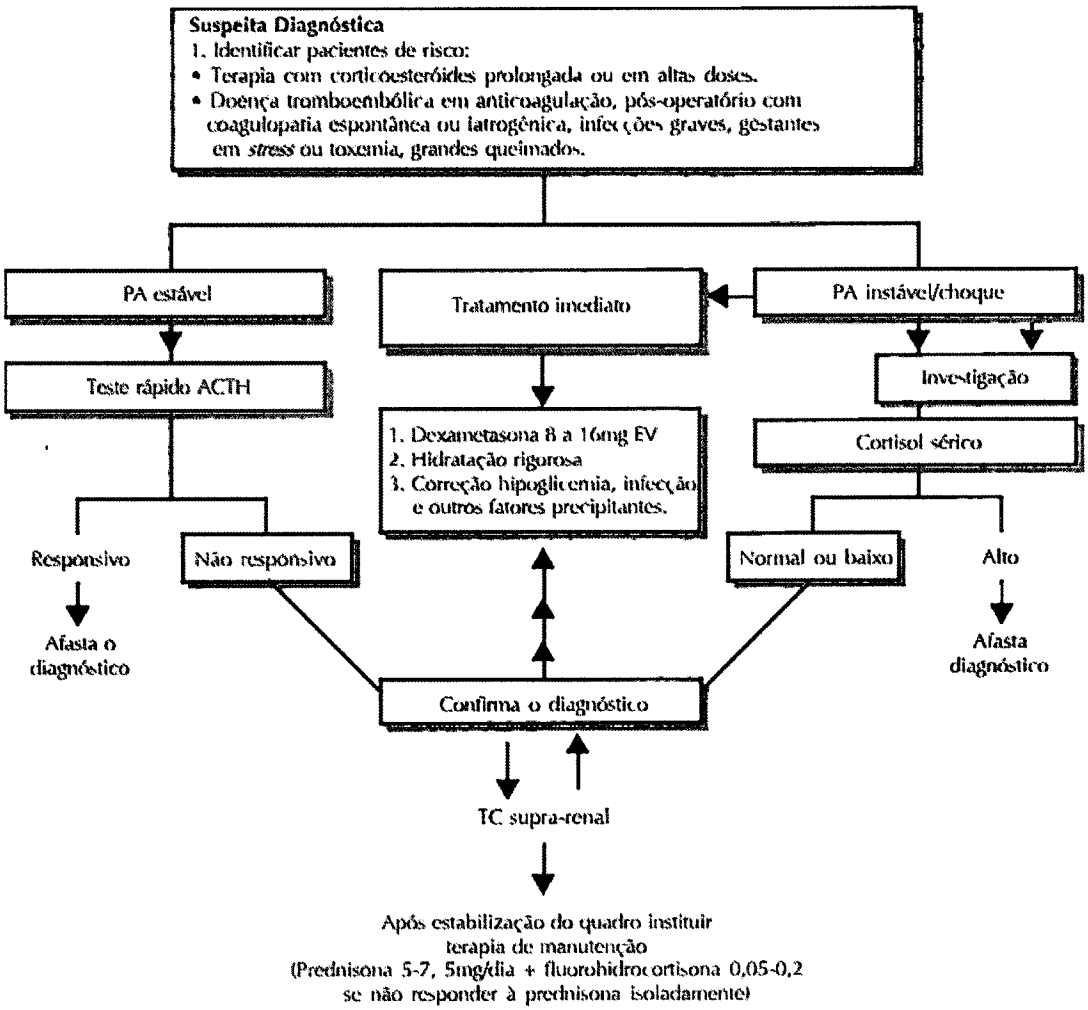
- Administrar urgentemente esteroides (inicialmente preferir dexametasona 8-16 mg EV, por não interferir nos ensaios laboratoriais para o diagnóstico e, após serem colhidos, realizar o teste de estimulo rápido com ACTH; substituí-la por hidrocortisona 100mg EV de 6/6 h, de acordo com a

evolução do paciente);

- Hidratação intravenosa vigorosa, com correção de depleção de volume e possível hipoglicemia;
- Avaliação e correção de infecções intercorrentes ou outros fatores precipitantes.

Emergências Endócrinas – II

Insuficiência Supra-Renal Aguda (Algoritmo)



Cetoacidose Diabética - I

(SE APRESENTAR INSUFICIÊNCIA RENAL, SEGUIR CETOACITOSE/SINDROME HIPEROSMOLAR EM PACIENTES COM IRC)

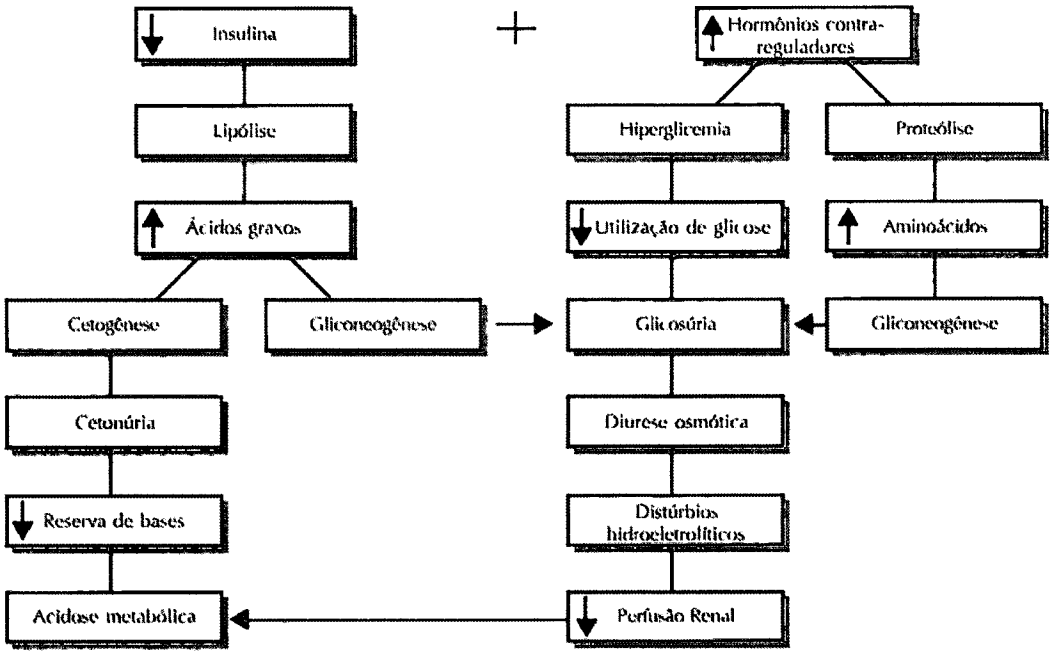
CONCEITO:

Distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia (glicemia acima de 250mg/dl), cetose (corpos cetônicos positivos em diluição 1:2) e acidose metabólica (pH abaixo de 7,3 e ou bicarbonato sérico menor que 15mEq/l).

FATORES DESENCADEANTES:

Stress, infecções, cirurgias, drogas, gestação, subinsulinização, diabetes recém-diagnosticado.

PATOGENIA:



DIAGNÓSTICO:

Clínico: história de poliúria, perda ponderal, náuseas, vômitos, dor abdominal, diarréia.
Avaliar permeabilidade de vias aéreas, nível de consciência, dados vitais, grau de desidratação, ritmo cardíaco, respiração de Kussmaul, hálito cetônico, perfusão periférica, sinais de infecção (exame de genitália e região anal).

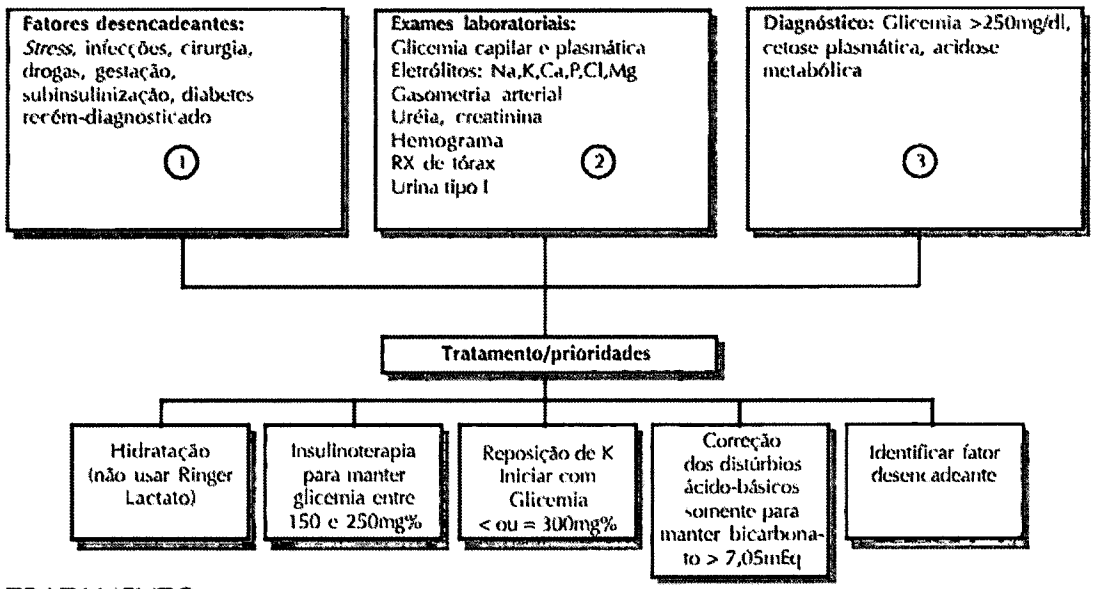
Laboratorial: solicitar glicemia capilar e plasmática, eletrólitos (sódio, potássio, cálcio, fosfatos, cloretos, magnésio sérico), gasometria arterial, uréia, creatinina, rastreamento de infecção (hemograma, culturas e RX de tórax), sumário de urina.

Obs.: o sódio sérico deverá ser corrigido acrescentando-se 1,6mEq para cada 100mg de glicemia acima de 100mg/dl.
A creatinina sérica sofre interferência dos ceto-ácidos e a sua elevação pode não corresponder fidedignamente à função renal do paciente.
Os sinais de desidratação costumam ser minimizados em virtude de tratar-se de desidratação hipertônica,mas a mesma é grave na grande maioria dos casos.
A amilase sérica poderá estar elevada sem que haja envolvimento pancreático.

TRATAMENTO:

1. Identificar fator desencadeante
2. Hidratação
3. Insulinoterapia
4. Reposição eletrolítica
5. Correção dos distúrbios ácido-básicos

Cetoacidose Diabética - II



TRATAMENTO

HIDRATAÇÃO:

1. **Fase de Reparação:** com choque: ver algoritmo de choque
   sem choque: 20ml/kg SF 0,9% em 2 horas

Crianças:

2. **Fase de Reposição:** 100ml/kg SF 0,9%(caso glicemia > 250mg/dl) em 6-8h
   solução 1:1(caso glicemia < 250mg/dl)
   solução 0,45%(caso sódio sérico > 140mEq/l)
3. **Fase de Manutenção:** até 10kg 100ml/kg – solução 1:4 em 24 horas
   10 – 20kg – 1.000ml + 50ml/kg acima de 10
   Acima de 20kg – 1.500ml + 20ml/kg acima de 20
   Obs.: não ultrapassar o volume de 4l/m²/dia
   Adicionar glicose à solução quando a glicemia <250mg/dl.

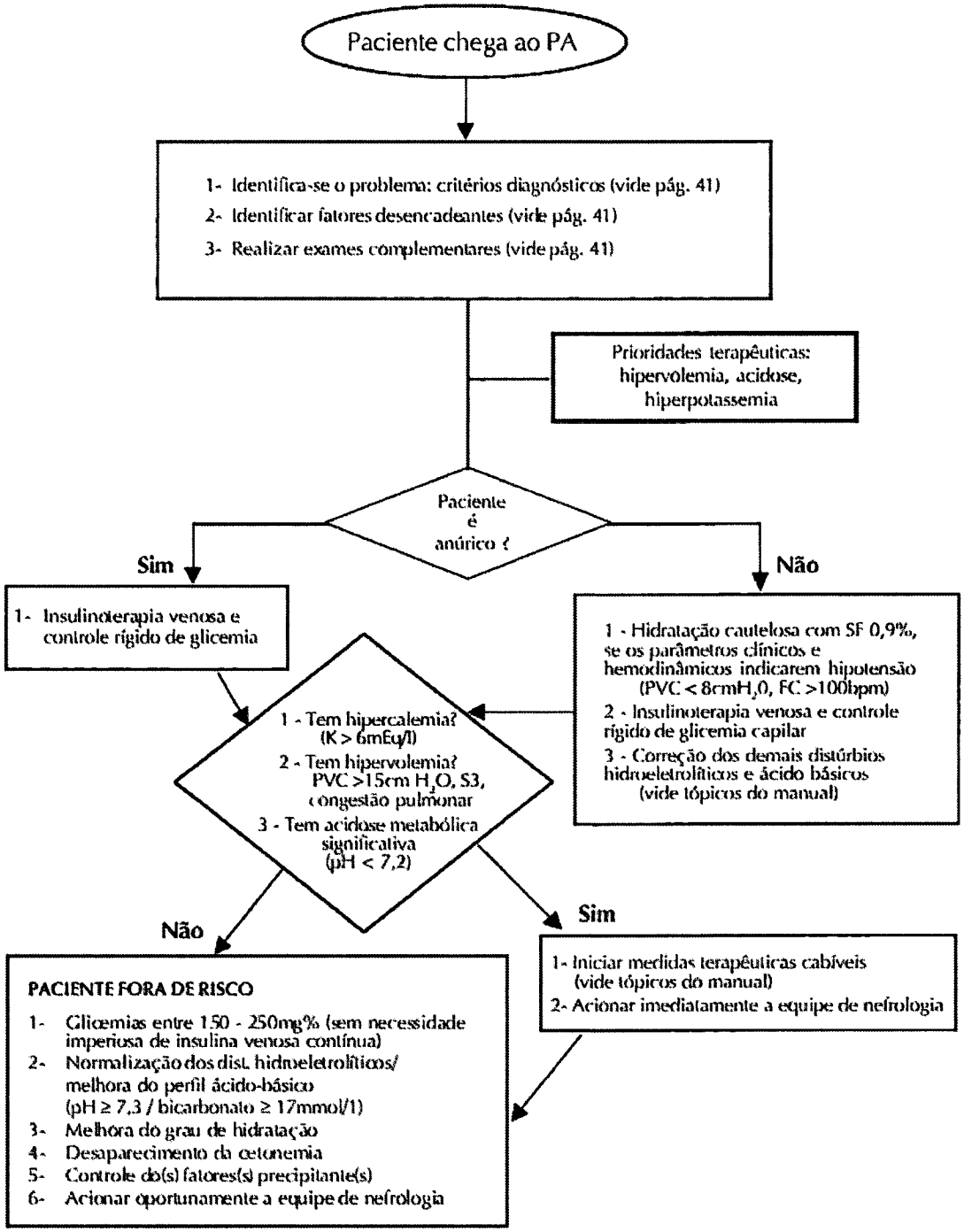
INSULINOTERAPIA:

Insulina regular
Via de administração:
Crianças:
- **Intravenosa contínua:** 0,1U/kg/h
- **Subcutânea:** 0,1-0,2U/kg de 1 em 1 hora até glicemia < 300mg/dl. Só iniciar administração após 2 horas de hidratação

Obs.: quando modificação de via EV para SC deve-se administrar uma dose de insulina SC e aguardar 30min para suspender administração EV.
Após o paciente encontrar-se mais hidratado e menos acidótico a insulina é modificada para 4/4hor SC na dose 0.250.4U/kg/dose. Insulina de ação intermediária só após resolução CAD e aceitação de dieta oral. Dose: 0,5U/kg/dia.

Insulina regular
Adultos:
- Só iniciar após ressuscitação
- 10 UI de insulina regular EV
- Repetir a glicemia com uma hora
- Se glicemia > 400 mg%, fazer 10 UI de insulina regular EV e aguardar novamente uma hora
- Repetir glicemia > 400 mg% mais 10 UI de insulina regular EV e assim sucessivamente.
- Em qualquer uma das dosagens, se a glicemia estiver entre 300 e 400mg%, fazer 8 UI subcutânea.
- Quando a glicemia < 250 mg%, iniciar solução polarizante.

Cetoacitose/Síndrome Hiperosmolar em Pacientes com IRC



Pancreatite Aguda - I

EXAMES	TRATAMENTO
Hemograma	Repouso absoluto
Uréia/Creatinina	Dieta zero
Sódio/Potássio	Sonda nasogástrica em caso de distensão abdominal ou vômitos
Glicemia	Sedar a dor
Transaminases	Tratamento de alterações hidroeletrolíticas
Fosfatase alcalina	Inibidores da bomba de prótons
Cálcio	Tratamento do choque ou hipovolemia com cristaloides
	Observar débito urinário e PVC
Proteínas totais e frações	Identificar e tratar a hipovolemia
LDH	Identificar e tratar a oligúria
Amilase	Antibióticos*
Gasometrial arterial	

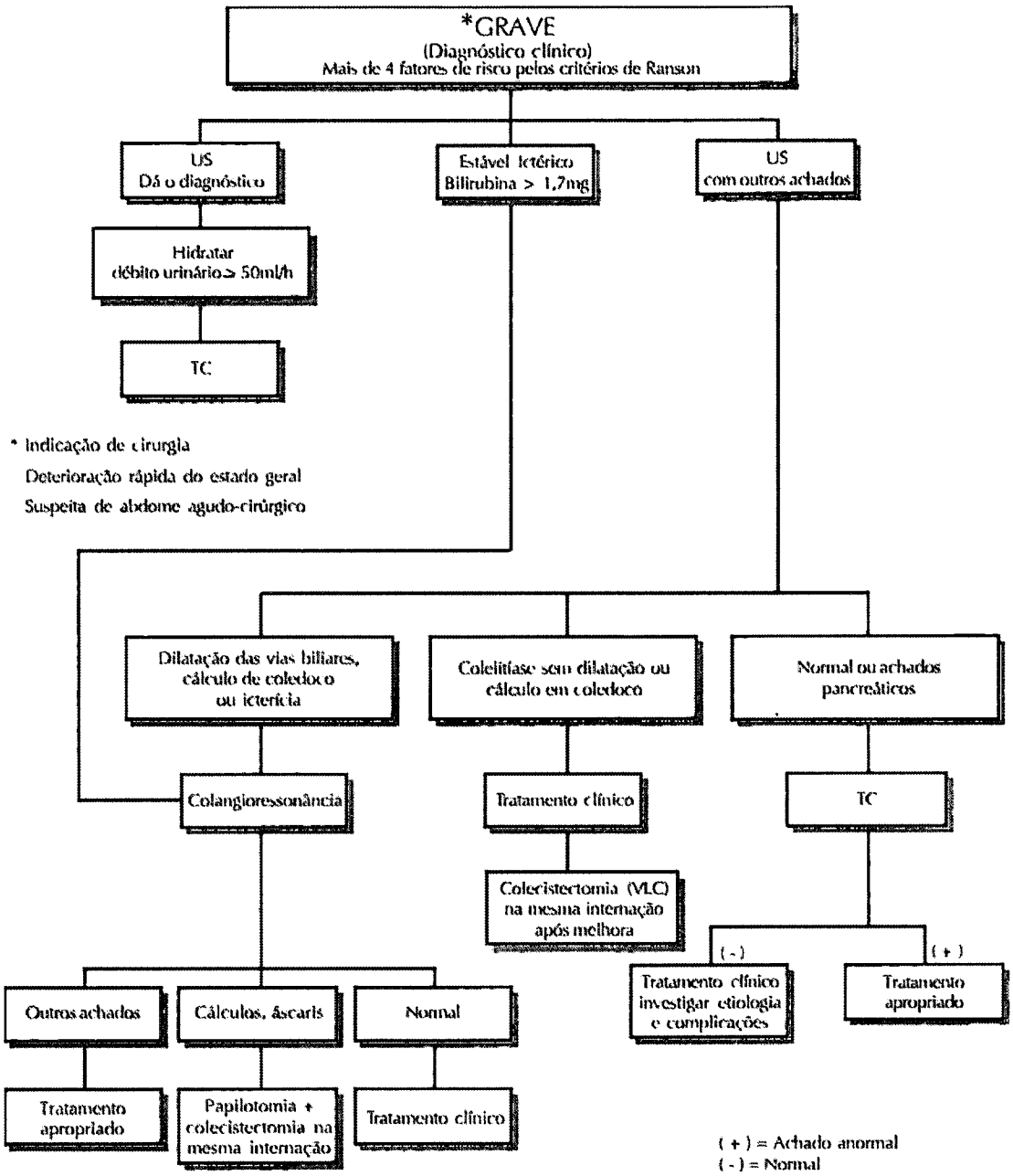
CRITÉRIOS DE RANSON E COLS (1974,1981)*	
PANCREATITE NÃO-BILIAR	PANCREATITE BILIAR
À admissão	À admissão
1. Idade > 55 anos	1. Idade > 70 anos
2. Número de leucócitos > 16.000mm³	2. Número de leucócitos > 18.000mm³
3. Glicose > 200mg/dl	3. Glicose > 220mg/dl
4. TGO > 250UI/L	4. TGO > 250UI/L
5. LDH > 350UI/L	5. LDH > 250UI/L
Durante as 48 horas iniciais	Durante as 48 horas iniciais
6. Queda maior que 10% no hematócrito	6. Queda maior que 10% no hematócrito
7. Aumento no BUN > 5mg/dl	7. Aumento do BUN > 2mg/dl
8. Cálcio sérico < 8mg/dl	8. Cálcio sérico < 8mg/dl
9. PaO_2 < 60mmHg	9. Déficit de base > 5mEq/L
10. Déficit de base > 4mEq/L	10. Sequestração hídrica > 4 litros
11. Sequestração hídrica > 6 litros	

Letalidade – < 3 sinais – 0,9%; 3-4 sinais – 16%; 5-6 sinais – 40%; > 6 sinais – 100%.

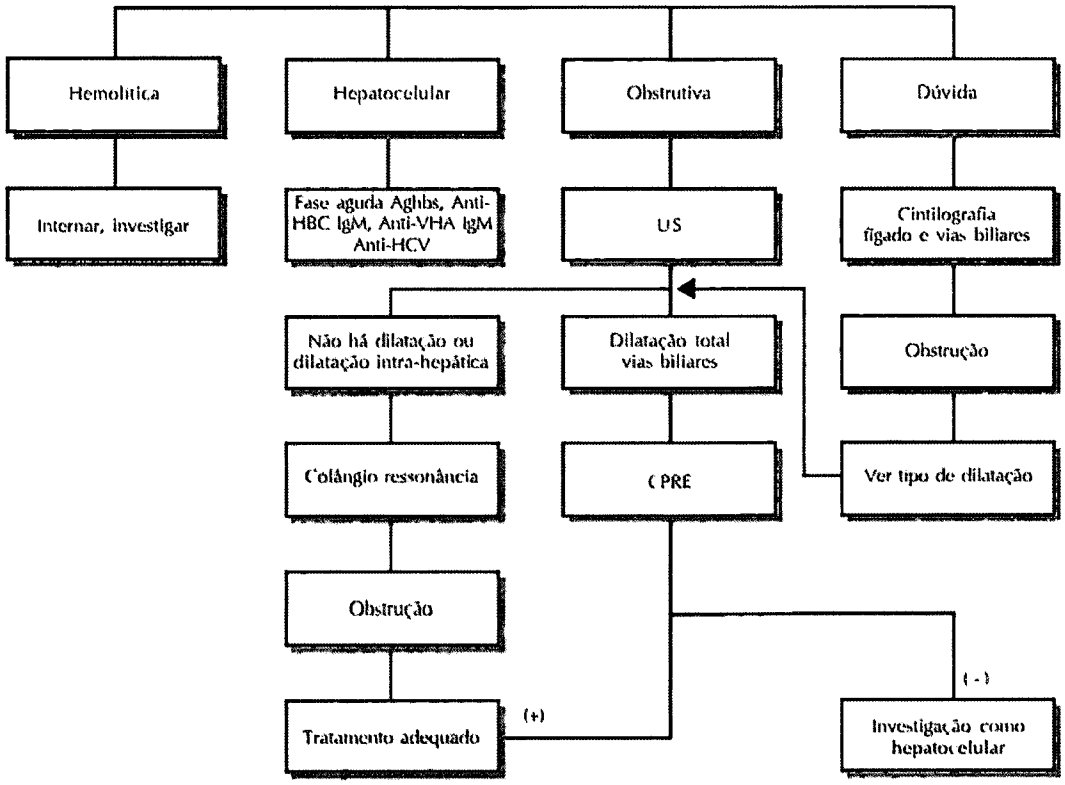
PANCREATITE AGUDA GRAVE (Insuficiência de Órgãos e Sistemas)	
ÓRGÃOS/SISTEMAS	DADOS QUE CARACTERIZAM A INSUFICIÊNCIA
Cardiovascular	PAM ≤ 50mmHg ou PAM ≥ 100mmHg com hidratação IV e droga vasoativa. FC ≤ 50bpm. Taquicardia ventricular/ fibrilação. PCR. IAM.
Pulmonar	Ventilação mecânica ≥ 3 dias com FIO_2 > 40% e/ou PEEP > 5cm H_2O.
Renal	Creatinina ≥ 3,5mg/dl. Diálise/Ultrafiltração.
Neurológico	Glasgow ≤ 6 (sem sedação).
Hematológico	Hematócrito ≤ 20%. Leucócitos ≤ 3.000. Plaquetas ≤ 50.000. CIVD.
Hepático	BT ≥ 3,0mg/dl, na ausência de hemólise. TGP > 100UL.
Gastrointestinal	LAMG com necessidade de transfusão de mais que duas unidades por 24 horas. Colecistite alitiásica. Enterocolite necrotizante. Perfurações intestinais.

ANTIBIÓTICOS:
*Casos muito graves.
*Suspeita de infecções.
*Colangite ou colecistite.
*Pancreatite de etiologia biliar.

Pancreatite Aguda - II



Icterícia



(+) = Achado anormal
(-) = Normal

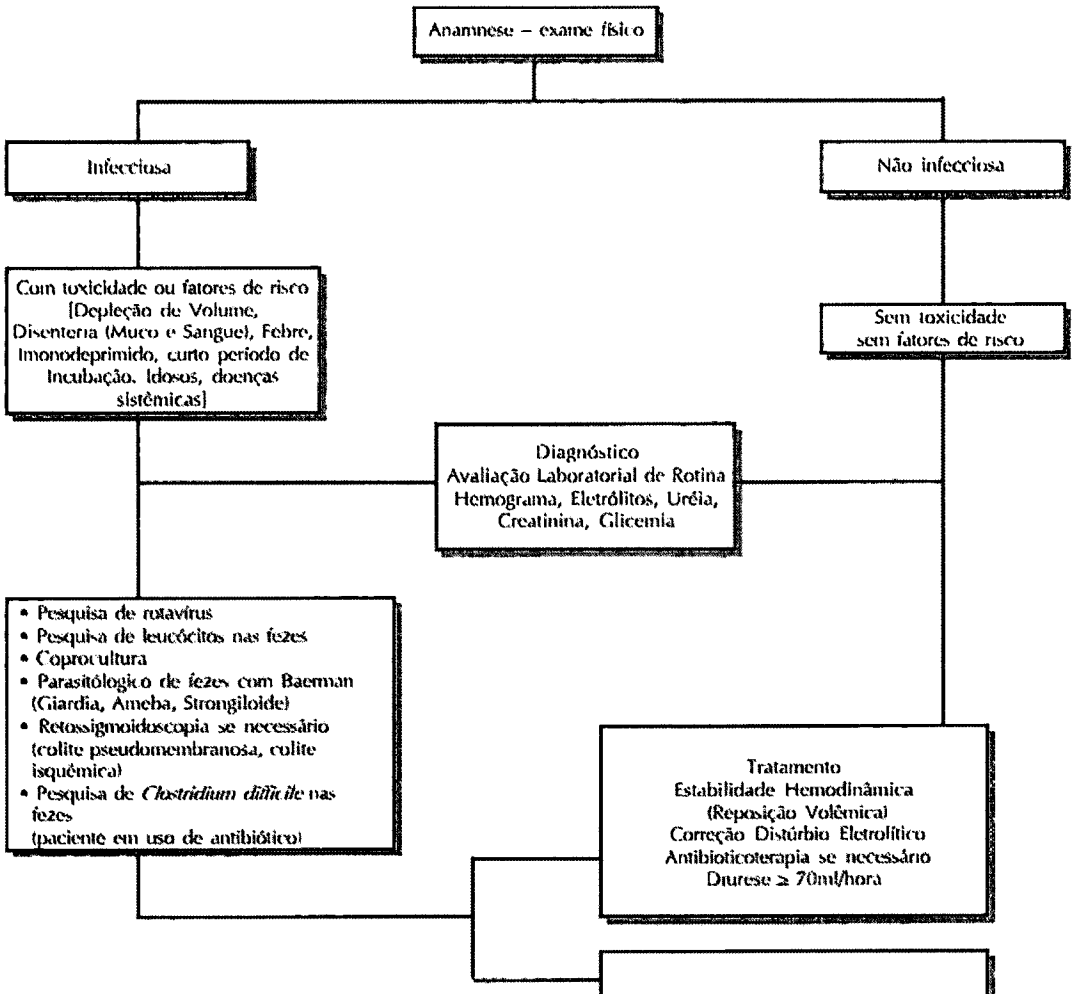
EXAMES

- RX de tórax
- RX de abdome, deitado e em pé
- Sumário de urina
- Amilase
- Tempo de protrombina
- Transaminases, Gama GT
- Proteínas totais e frações

MEDIDAS GERAIS

- Venóclise
- Sintomáticos
- Vitamina K 10mg/dia

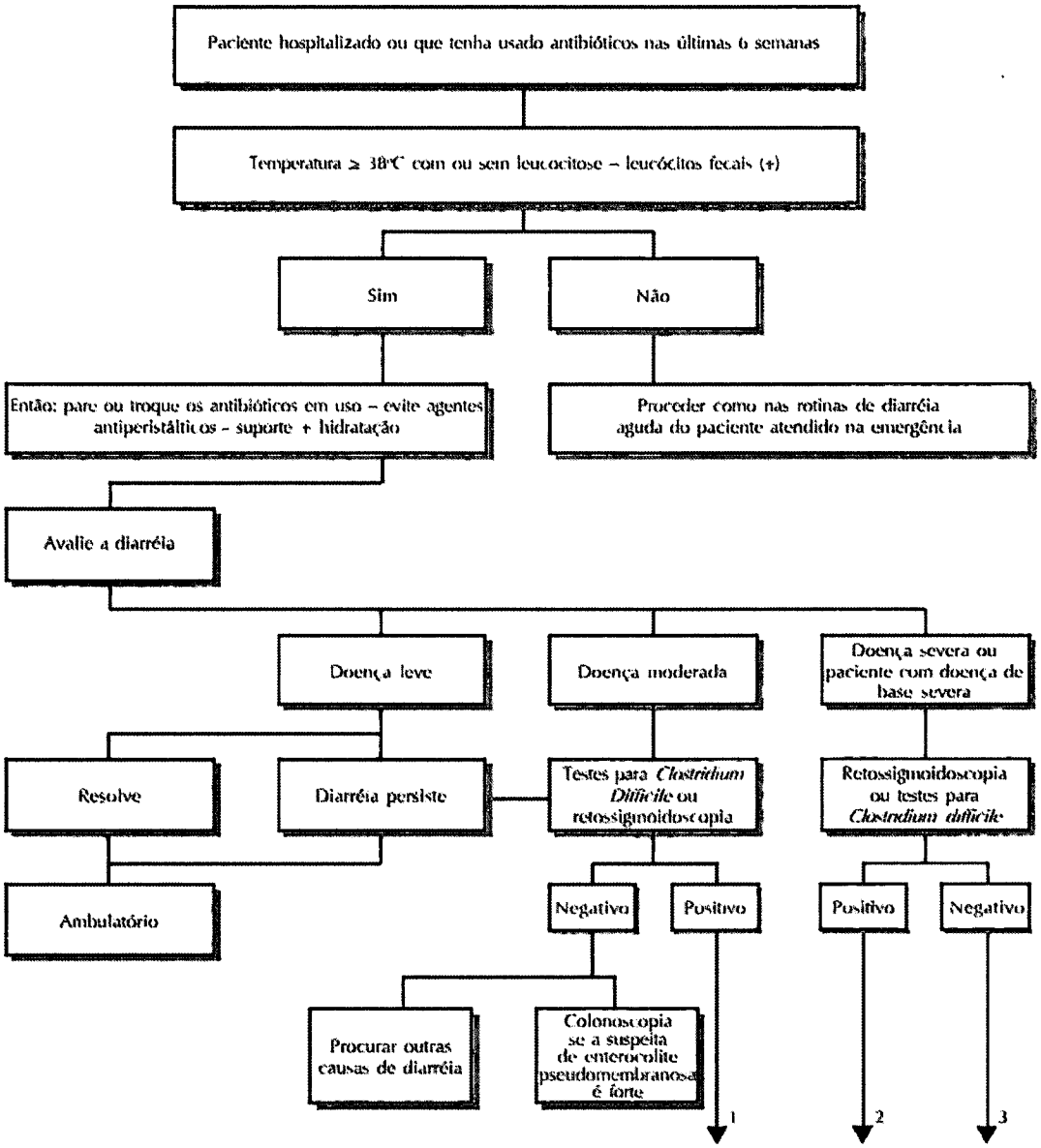
Diarréia Aguda - I



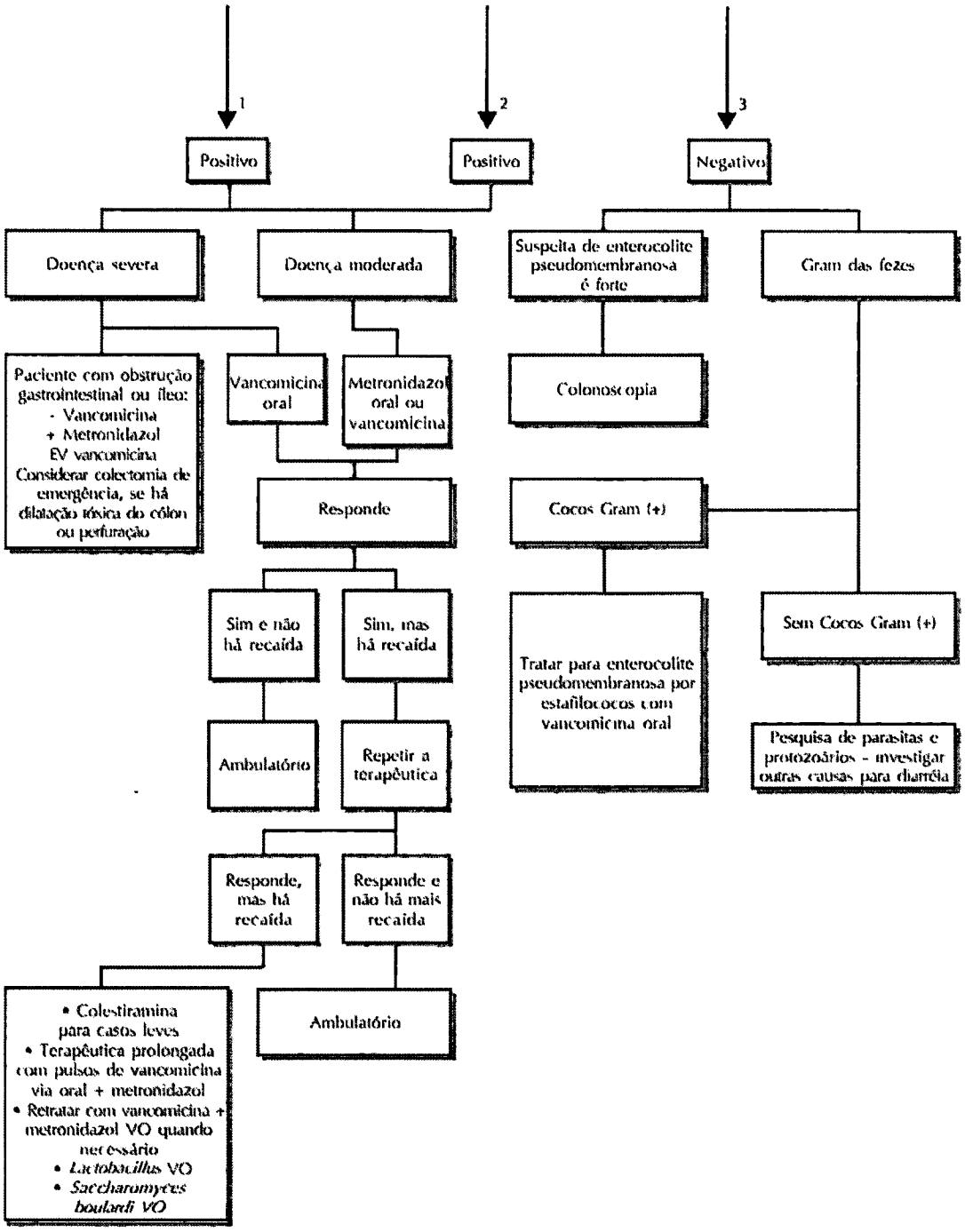
OBSERVAÇÕES:

- A maioria dos casos de diarréia aguda é autolimitada. Nos casos de toxicidade, indica-se o uso das sulfas ou quinolonas.
- Tendo dúvida na introdução do antibiótico, o leucograma poderá ser repetido, após 12 a 24 horas do primeiro.
- A Vancomicina nos casos de colite Pseudomembranosa – (vide algoritmo específico) deverá ser usada por via oral (125mg de 6 em 6 horas).
- Poderão ser usados antiespasmódicos e antieméticos.
- Paciente com toxicidade deverá ser internado por um período mínimo de 48 a 72 horas em Unidade Intermediária.
- Deverão ser internados na UTI os casos de Septicemia que necessitem de monitorização hemodinâmica invasiva e/ou ventilação mecânica.

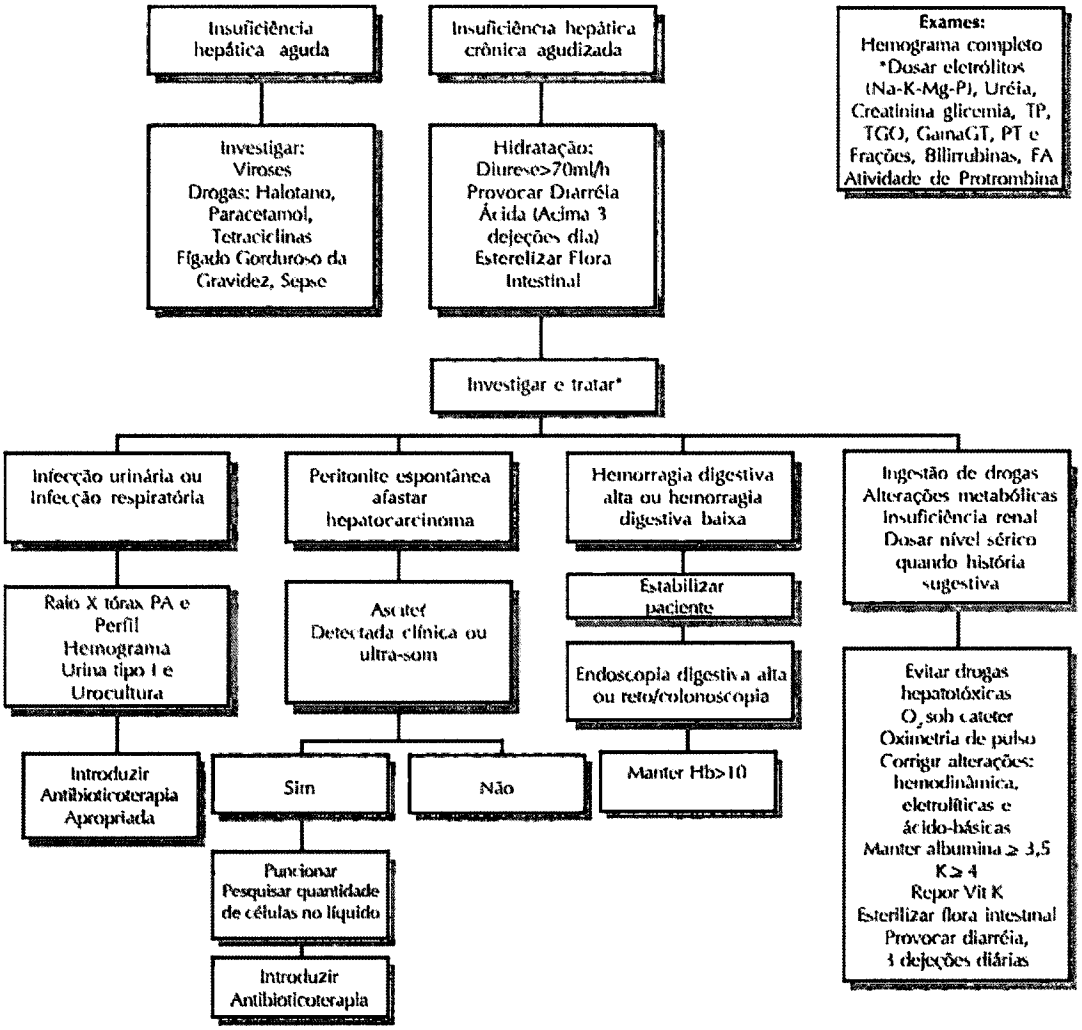
Diarréia Aguda - II



Seguir na próxima página


1
2
3
Positivo
Positivo
Negativo
Doença severa
Doença moderada
Suspeita de enterocolite pseudomembranosa é forte
Gram das fezes
Paciente com obstrução gastrointestinal ou íleo: - Vancomicina + Metronidazol EV vancomicina Considerar colectomia de emergência, se há dilatação tóxica do cólon ou perfuração
Vancomicina oral
Metronidazol oral ou vancomicina
Colonoscopia
Responde
Cocos Gram (+)
Sim e não há recaída
Sim, mas há recaída
Tratar para enterocolite pseudomembranosa por estafilococos com vancomicina oral
Sem Cocos Gram (+)
Ambulatório
Repetir a terapêutica
Pesquisa de parasitas e protozoários - investigar outras causas para diarréia
Responde, mas há recaída
Responde e não há mais recaída
• Colestiramina para casos leves
• Terapêutica prolongada com pulsos de vancomicina via oral + metronidazol
• Retratar com vancomicina + metronidazol VO quando necessário
• Lactobacillus VO
• Saccharomyces boulardi VO
Ambulatório

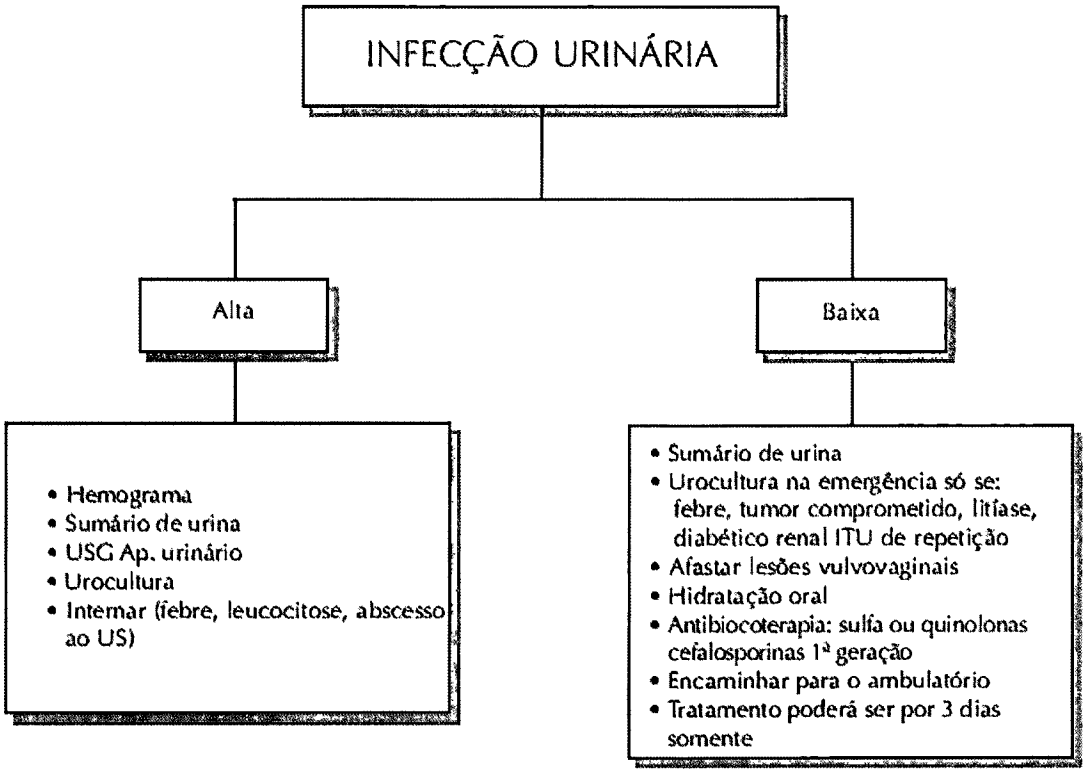
Insuficiência Hepática

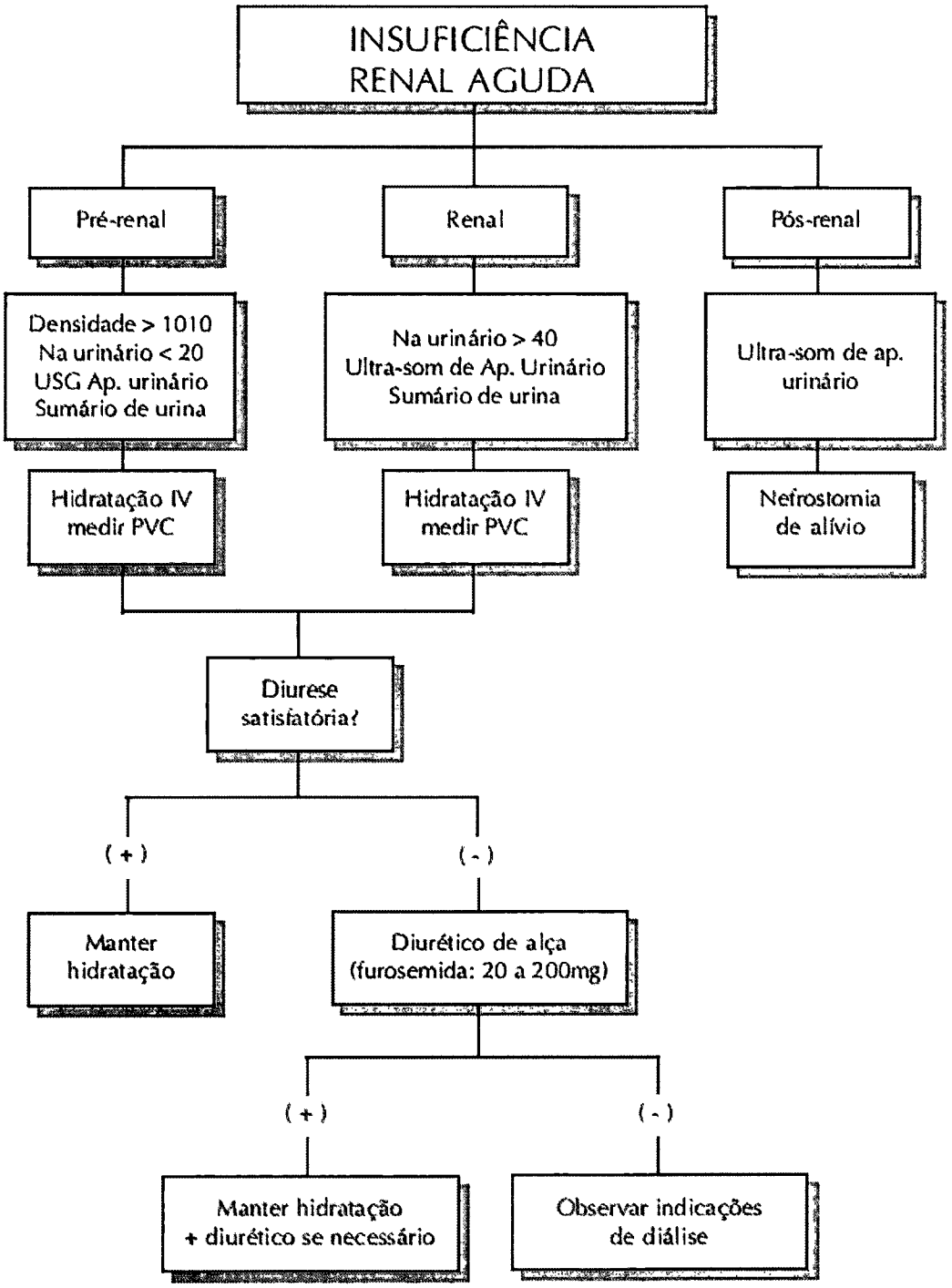


CLASSIFICAÇÃO DE *CHILD TURCOTTE*			
Grupos:	A	B	C
- Bilirrubinas (mg/dl)	< 2.0	2.0 - 3.0	> 3.0
- Albumina (g/dl)	> 3.5	3.0 - 3.5	< 3.0
- Ascite	Não	Facilmente controlável	De difícil controle
- Alterações neurológicas	Não	Leves	Acentuadas
- Estado nutricional	Bom	Regular	Mau

*Paciente com hipoalbuminemia necessita utilizar colóides + cristalóides para estabilização hemodinâmica por sangramento.

Aparelho Urinário

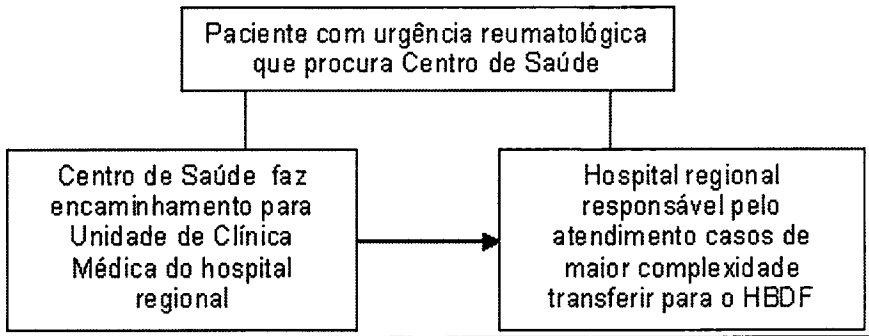




MEDIDAS GERAIS:

- Corrigir distúrbios hidroelétrolíticos
- Manter infusão de dopamina dose dopaminérgica
- Tratar causa precipitante

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA



ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DO ENCAMINHAMENTO
História clínica:	□Encaminhar com história concisa informando o tipo de dor, evolução, articulações acometidas e tipo de
Exame físico:	□Relatar os achados importantes em especial, a presença de sinais flogísticos
Exames complementares essenciais:	□Hemograma completo, bioquímica, ácido úrico, VHS, PCR, fator reumatóide, FAN, radiografias das articulações acometidas e contralaterais e de tórax (PA e perfil). □Análise do líquido sinovial + cultura
Hipótese diagnóstica:	□Enumerar. □Definir se patologia localizada, regional ou sistêmica.
Tratamento:	□Detalhar os tratamentos realizados anteriormente e os medicamentos e doses em uso atualmente.
Motivo do encaminhamento:	□Detalhar os motivos do encaminhamento ao médico clínico ou especialista.
Contra-referência:	□Retorno à UBS para acompanhamento com relatório do médico clínico ou

POLIARTRALGIAS OU POLIARTRITES AGUDAS

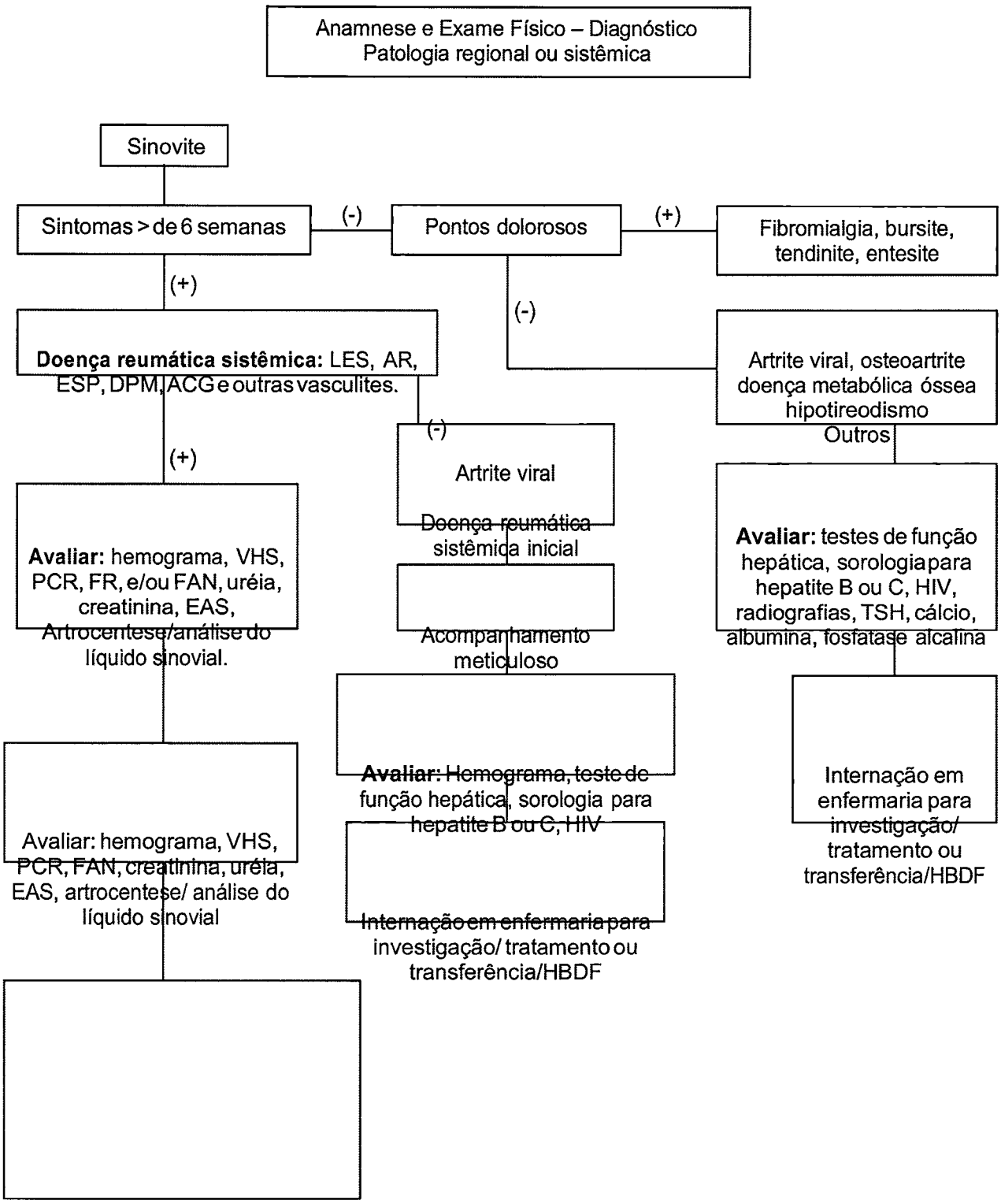
ARTRITE REUMATÓIDE

Tratamento: AINES – diclofenaco, ibuprofeno, COX-2

OUTRAS COLAGENOSES:

prednisona 1 mg/kg/dia Internação em enfermaria para investigação/ tratamento ou transferência/HBDF

POLIARTRALGIAS OU POLIARTRITES AGUDAS



LOMBALGIA AGUDA

Anamnese e Exame Físico – para definição de possíveis causas

CAUSAS:

- Mecânico-degenerativas
  - Hérnias de disco
  - Alterações ósteo-cartilaginosas
- Inflamatórias
- Infecciosas (espondilodiscites)
- Metabólicas
- Dor lombar com repercussão de doença sistêmica
- Lombalgias psicossomáticas
- Fibromialgia e Síndrome Miofacial

SINAIS DE ALERTA:

Malignidade

- Idade acima de 50 anos
- História prévia de câncer
- Perda de peso inexplicável
- Dor exacerbada p/ repouso
- Febre e anemia

Compressão da cauda eqüina

- Disfunção vesical
- Perda do tônus do esfíncter anal
- Fraqueza nos membros inferiores

Infecção

- Pele ou trato urinário
- Uso de drogas IV
- Imunossupressores
- Dor exacerbada p/ repouso
- Febre, calafrios, suores

Fratura

- Trauma com intensidade proporcional para a faixa etária

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx simples - persistência do quadro clínico por mais de quatro semanas. Indicado nas lombalgias agudas com sinais de alerta já na primeira consulta.

Tomografia computadorizada – lombalgia aguda c/ evolução atípica.

Ressonância nuclear magnética – lombalgia aguda c/ evolução atípica.

Exames laboratoriais - pacientes acima de 50 anos, com suspeita de neoplasias, infecções, processos inflamatórios, doenças osteometabólicas, fraturas osteoporóticas e metástases ósseas.

TRATAMENTO:
Repouso no leito - Períodos de dois a três dias é suficiente. Períodos de uma a duas semanas podem ser recomendados para casos de sintomatologia severa e limitação.

Aplicação de compressas frias ou quentes
Analgésicos - Não narcóticos (acetaminofen): 500 mg, 4 a 6 vezes/ dia.
Cloridrato de tramadol: 100 – 400mg/dia.
Sulfato de morfina: opção restrita para hérnias discais resistentes, fraturas e metástases
AINHS: todas as classes podem ser úteis, desde que usados em doses certas c/ intervalos regulares.
Corticóides
Relaxantes musculares
Tratamento cirúrgico - não mais que 1% a 2% dos pacientes com hérnia de disco têm indicação cirúrgica.

LOMBALGIA POSTURAL

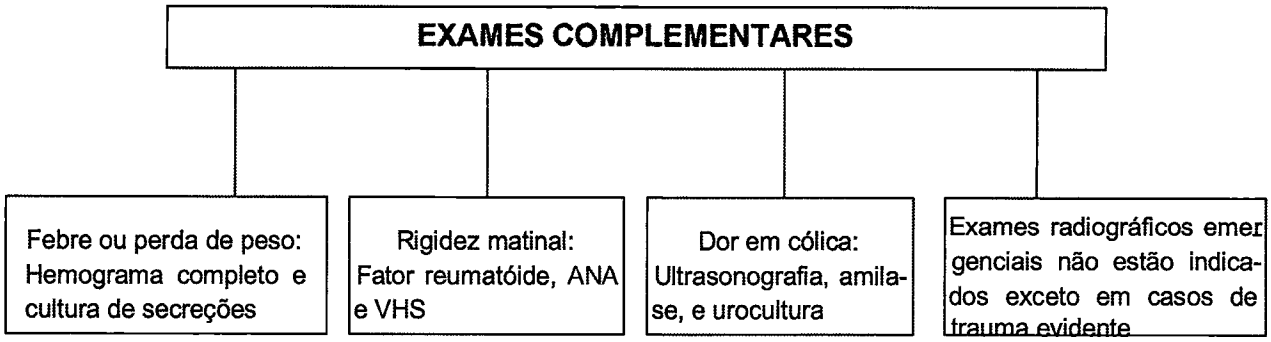
Quadro agudo de dor na região lombar associado a esforço repetitivo, espasmo muscular para vertebral, sobrepeso corporal, estresse sem défilia alteração neurológico nos membros inferiores.

SINAIS E SINTOMAS

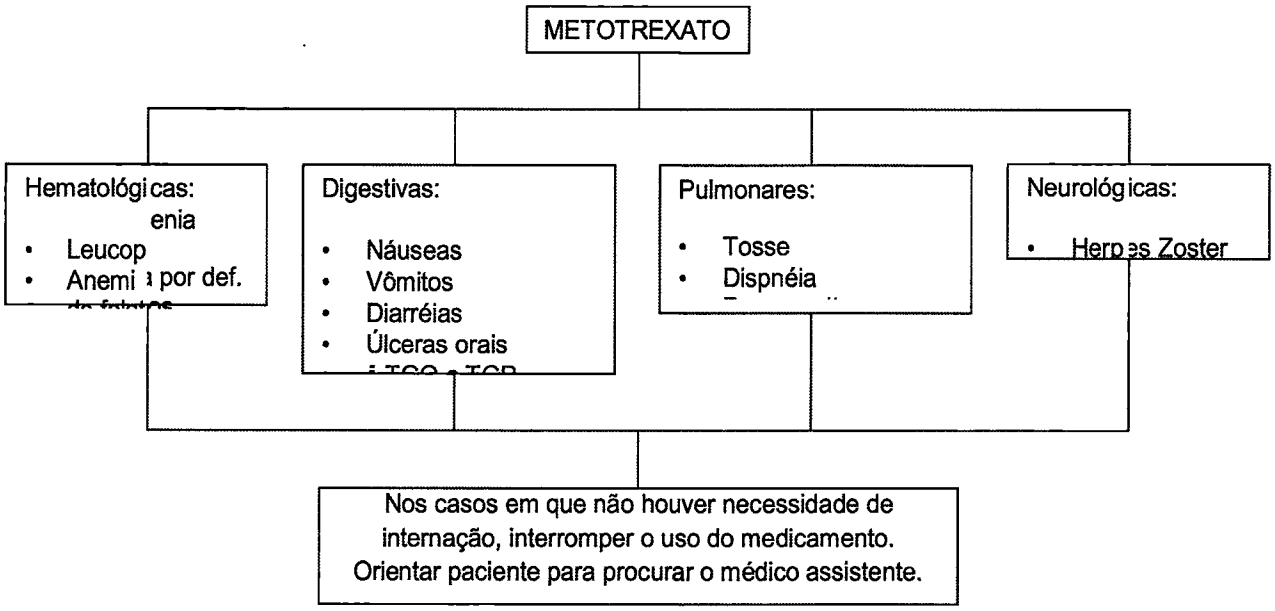
Lombalgia aguda: espasmo para vertebral,após esforço físico ou trauma recente, dor irradiada para a coxa ou perna, marcha alterada,dor aumentada com a flexão anterior da coluna e sinal de Lasegué negativo.

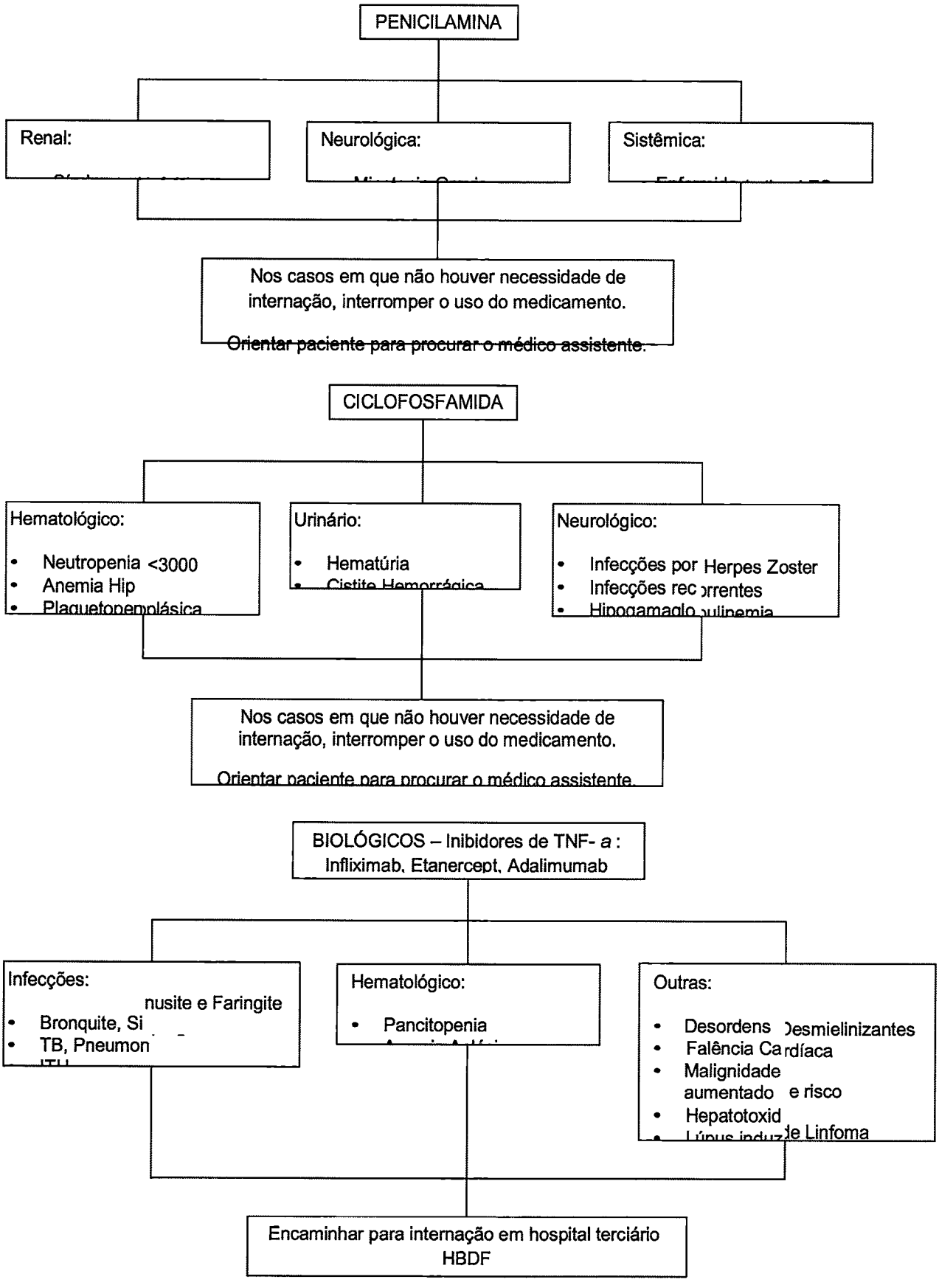
Lombalgia crônica: dor região lombar de baixa intensidade, ausência de trauma recente ou esforço físico,história de dor periódica associada a exercícios físicos da coluna, ausência de alteração dos dermátomos do membro inferior

Diagnósticos diferenciais da lombalgia: osteoartrose, herniação discal, tumores, infecção bacteriana, fratura,cálculos ,tumores e infecções renais, cistos ovarianos, úlcera péptica ,aneurisma da aorta e alteração pancreática ou biliar.



REAÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS REUMATOLOGICOS




PENICILAMINA
Renal:
Neurológica:
Sistêmica:
Nos casos em que não houver necessidade de internação, interromper o uso do medicamento.
Orientar paciente para procurar o médico assistente.
CICLOFOSFAMIDA
Hematológico:
• Neutropenia <3000
• Anemia Hip
Urinário:
• Hematúria
Neurológico:
• Infecções por Herpes Zoster
• Infecções rec rrentes
Nos casos em que não houver necessidade de internação, interromper o uso do medicamento.
Orientar paciente para procurar o médico assistente.
BIOLÓGICOS – Inibidores de TNF- a : Infliximab, Etanercept, Adalimumab
Infecções:
nusite e Faringite
• Bronquite, Si
• TB, Pneumon
Hematológico:
• Pancitopenia
Outras:
• Desordens esmielinizantes
• Falência Cardíaca
• Malignidade aumentado e risco
• Hepatotoxid
de Linfoma
Encaminhar para internação em hospital terciário
HBDF

TORCICOLO

Definido como quadro antálgico da coluna cervical, associado a contratura muscular. A etilogia pode ser atitude postural viciosa, pós-traumática de baixa energia e infecciosa.

SINAIS E SINTOMAS

Dor a flexão e ou rotação da coluna cervical, matinal ou esforços laborais caracterizado por episódio de dor a palpação na bainha do músculo esterno cleido mastóideo, ou eretores da nuca trauma -faríngeo. Presença de intenso espasmo muscular com limitação evidente dos movimentos cervicais e dor ocasional irradiada para membro superior. Ausência de déficit neurológico.

EXAMES COMPLEMENTARES

INFECCIOSO
Hemograma completo e VHS.

POSTURAL
Dispensável

PÓS-TRAUMÁTICO
Radiografia antero –posterior e perfil visualizando toda coluna cervical (incidência do nadador) e trans-oral

Alterações radiográficas

Não

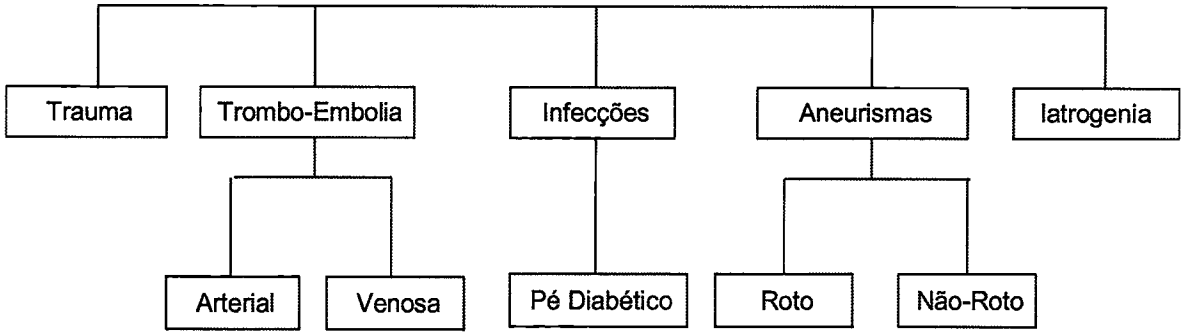
Sim

CONDUTAS
Avaliação da ORL

Imobilização com colar provisório de estoquinete e algodão ortopédico associado a repouso laboral por 48/72 horas. Dose única de 75 mg IM de diclofenaco e manutenção com 50 mg oral por 48 horas.

Imobilizar com colar cervical rígido com apoio mentoniano e encaminhar para avaliação pela neurocirurgia. Dose única de 75 mg IM de diclofenaco

URGÊNCIAS VASCULARES



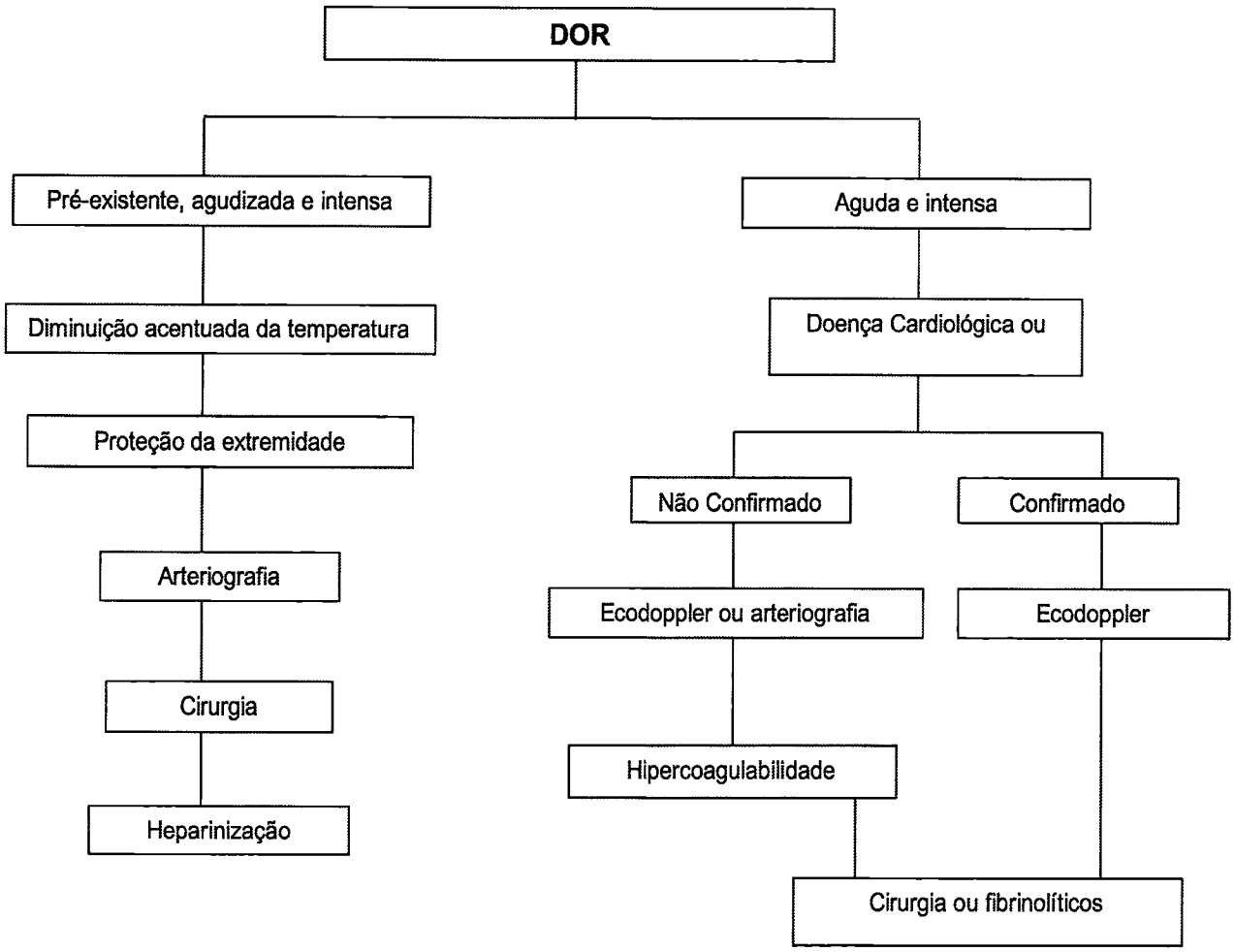
Os serviços de cirurgia vascular da SES/DF são encontrados nos seguintes hospitais: HBDF (Emergência 24 horas) – Ambulatório;
HRT – Ambulatório (Pareceres); HRC – Ambulatório (Pareceres); HRS – Ambulatório (Pareceres).

TRAUMAS VASCULARES

SINAIS

FORTES	PROVÁVEIS
Choque	Próximo a trajeto vascular
Pulsos ausentes ou diminuídos	Lesão nervosa
Frêmitos	Choque refratário
Cianose	Edema desproporcional
Tumorações pulsáteis	Hematoma estável

TROMBOEMBOLIA ARTERIAL

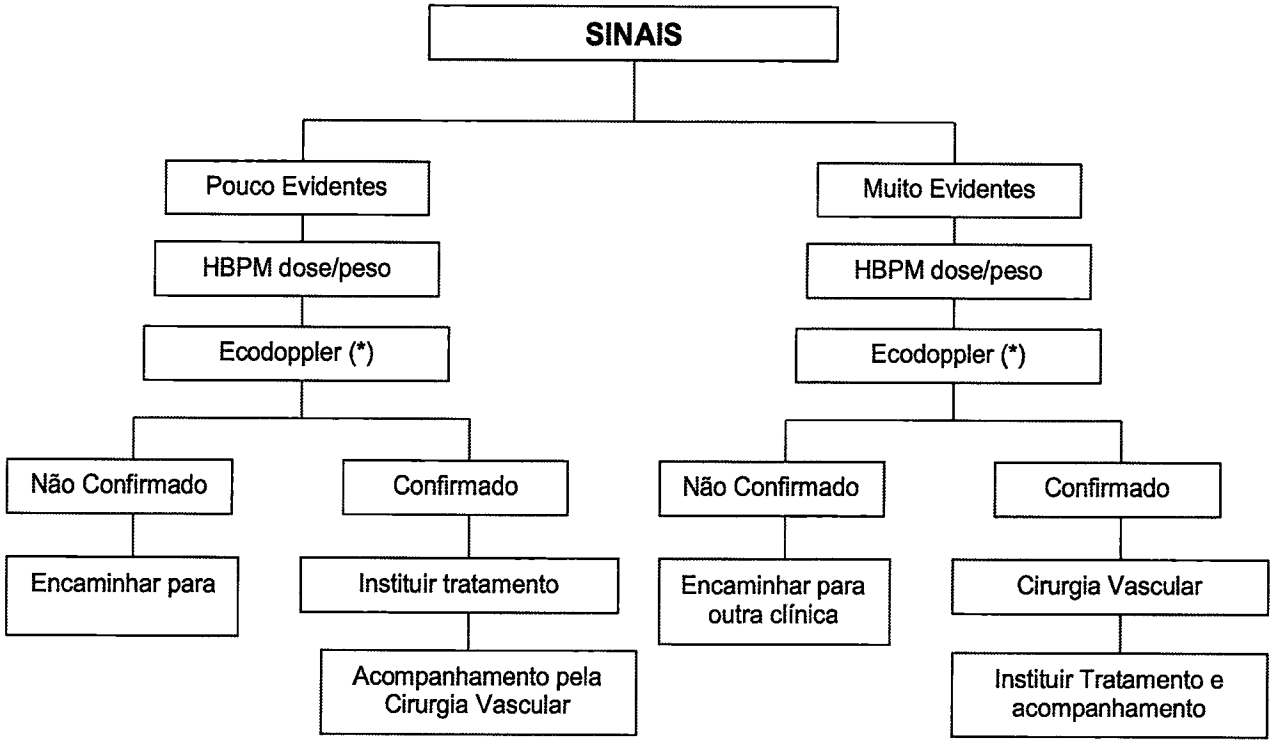


SINAIS E SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Ausente
Temperatura	Diminuída
Perfusão	Diminuída
Imobilização	Sim
Empastamento Muscular	Não
Cianose/Palidez	Sim
Sensibilidade	+++
Insuficiência Funcional	Sim
Início	Súbito

OBS: Encaminhar o paciente ao serviço de emergência urgente.

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA- TVP

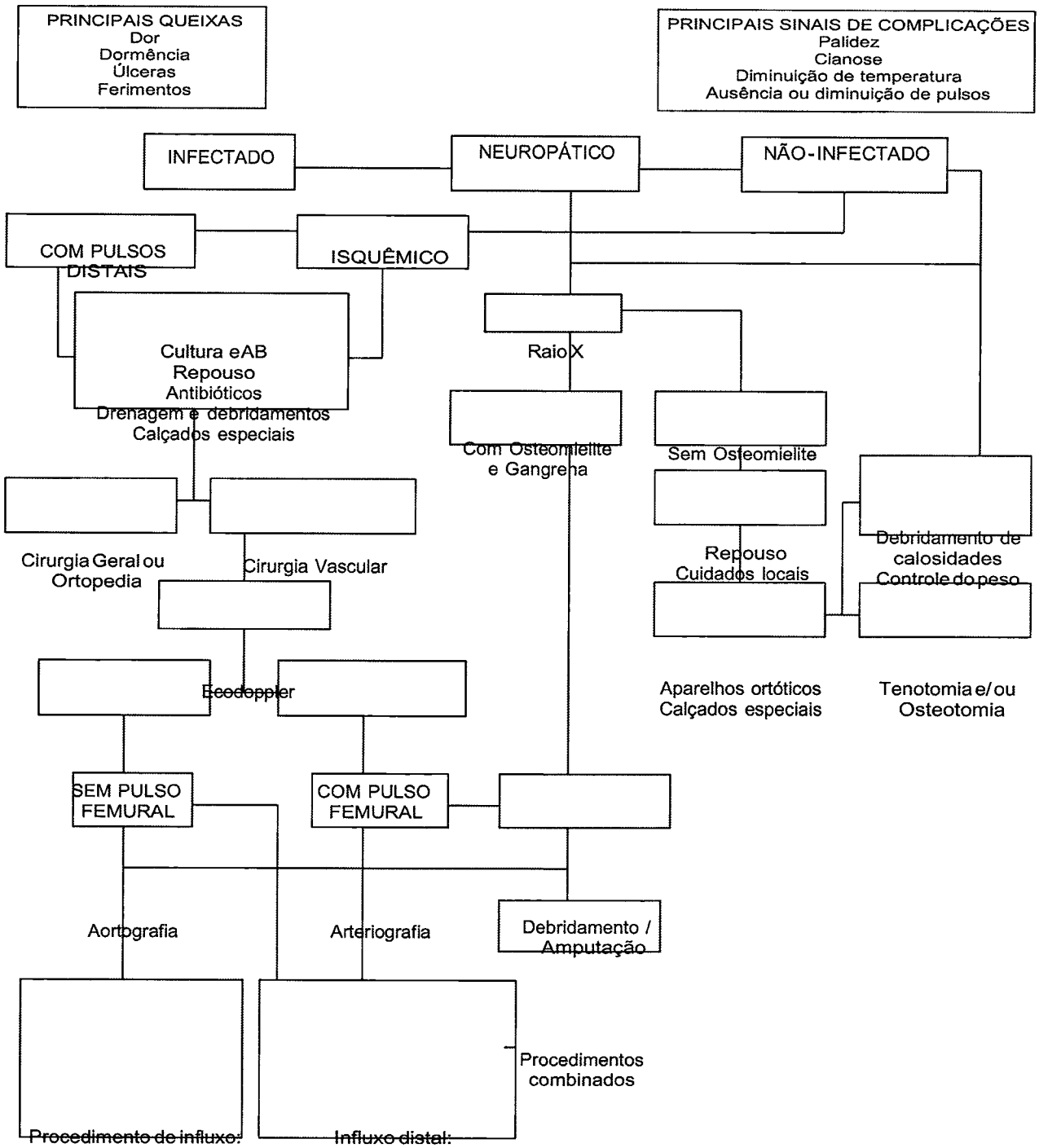


TVP - SINAIS E SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Presente
Temperatura	Normal / Aumentada
Perfusão	Normal
Imobilização	Não
Empastamento Muscular	Sim
Cianose/Palidez	Não
Sensibilidade	+
Insuficiência Funcional	Não
Início	Lento

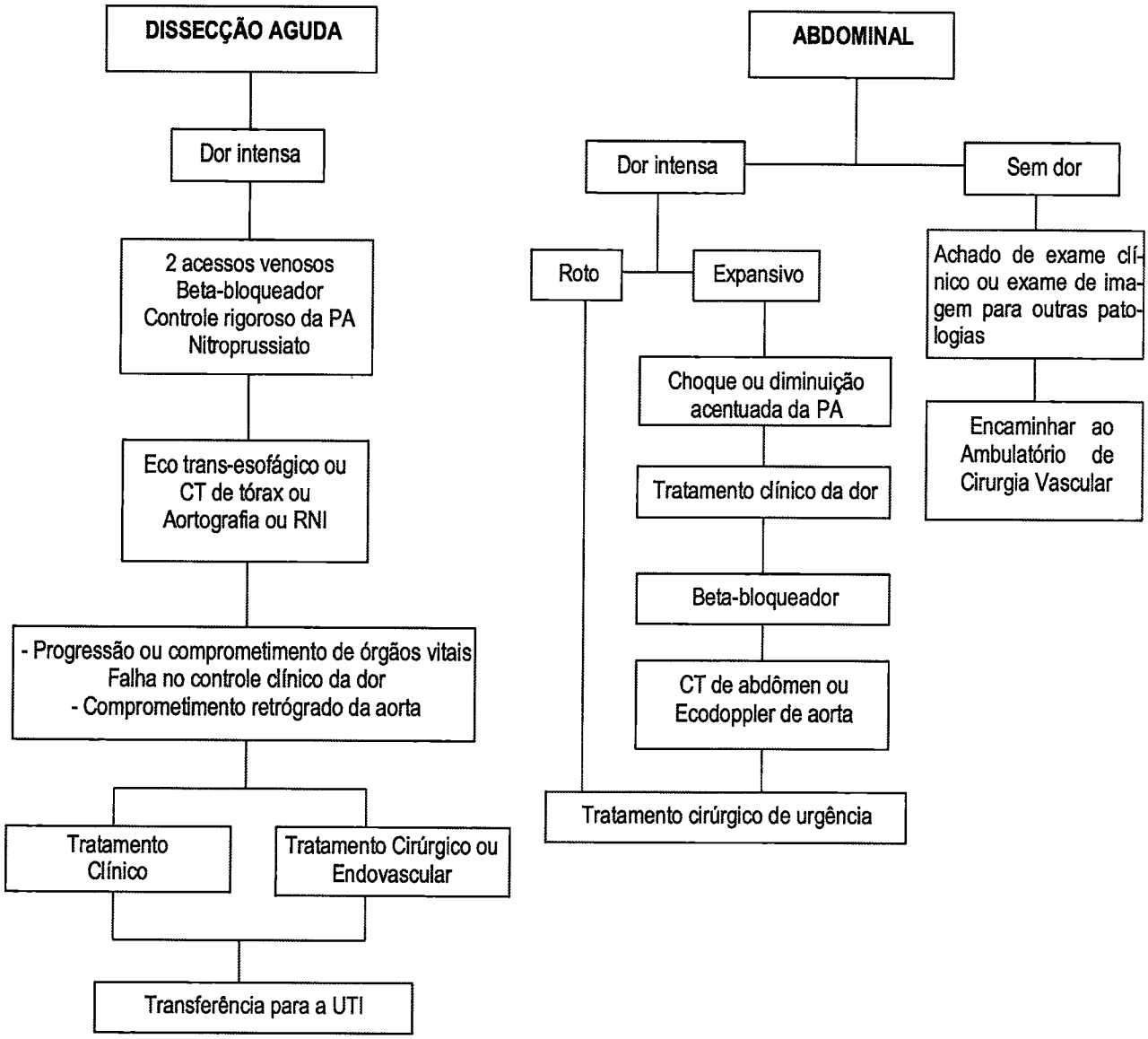
OBS:
(*) Ecodoppler poderá ser realizado em qualquer regional que possua médico especialista (radiologista ou cirurgião vascular) e aparelho, para confirmação ou não do diagnóstico.
1. Procurar encaminhar os pacientes aos ambulatórios das regionais que possuam especialistas (cirurgiões vasculares)para seguimento e controle preferencialmente no período diurno (segundas a sextas-feiras) em face de não haver plantonistas de ecodoppler à noite ou finais de semana.
(*) HBPM - Heparina de Baixo Peso Molecular

PÉ DIABÉTICO

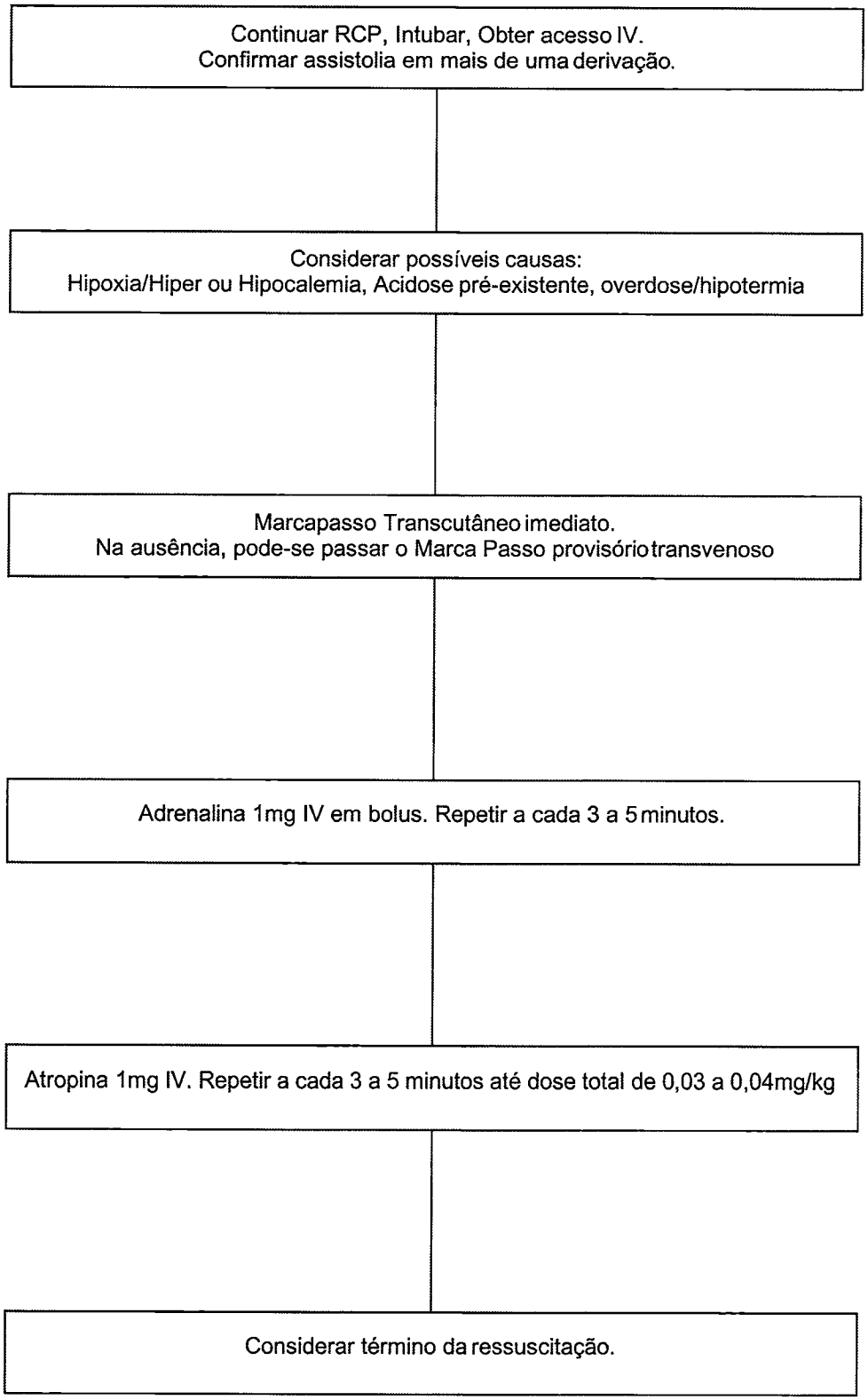


OBSERVAÇÕES:
Encaminhar apenas os pacientes isquêmicos aos serviços regionais de Cirurgia Vascular através de solicitação de Parecer Médico. Os demais casos deverão ser resolvidos pela Cir. Geral, Ortopedia ou Endocrinologia – Serviços de Pé Diabético das regionais de origem.

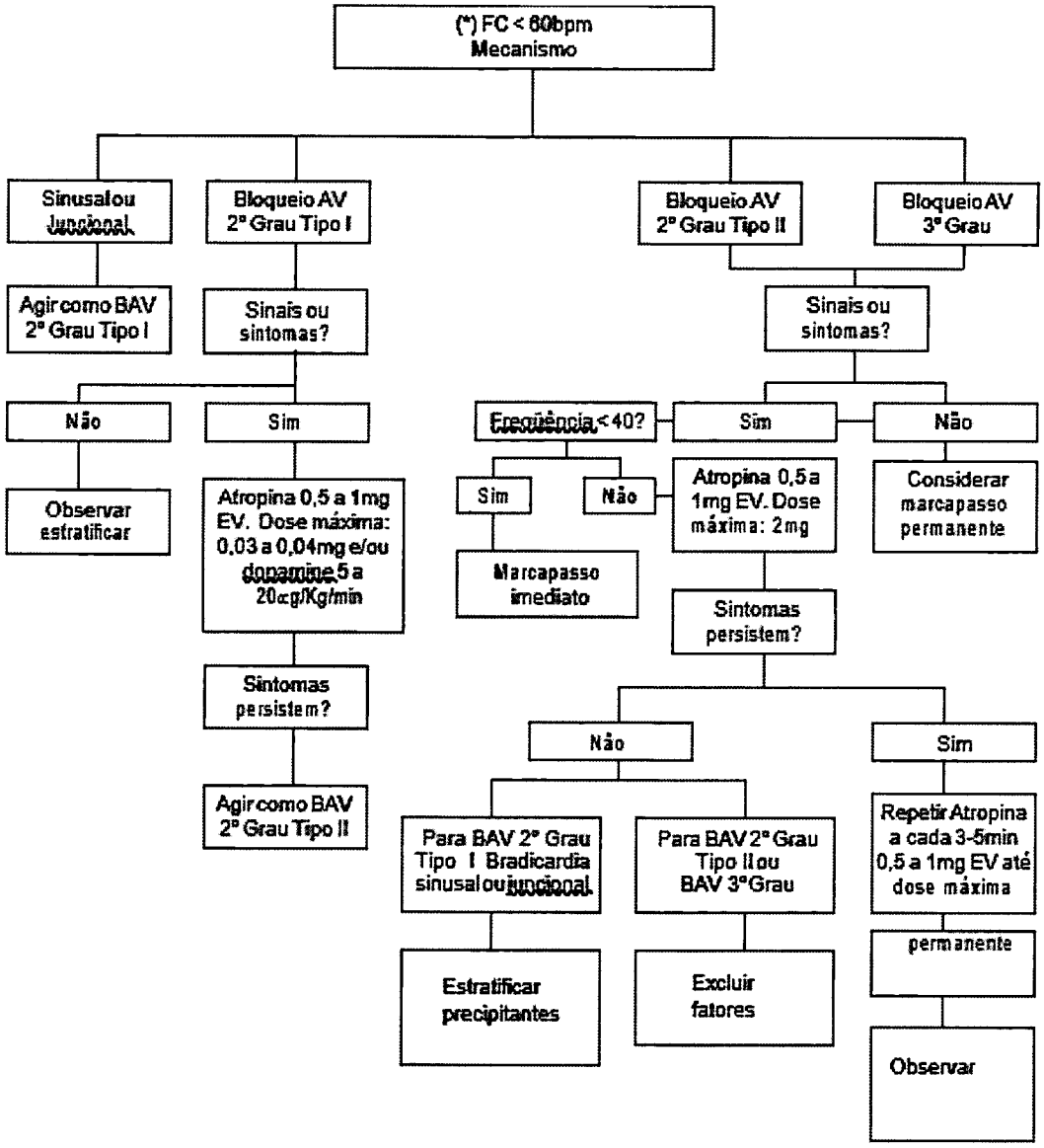
ANEURISMAS



ASSISTOLIA



BRADIARRITMIA



(*) Se a freqüência cardíaca for menor que 38 ou apresentar sintomas colocar
marcapasso externo.

ATENÇÃO:

As extra-sístoles ventriculares no BAV de terceiro grau não são de risco e contribuem para manutenção do débito. O seu desaparecimento pode ser acompanhado de desestabilização do paciente e necessidade de marcapasso imediato.

TAQUICARDIAS VENTRICULARES

Introdução:

As Taquicardias com complexos QRS largos QRS > 120 m / s) constituem um desafio na prática clinica. É de suma importância para uma correta conduta terapêutica antiarrítmica (AA) o diagnóstico diferencial entre uma Taquicardia Ventricular (T V) e uma Taquicardia Supraventricular com condução aberrante. As taquicardias com complexos largos podem ocorrer em 4 situações distintas:

TPSV com bloqueio de ramo funcional

TPSV na vigência de bloqueio de ramo pré-existente.

TPSV com condução anterógrada através de uma via acessória.

Taquicardia Ventricular.

TAQUIARRITMIA VENTRICULAR MULTIFOCAL

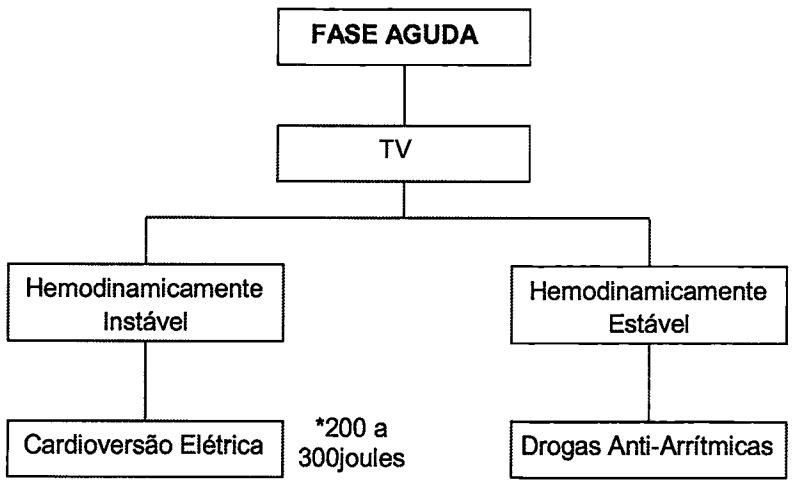
TV Helicoidal.

TV Polimórfica.

Flutter Ventricular.

Fibrilação Ventricular.

TRATAMENTOS DAS TV.



(Sincronização com onda R)

DROGAS ANTIARRITMICAS.

1 – IAM – Fase Aguda – Lidocaína 2% - (1,0 a 1,5 mg / kg em bolus, seguido de 0,5 a 0,75 mg / kg em bolus a cada 5 a 10 min. Com dose máxima de 3 mg / kg. Associando a infusão contínua de 30 a 50 mg / kg / min.

2 – IAM – Fase Crônica – MCC. Procainamida (1 gr / 5 minutos).
Amiodarona (150 mg IV em bolus em 10 minutos);(1,0 mg / min. Por 6 h., seguido de 0,5 mg / min. Continuo).Propafenona (70 mg IV / 5 min.).
CVE Sincronizado.
Sulfato de Magnésio (IV – 2 gr em 100 ml até atingir níveis séricos de 2 mEq / kg).

3 – Taquicardia Ventricular Helicoidal. Infusão de Sulfato de Magnésio Aumentar FC = Marca Passo Provisório Isoprotenol (1 – 3 mg / min. IV).

4 – Taquicardia Ventricular Incessante. Ablação.
Cirurgia.
OBS.: Nos pacientes com disfunção de VE: 1ª opção Amiodarona
2ª opção Lidocaína.

5 – Flutter Ventricular ou Fibrilação Ventricular. Desfibrilação – 360J sem sincronização.

TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARESCOM QRS ESTREITO INTRODUÇÃO.

As TPSV

São arritmias nas quais os átrios e / ou a junção atrioventricular participam da origem e na manutenção da taquicardia. Essas arritmias (TPSV) apresentam características eletrocardiográficas típicas que durante a análise do ECG da crise sugerem o seu diagnóstico, na maioria dos pacientes. Entretanto em alguns casos o seu diagnóstico e seu mecanismo só podem ser detectados pelo estudo eletrofisi- ológico invasivo (EEF).
Essas arritmias (TPSVs) apresentam-se com FC acima de 100bpm e com duração do complexo QRS < 120 m/s.

CLASSIFICAÇÃO DAS TPSV:.

Taquicardias Atriais.
Taquicardia por Reentrada Nodal.
Taquicardia por reentrada usando uma via acessória. Taquicardia Juncional Paroxística.
Flutter Atrial. Fibrilação Atrial.

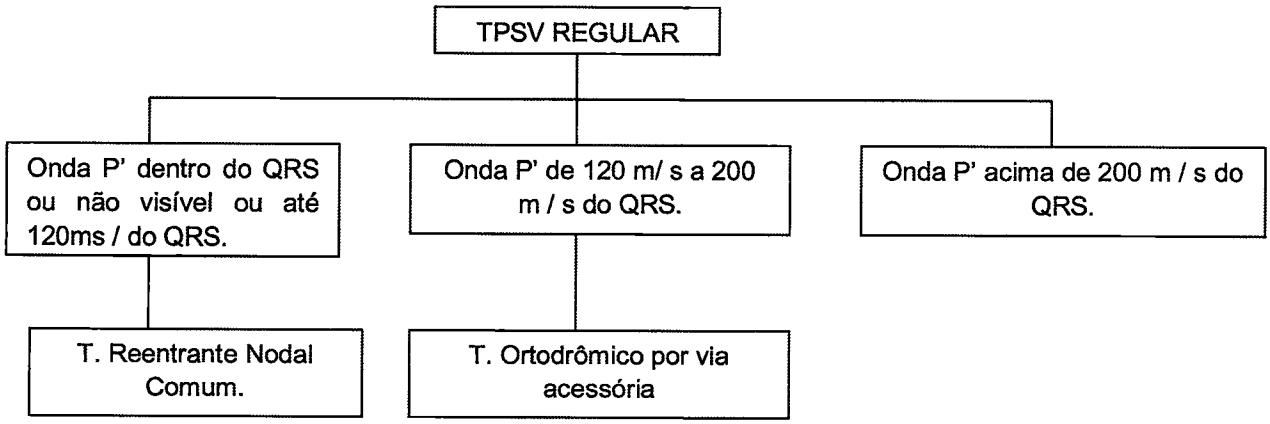
I – TPSV COM R – R REGULAR E QRS ESTREITO.

TIPOS:

1. Taquicardia Reentrante Nodal Comum;
2. Taquicardia Átrio-ventricular mediado por via anômala de Kent;
3. Taquicardias atriais, Reentrante Nodal incomum, Coumel e via anômala no EBSTEIN; 4.Flutter Atrial;

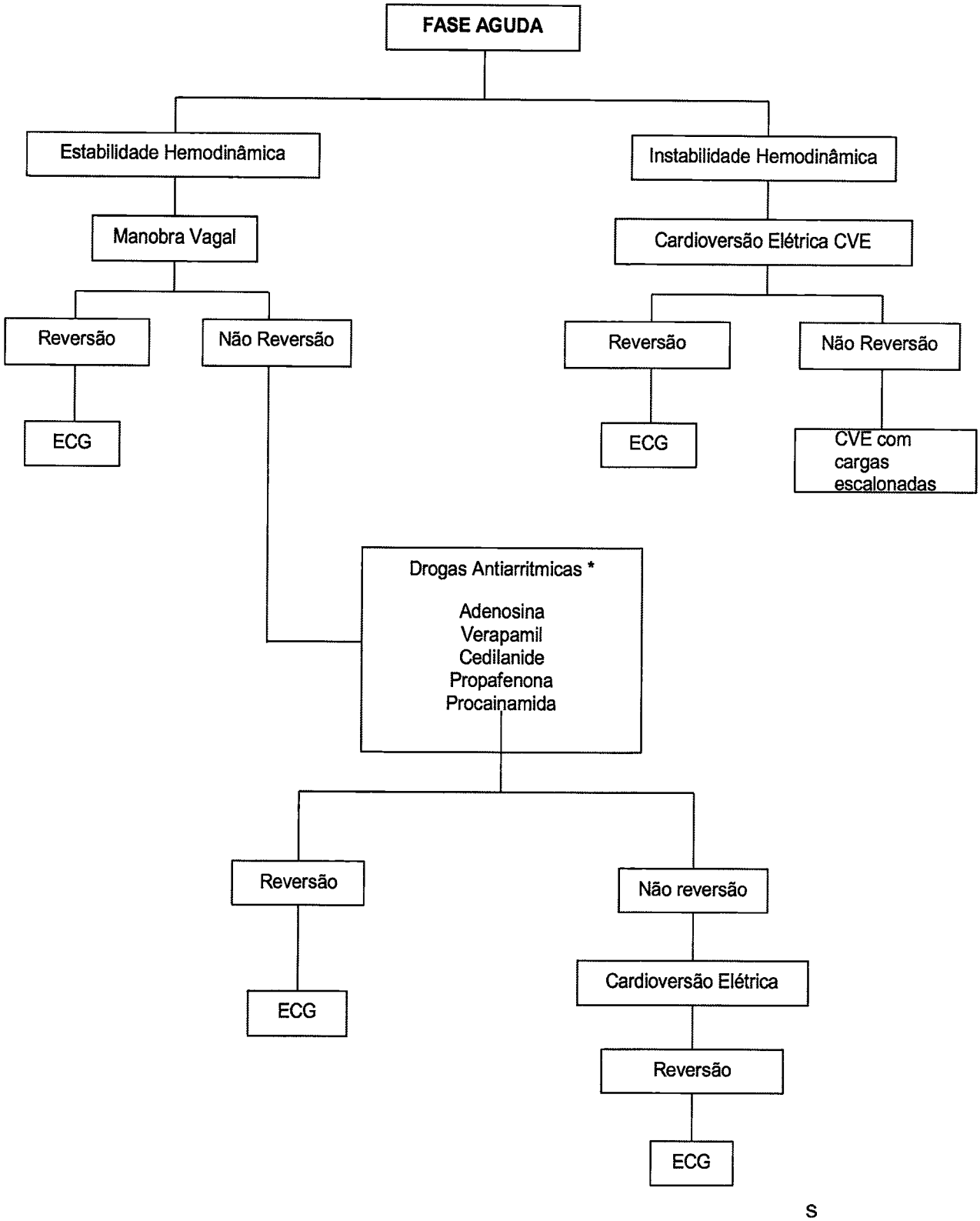
COMO DIAGNOSTICAR:

Observar a onda P' (P retrogrado).



A – 1 – Onda P em relação ao QRS: A – 2 – Morfologia da Onda P:
A – 3 – Freqüência da onda P's em relação ao QRS: A – 4 – Alternância elétrica do QRS:

TRATAMENTONAFASE AGUDA
REVERSÃO DAS CRISES TRATAMENTO DAS TPSV



S

DROGAS ANTI-ARRITMICAS PARA REVERSÃO.

1 - Taquicardia Reentrante Nodal Comum.

2 – Taquicardias Atriais, reentrante nodal incomum, Coumel, via anômala no Ebstein. 3 - Flutter Atrial com bloqueio A-V 2:1 Fixo.

Tipos – Preferências.

Verapam il (10 m g + 10 m l de soro)	Tipo 1 e 3
Adenosina (de 8 a 12 m g) EV bolus	Tipo 1
Cedilanide (0,8 m g diluído) EV em 5	Tipo 1 e 3
Propafenona (70 m g) EV em 5 m	Tipo 1, 2, 3 e 4.

Tipo 2 – TPSV – Mediada por via anômala do tipo KENT.
Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.
Procainamida (1 g) EV em 5 minutos.

TAQUICARDIA COM RR IRREGULAR E QRS ESTREITO.
FIBRILAÇÃO ATRIAL (FA)

INTRODUÇÃO:

- No momento a FA está sob intensa investigação clinica e eletrofisiológica.
- É a arritmia mais freqüente na prática clinica e nas salas de emergência.
- Sua prevalência aumenta significativamente com a idade chegando a atingir 10% da população entre a 7ª e a 8ª décadas de vida.
-

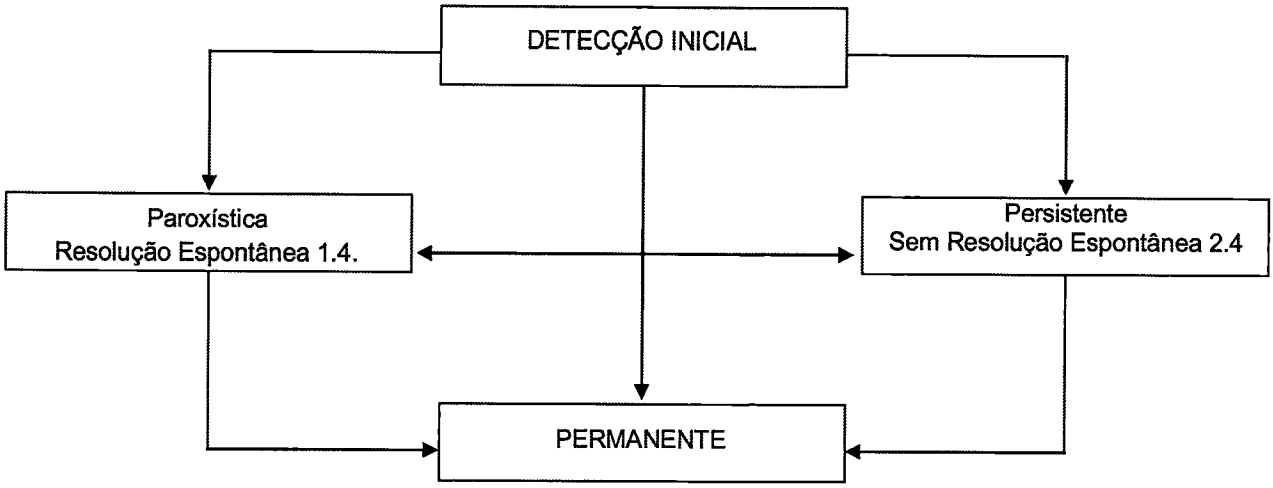
SINTOMAS:

Estão relacionados:
- Elevação da resposta ventricular
- Comprometimento hemodinâmico.

É a desordem do ritmo cardíaco que mais comumente provoca acidentes Tromboembólicos Sistêmicos.

ABORDAGEM:

Classificação:



1 - A duração dos episódios é menor ou igual a 7 dias (a maioria < 24 hs) 2 - Duração maior que 7 dias.

3 - Cardioversão mal sucedida ou não realizada.

4 - FA paroxística ou persistente pode ser recidivante.

ADENDO:

Existem várias classificações para a FA Classificação baseada na relevância clinica.

FA

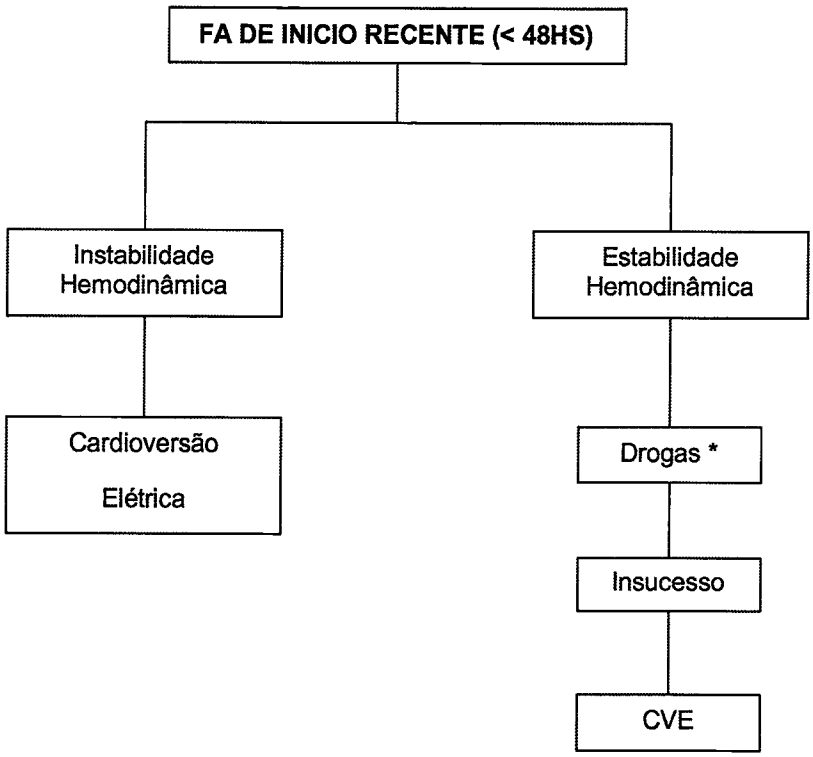
PAROXÍSTICA	Resolução Espontânea.

PERSISTENTE	Resolução Não Espontânea.
PERMANENTE	Longa duração (mais de 1 ano), em que a cardioversão não foi realizada ou não houve manutenção do ritmo **sinusal.**

Classificação em relação a duração da arritmia.

FA de inicio recente ➡ FA que se instalou com menos de 48 hs.
FA com mais de 48 hs e/ou tempo indeterminado.

TRATAMENTODE EMERGÊNCIA.
FA DE INÍCIO RECENTE.



OBS.: Os pacientes que apresentam com FA < 48hs, mas são portadores de fatores de risco para fenômenos tromboembólicos como: Valvulopatia Mitral; Próteses valvares, disfunção ventricular esquerda

com FE < 40% ou passado de tromboembolismo, devem primeiramente ser anticoagulados da tentativa de reversão.

DROGAS USADAS PARA REVERSÃO A RITMO SINUSAL:	
PROPAFENONA	1 a 2mg / kg / 10 min.. – Pode repetir 30 min. Após a 1ª dose.
PROPAFENONA	450 mg V.O 4 / 4hs ou 600 mg V.O 12 / 12 hs.
SOTALOL	80mg V.O 2 x dia
AMIODARONA	150 mg em 10 min. 360 mg em 6 horas.

FA > 48h OU TEMPO INDETERMINADO.
FA Paroxística ou FA Permanente.

CONTROLE DA FC.

↓

DROGAS *

OBS.:

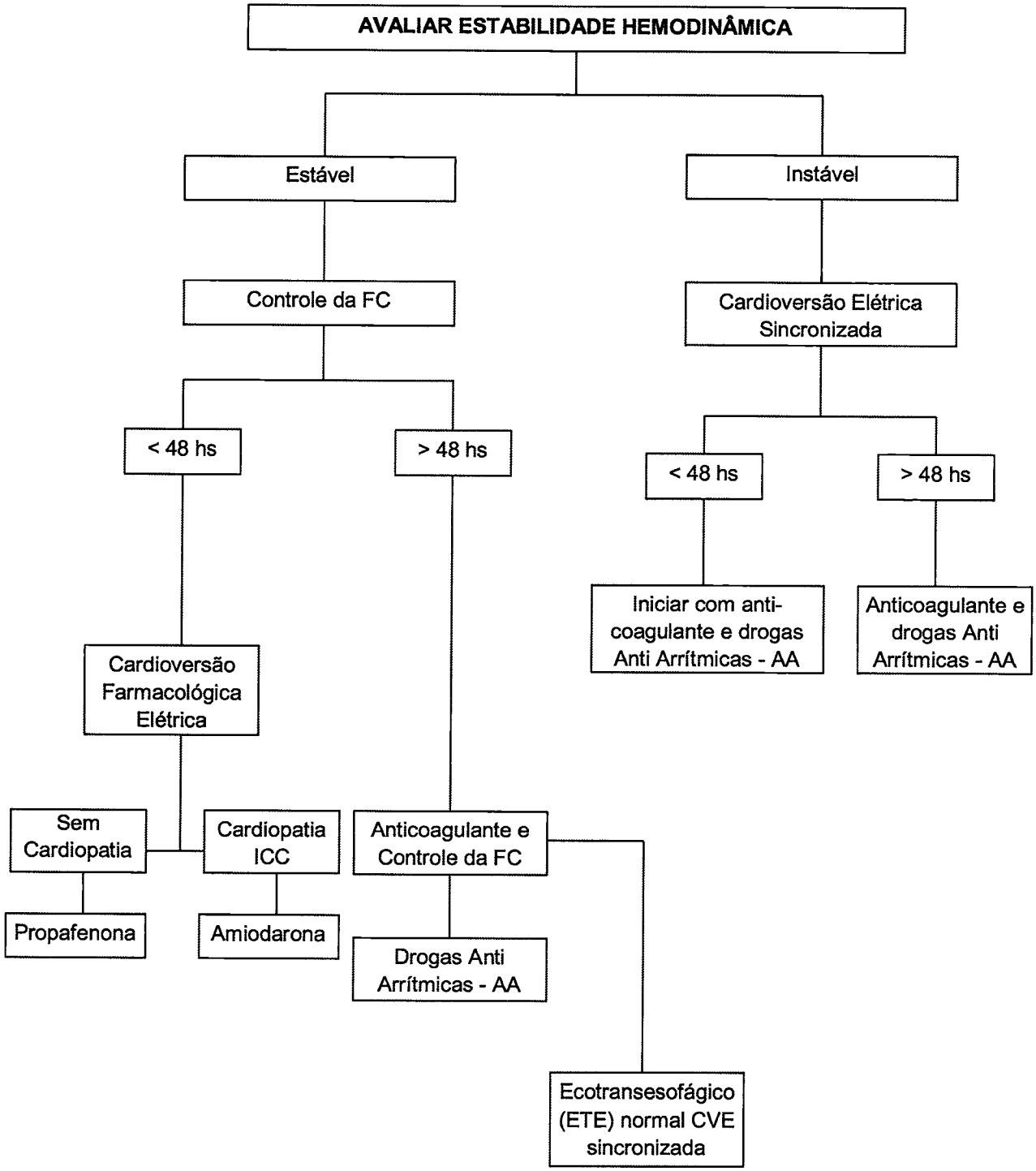
Pacientes com disfunção ventricular - Usar Amiodarona.
Pacientes sem disfunção ventricular – Usar como 1ª escolha – Diltiazem.

DROGAS QUE PODEM SER UTILIZADAS PARA CONTROLE DA FC (Controle da Frequência Ventricular)	
CEDILANIDE	0,04 mg IV, bolus.
ESMOLOL	(10 mg / ml) – 0,5 mg / kg 1 min e dripping de 0,05mg / kg / min.
METOPROLOL	(1mg / ml) - 5mg IV lento em intervalos de 5min. Até 15mg.
DILTIAZEM	(5 mg / ml) – 0,25 mg / kg (15 a 20 mg IV – 2 min.), repetir 15 min. após 0,35 mg / kg.
VERAPAMIL	(2,5 mg / ml) – 2,5 a 5,0 mg IV - 2 min., repetir 5 a 10 mg / 15 a 30 min. ou 5mg / 15 min.

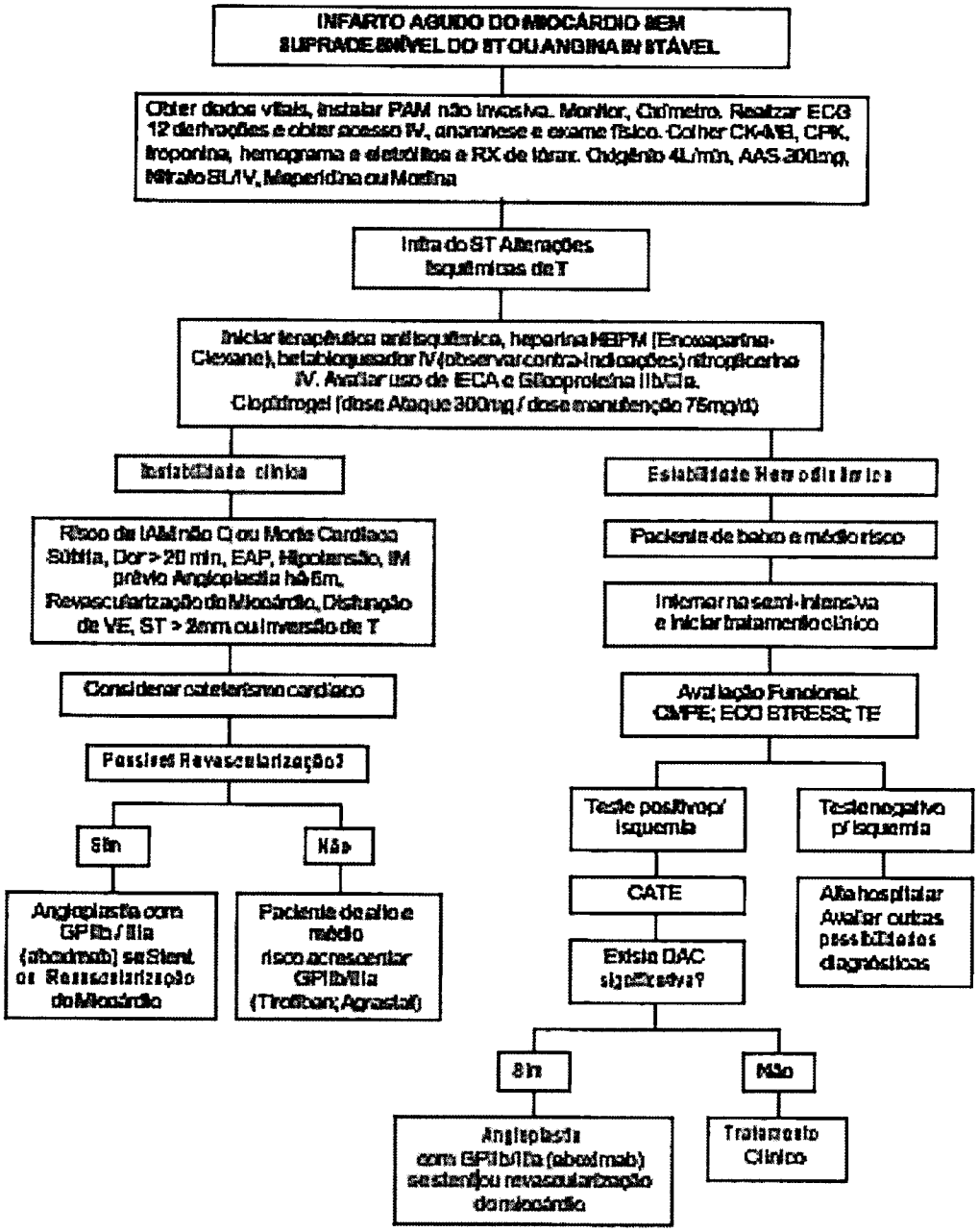
Objetivos do Tratamento de FA.

Controle da FC;
Restauração e manutenção do Ritmo Sinusal;
Prevenção de Recorrências;
Prevenção de tromboembolismo.

TRATAMENTO DE PACIENTES COM FA

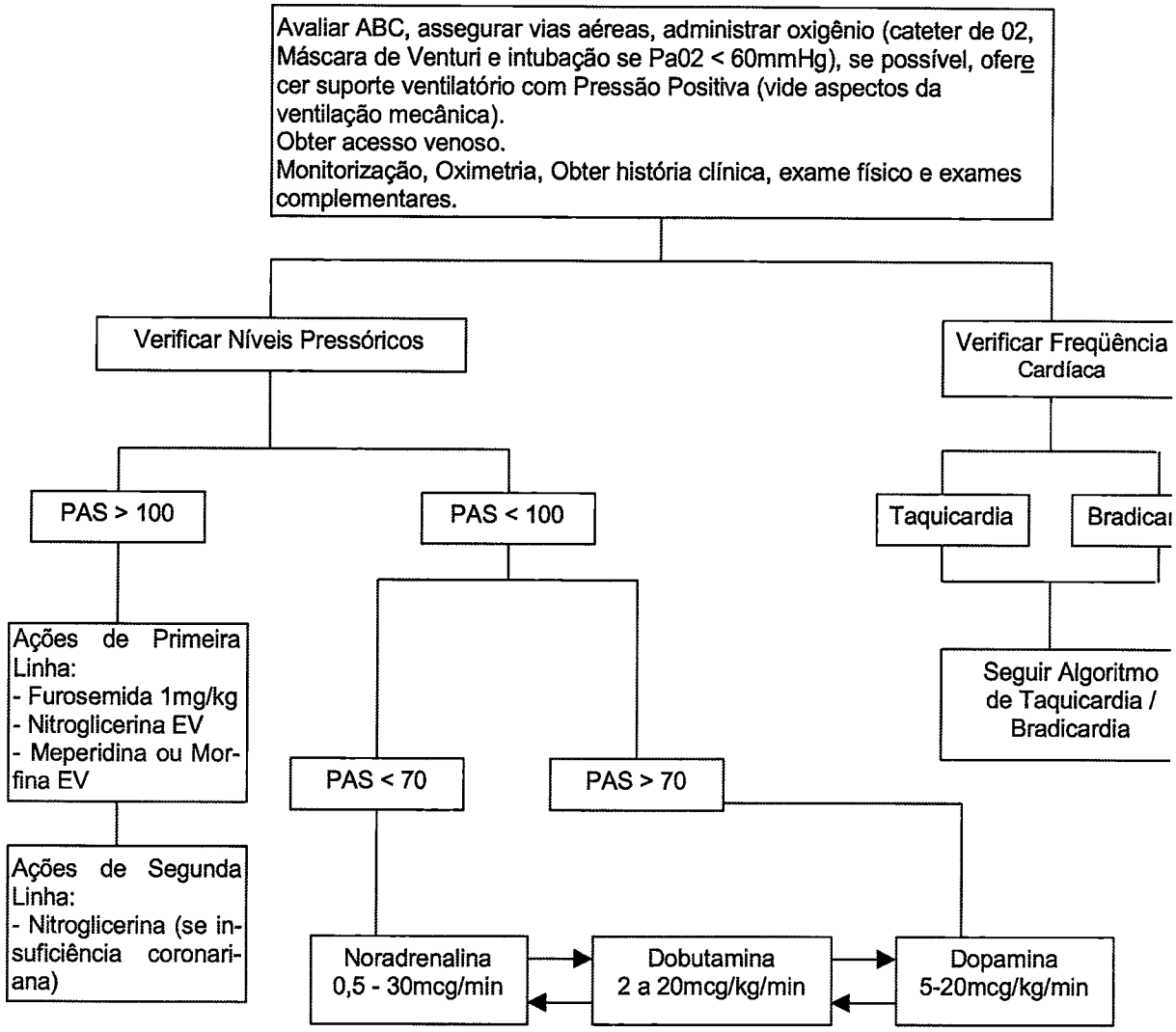


I.A.M SEM SUPRA DE ST
ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA COM INFRADESNÍVEL ST OU INVERSÃO DE T



CMPE = Cintilografia miocárdica de perfusão
DAC = Doença Arterial Coronária

EDEMA AGUDO DE PULMÃO



OBS.:

- Mude para DOPAMINA e suspenda NORADRENALINA quando a PA melhorar.
- Se DOPAMINA > 20mcg/kg/min adicionar NORADRENALINA.
- Investigar causa de EAP para tratamento adequado como angioplastia no caso de IAM, he parinização se causa for TEP.

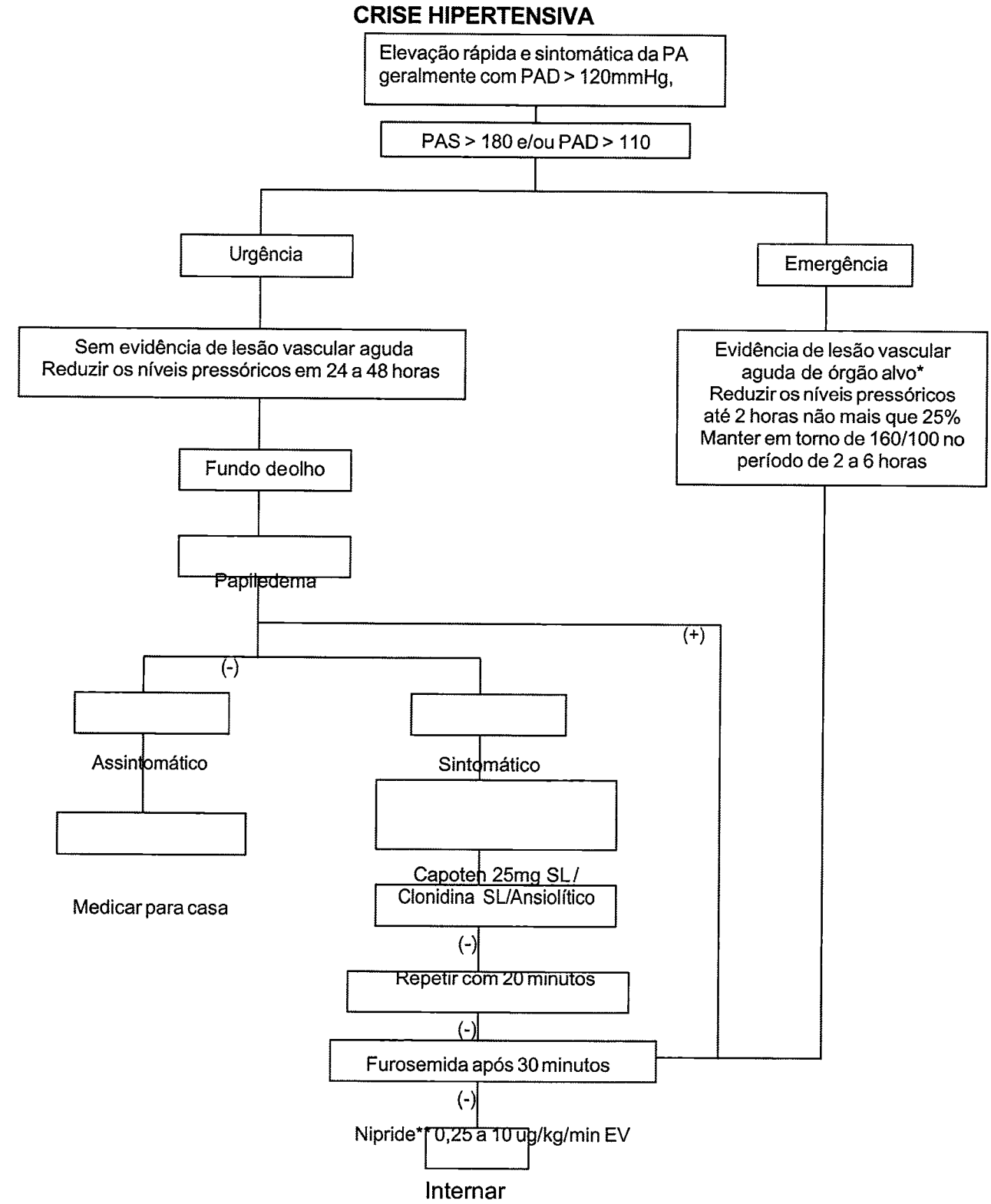
Tratar taquiarritmias seguindo algoritmo adequado.

Se Taquicardia – cardioversão elétrica ou química. (Exceto taquicardia sinusal). Se Bradicardia – avaliar uso de marcapasso provisório.

EXAMES A SEREM REALIZADOS:

- ECG, rad. de tórax no leito, gasometria, enzimas cardíacas, função renal, eletrólitos, hemograma.

- Em caso de não melhora dos sintomas, parada Cardiorrespiratória, proceder intubação Orotraqueal e transferir para UTI (após realização de medidas cabíveis para transferir com segurança).
- Observar critérios para intubação Orotraqueal.
- Se FA com freqüência ventricular elevada usar Cedilanide.



Encefalopatia Hipertensiva Hemorragia Subaracnóidea Hipertensão Maligna Sintomática

Hemorragia Intraparenquimatosa Cerebral Dissecção de Aorta

Insuficiência Coronariana (ICO) Pós-revascularização do Miocárdio
Crise Feocromocitoma
Epistaxis Severa Eclampsia
** Em ICO utilizar Nitroglicerina (+) Sim (-) Não

EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS: Quando há risco de vida em potencial e deteriorização de órgão-alvo, requerendo redução imediata da PAem minutos.

URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS: Quando há risco de vida em potencial e é mais remoto a deteriorização de órgão-alvo, requerendo redução mais lenta da PAem 24hs

OBS:PSEUDO-CRISE HIPERTENSIVA: Elevação acentuada da PA, sem sinais de deteriorização de órgão-
alvo, geralmente desencadeada por dor, desconforto, ansiedade, etc.

EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:

1) H.A.Maligna (Acelerada):

Meta: redução da PAD para níveis de 100 – 110 mmHg em 2 a 6 hs.
Tratamento: Nitroprussiato de Na. 0,25 mcg – 10 mcg (infusão contínua) 50 – 100mg (1 a 2 ampolas) em SG 250ml.

2) Encefalopatia Hipertensiva:

Meta: redução da PAD a níveis de 120 mmHg em hipertensos crônicos. Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

3) Hemorragia Intracerebral:

Meta: redução da PAS a 160 – 140 mmHg, não excedendo. Intervir quando PAS > 170 mmHg.
Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

4) Hemorragia Subaracnóidea:

Meta: redução de 20% - 25% da PAS (cuidado com a redução da PA pois a elevação pode ser devida a vasoespasmo cerebral – Reflexo de Cushing em pacientes normotensos).
Tratamento: Nitroprussiato de Sódio.

5) Dissecção Aguda da Aorta:

Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg, ou seja, o máximo

tolerável.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. Beta bloqueador injetável: metropolol 5mg EV repetir a cada 10 min, até um total de 20 mg. Propanolol 1 – 3 mg EV; repetir após 20 min.

6) ICC com EAP:

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.

Tratamento: Diuréticos de Alça venoso: Furosemide 20 a 60 mg EV Nitroglicerina EV 5 – 100 mcg/min., 50 mg(01 ampolaem 500 mldeADou SG 5%) emfrascodevidro+ morfina.

7) IAM:

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.

Tratamento: Nitroglicerina ou nitroprussiato de Na. Betabloqueador venoso. (Vide acima).

8) Insuficiência Renal rapidamente progressiva:

Meta e Tratamento: Nitroprussiato de Na.

9) Crises Adrenérgica graves e uso de drogas ilícitas (cocaína, crack, LSD):

Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg se for tolerado.

Tratamento: Nitroprussiato de na, Propanolol ou Metropolol (vide acima) Verapamil 5 – 10 mg EV lento.

10) Eclampsia:

Meta: redução da PAD quando ultrapassar 100 mmHg.

Tratamento: Hidralazina venosa. 10 – 20 mg EV ou 10 – 40 mg IM cada 6h, Sulfato de Mg por 24 hs (de acordo com avaliação obstétrica).

1) H.A. Perioperatória:

Meta: redução de 20% - 25% da PAM.

URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:

1) H.A. ACELERADA SEM PAPILEDEMA:

Tratamento: IECA, Inibidor de Ca (Nifedipina fracionada) Captopril 25 mg SL, repetir após 1 hora
Nifedipina 5 a 10 mg SL fracionada.

2) ICO:

Tratamento: Betabloqueador, IECA.
Propranolol 40 mg VO ou metropolol 50 mg VO. Captopril 25 mg VO ou SL.

3) ICC:

Tratamento: Diuréticos, IECA, Furosemide 40 a 80 mg EV
Captopril 25mg VO ou SL, Nifedipina 5 a 10 mg fracionada.

4) ANEURISMA DE AORTA:

Tratamento: Betabloqueador, IECA.
Propranolol 40 mg VO ou metropolol 50 mg VO.

5) AVCI NÃO COMPLICADO:

Meta: Intervir quando PAS > 190 mmHg ou PAD > 110 mmHg.
Tratamento: Captopril 25 mg VO ou SL.

6) CRISES RENAIS:

Tratamento: Clonidina, IECA(cuidado com hiper-reninismo podendo ocorrer diminuição acentuada da PA). Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO até 0,6 mg, Captopril 25 mg VO ou SL.

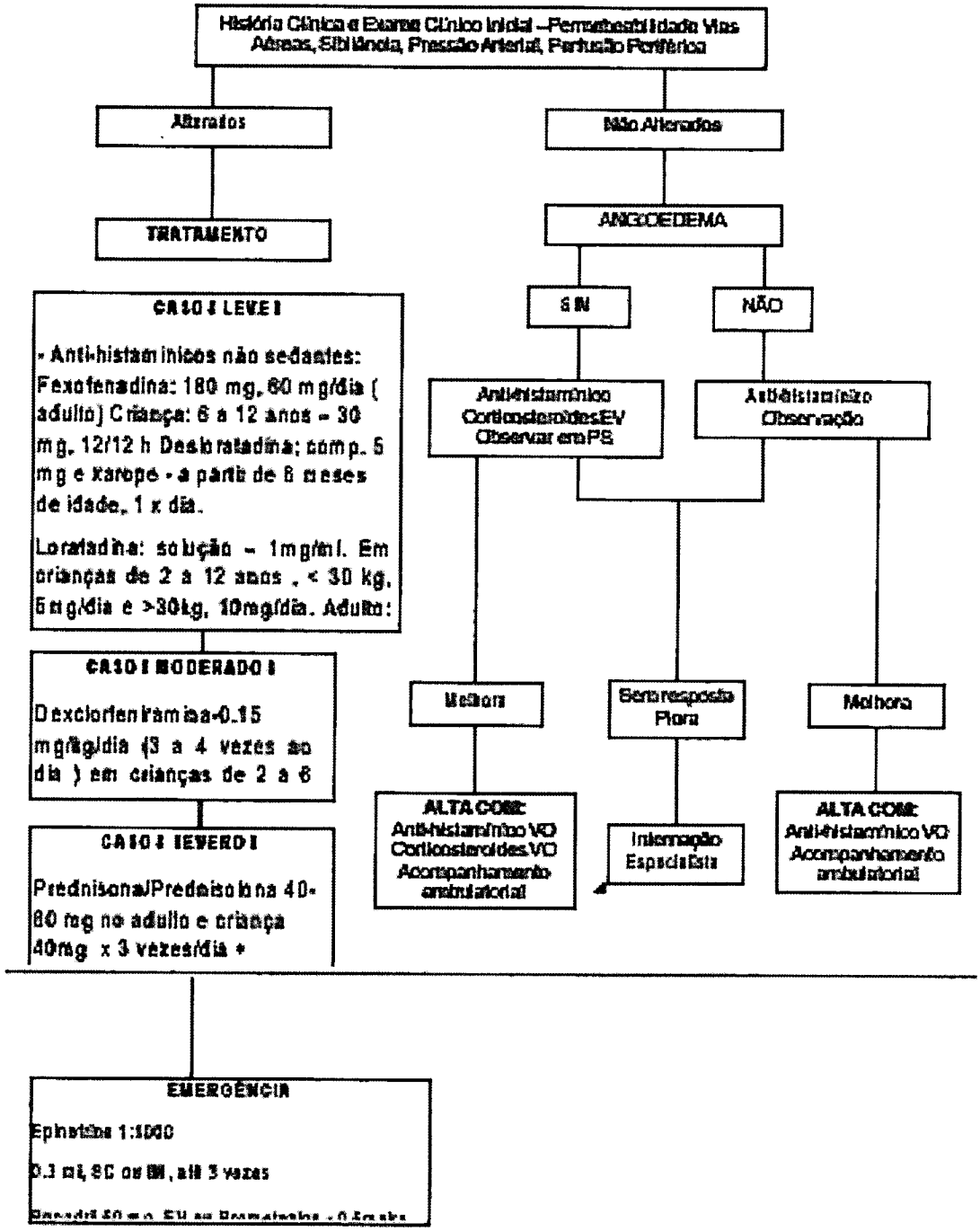
7) PERIOPERATÓRIO:

Tratamento: IECA, Clonidina, betabloqueador. Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40mg VO Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

8) CRISES ADRENÉRGICAS MODERADAS:

Tratamento: IECA, Clonidina.
Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40 mg VO Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO

URTICÁRIA E ANGIOEDEMA



ASMA
CLASSIFICAÇÃO DA INTENSIDADE DA CRISE DE ASMA EM ADULTOS E CRIANÇAS:

ACHADO	LEVE/MODERADA	GRAVE	MUITO GRAVE
Pico de fluxo (%	>50%	30-50%	<30%
Gerais	Normais	Normais	Cianose, sudorese exaustão.
Dispnéia	Ausente/leve	Moderada	Grave
Fala	Frases completas	Frases incompletas/ parciais. Lactente choro curto, dificuldade de	Frases curtas/monossilábicas Lactente:maior dificuldade de
Estado mental	Normal	Normal	Agitação, confusão, sonolência.
Musculatura acessória	Retração intercostal ausente ou leve	Retrações subcostais e/ou esternocleidomastóideas acentuadas	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)
Sibilos	Ausentes com MV normal/localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV□, localizados ou difusos.
Freqüência Respiratóri	Normal ou □	□	□
Freqüência Cardíaca	≤ 110	110-140	>140 ou bradicardia
SaO2 (ar ambiente)	> 95%	91-95%	≤ 90%
PaO2 (ar ambiente)	Normal	60 mmHg	< 60mmHg
PaCO2(ar ambiente)	< 40 mmHg	< 40 mmHg	>45 mmHg

*A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos, indicam a classificação geral da crise.

**FR em crianças normais: < 2 meses: <60 irpm; 2-11 meses: <50 irpm;

1 a 5 anos: <40 irpm; 6 a 8 anos: < 30 irpm

> 8 anos = adulto

Exames complementares:

1. Gasometria (sinais de gravidade, PFE < 30% após tratamento ou $SaO_2 \leq 93\%$)
2. Radiografia do tórax (possibilidade de pneumotórax, pneumonia ou necessidade de internação por crise grave);
3. Hemograma (suspeita de infecção. Neutrófilos aumentam quatro horas após o uso de corticosteróí-

1. Eletrólitos (coexistência com doenças cardiovasculares, uso de diurético ou de altas doses de □2 agonistas, especialmente se associados a xantinas e corticosteróides)

MANEJO DA CRISE DE ASMA

Classificação da Intensidade da Crise

CRISE LEVE

□2 agonista em spray ou Nebulização a cada 15 ou 20 min, até 3 vezes.

Reavaliar em 1 hora

BOA RESPOSTA:

Ausência de sinais de gravidade

Alta com orientação □2 agonista em spray dosificado ou Nebulização 4/4 h ou oral 6/6h até melhora da crise. Considerar corticóides.

Plano de acompanhamento

Crise moderada ou grave ou resposta incompleta

O2 por máscara ou cateter nasal 2 a 3 l/min.

□2 agonista em Spray ou Nebulização 20/20 min na 1ª hora e após de 2/2 horas até melhora dos sinais e sintomas.

Havendo disponibilidade, acrescentar Brometo de Ipratrópio 20/20 min 1ª hora e após de 2/2 horas.

Corticóide (ataque)*.

Se incapaz de receber medicação inalatória, aplicar Adrenalina* ou Terbutalina 20/20 min até 3 vezes.

Reavaliar a gravidade
em 1 hora

MÁ RESPOSTA (sem melhora dos sinais e sintomas):

Continuar tratamento. Considerar internação após 4 horas do uso do corticóide

INTERNAÇÃO

O2 por máscara ou cateter nasal a 3l/min.

Nebulização com □2* agonista 1/1h a 4/4 horas.

Havendo disponibilidade, acres- centar Brometo de Ipratrópio* 2/2 a 4/4 horas.

***Consultar quadro de Medicações**

Corticóide (manutenção)*. Hidratação venosa de manutenção c/ K^+.

REAVALIAR GRAVIDADE

INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO NA UTI:

PaCO2 > 40 mmHg PO2 < 60 mmHg
Saturação O2 < 90 mmHg em FiO2 > 60 %
Piora dos parâmetros clínicos: dificuldade em falar, uso intenso da musculatura acessória, exaustão, cianose e inconsciência
Pico de fluxo < 30% do basal Acidose metabólica
Pulso Paradoxal > 18 mmHg (adolescente) e > 10 mmHg (criança) Pneumotórax/ Pneumomediastino
Alteração do ECG

Características de pacientes asmáticos de alto risco:

Três ou mais visitas à emergência ou duas ou mais hospitalizações por asma nos últimos 12 meses; Uso freqüente de corticosteróide sistêmico;
Crise grave prévia, necessitando de intubação;
Uso de dois ou mais tubos de aerossol dosimetrado de broncodilatador/mês Problemas psicossociais (ex: depressão);
Co-morbidades – doença cardiovascular ou psiquiátrica;
Asma lábil, com marcadas variações de função pulmonar (> 30% do PFE ou do VEF previstos); Má percepção do grau de obstrução.

Recomendações Importantes:

Utilizar O2 a 3 l/min sob cateter nasal, quando Sat.= 95%
Dar preferência ao uso do □2 agonista por via inalatória. O efeito por nebulização a jato é o mesmo que obtido por aerossol dosimetrado com

espaçador, mesmo em casos de crise muito grave e pode resultar em reversão mais rápida da obstrução.

Brometo de Ipratrópio associar na nebulização ao □2 agonista, quando crise grave

Corticóide oral ou parenteral tem efeito equivalente, portanto dar preferência à via oral. Prescrever a via parenteral a pacientes incapazes de deglutir. Os corticóides sistêmicos devem ser utilizados precocemente na emergência.

Não sedar.

Aminofilina: Não tem indicação como tratamento inicial. Em pacientes muito graves, hospitalizados, poderá ser considerada como tratamento adjuvante.

Uso de corticóide em casa, por 5 a 10 dias, em pacientes com história de:

- Asma corticóide-dependente.
- Duração da crise > 6 horas.
- Crises severas anteriores.
- Insuficiência respiratória durante crise anterior ou nesta crise.
- Internações anteriores.
- Ausência de resposta à Adrenalina ou a nebulizações.

MEDICAÇÕES DA ASMA:

MEDICAMENTOS	CRIANÇAS	ADULTOS
□2-agonista: Spray Dosimetrado	200 a 300 □g/dose, limitede dose:FC>120bpm, tremores e arritmias, a cada 20 minutos, até 1 hora + aerocâmera.	400 a 500g ,até 800 mg/dose até 15/15 minutos ou 1 jato/minuto + espaçador de grande
Nebulizador de jato: Adicionar soro fisiológico 3 a 5 ml e O2 6 l/min, com máscara bem adaptada à face	0,1 a 0,15 mg/Kg/dose mínimo: 5 gotas máximo:5 mg/dose (20 gotas)	2,5 mg a 5 mg (10 a 20 gotas/dose)
Solução	Contínua: 5 mg/Kg/h (máx.10 mg/h).	
Comprimido	0,6mg/ mg/kg/dia 6/6 h (1 ml/kg/dia) (máximo = 2mg = 5ml/dose)	1 cp (2mg) 6/6 horas
		Ataque: 250 mcg em

Endovenoso	Ataque:10 mcg/kg em 30 minutos Manutenção: 0,3mcg/Kg/min*	10 minutos Manutenção: 3 a 20 mcg/min**
Anti-colinérgico: Brometo de Ipratrópio	250-500mcg/dose(20 a 40 gotas)	250 - 500 mcg/dose (20 a 40 gotas)

Corticóides Sistêmicos		
Hidrocortisona EV	20 mg/Kg/dose	200 mg /dose
Dose de Ataque		
Dose de Manutenção	20 mg/Kg/dia 6/6 h	200 mg 6/6 h
Metilprednisolona EV		
Dose de Ataque Dose de Manutenção	1 a 2 mg/ Kg/dose 1 a 2 mg/ Kg/dia 6/6 h	40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg 6/6 h
Prednisona ou Prednisolona		
Dose de Ataque Dose de Manutenção	1 a 2 mg/Kg até 40 mg/dia 1 a 2 mg/ Kg/dia 1 a 2 x / dia	1 a 2 mg/ Kg até 40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg/dia
Aminofilina (amp. 24mg/ml)	Infusão contínua:	5-6mg, se não usou nas últimas
Dose de Ataque	1 a 6 meses= 0,5 mg/kg/h	24h (50% desta nos demais).
	6 m a 1 ano = 1 mg/kg/h	
	1 a 9 anos = 1,5 mg/kg/h	Depuração: Normal – 0,6 mg/Kg/hora Aumentada- 0,9 mg/Kg/hora
Dose de Manutenção	10 a 16 anos = 1,2 mg/kg/h	Reduzida- 0,3 mg/Kg/hora
Adrenalina (1:1000) SC ou IM	0,01 ml/kg/dose, de 20/20 min, até 3 doses (máx. 0,3 ml/dose)	

*Aumentar 0,1 mcg/Kg a cada 30 min até melhora clínica ou queda da PaCO2 (dose máxima 8 mcg/Kg/min). Reduzir taxa de infusão se ocorrer queda da PaCO2 > 10 mmHg, FC>200 bpm, arritmia cardíaca ou hipotensão. Iniciar desmame após 12 horas de uso de taxa de infusão considerada ótima, melhora clínica, PaCO2 < 40 mmHg. Reintroduzir □2 agonista sob nebulização.

** Ajustar de acordo com a resposta e FC

Solução 10 ampolas em 500 ml de S.F.- (10 mcg/ml) 1 ampola = 500mcg/ml

Erros e Deficiências mais comuns nas Emergências.:

Uso de mucolíticos ou fluidificantes VO ou inalados. Uso de dexametasona via inalatória.

Nebulização com álcool ou vodka ou água destilada. Tapotagem.

Percepção inadequada da gravidade da crise por parte do paciente e/ou médico. História e exames físicos inadequados

Hiperhidratação.

Falta de reposição de potássio.

Uso de aminofilina como tratamento central. Demora ou não indicação de corticosteróides. Antibióticos de rotina.

Uso de sedativos.

Falta de suplementação de oxigênio.

Alta precoce do pronto-socorro ou hospital.

Falta de intensificação no tratamento após a alta.

Não informar ao paciente ou responsável sobre o diagnóstico adequado da Crise de Asma usando termos como Bronquite ou Chiado no peito;

Falta de medidas funcionais para avaliação da gravidade e da resposta ao tratamento; Uso incorreto de medicações

Entregar a receita sem o total entendimento do uso da medicação;

Não fazer a Classificação da Gravidade da Asma e encaminhamento inadequado aos Centros de Refe- rência do Programa de Asma

"A crise de asma é como um incêndio: quanto mais cedo se apaga, menores as perdas e danos e menos água se gasta."

ANGINAS

Processo Inflamatório Infeccioso, de origem local ou geral, da Mucosa Faríngea.

SINAIS E SINTOMAS
Hipertermia Disfagia
Aumento e Hiperemia das Amígdalas Palatinas Linfadenopatia Cervical Anterior (sim ou não)

EXAMES COMPLEMENTARES
Orocultura c/ antibiograma Sorologia p/ mononucleose

CLASSIFICAÇÃO

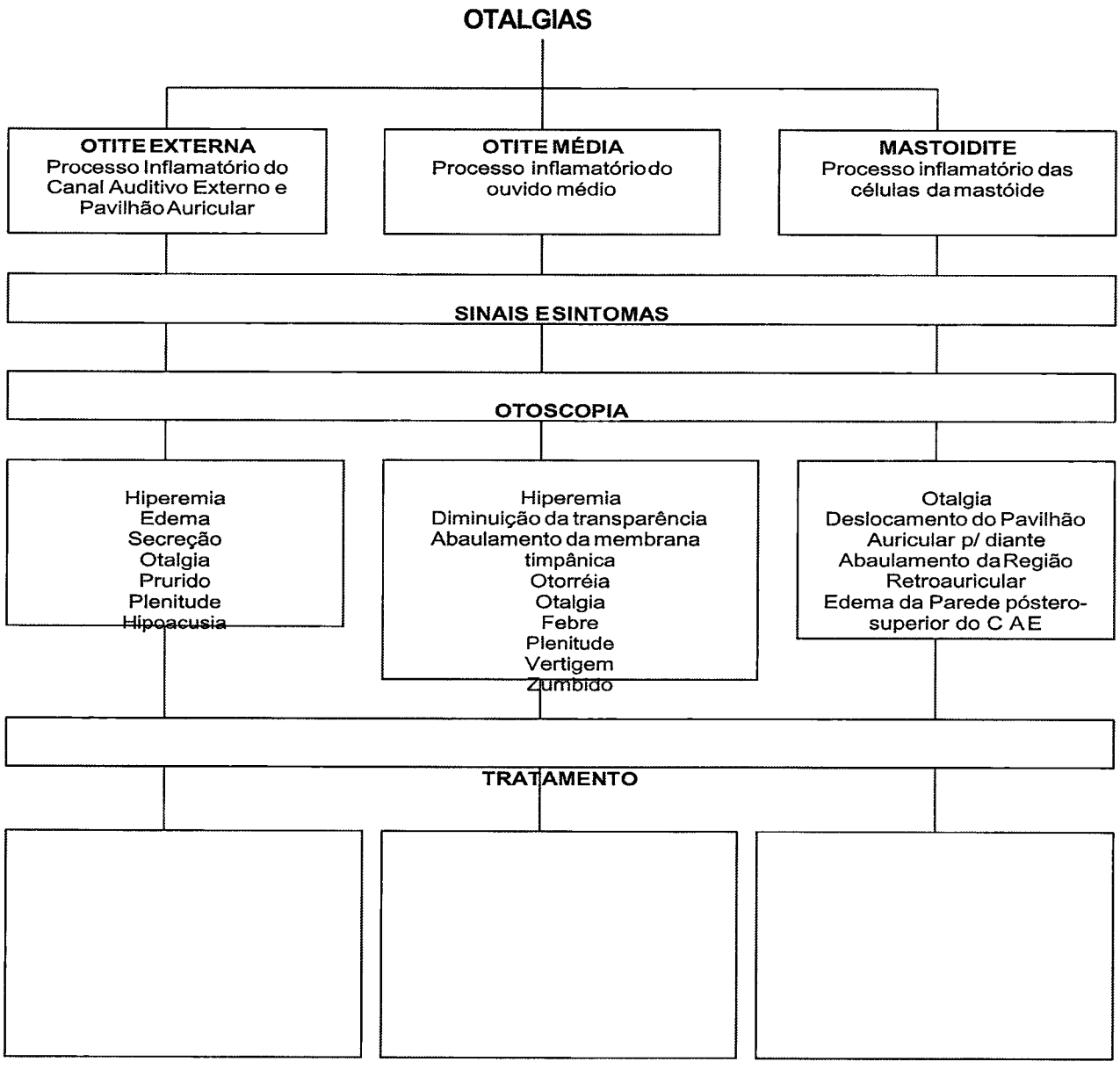
FARINGITE DIFUSA
Coriza 2 a 3 dias
Febre baixa

MONONUCLEOSE
Sonolência
Adenopatia importante

ABCESSO PERIAMIGDALIANO
Odinofagia
evolução de 3 a 7 dias
Trismo

CANDIDÍASE
Eritema Difuso
Placas esbranquiçadas sobre Mucosa Hiperemiada
Paciente Imunodeprimido

AMIGDALITE AGUDA
Hipertermia
Adenopatia



Tratamento:

AMBULATORIAL

Medicação tópica (cloranfenicol, polimixina B, neomicina, ciproflo-xacina)

Antibiótico Sistêmico (Amoxicilina, Amoxicilina c/ Clavulanato, Cefa- clor, Cefalexina, Roxitromicina) Antiinflamatório

Calor Local

AMBULATORIAL

Antibiótico Sistêmico (Amoxicilina, Amoxicilina c/ Clavulanato,

Cefa- clor, Cefalexina) Descongestionante Nasal Pediátri- co (Fenoxazolina, Oximetazolina) Corticosteróide Sistêmico (Dexa- metasona, Betametazona)

HOSPITALAR

Antibioticoterapia Parenteral: (Efta- zidima, Ceftriazona)

Outras alternativas: (Amoxacilina/ Clavulinato, Clindamicina)

Corticosteróide parenteral: (Hidro- cortisona)

Analgésicos: (Dipirona, Paraceta- mol)

*Não(Amoxi/Clavulonato, Clindami- cina)

SINUSITE

Inflamação dos Seios Paranasais com Etiologia Infecciosa ou Alérgica

COMPLICAÇÕES

ORBITÁRIAS

Edema inflamat. Celulite orbital Abcesso subperiósteo Abcesso orbital Trombose do seio cavernoso

INTRACRANIANAS

Meningite Abcesso epidural Abcesso subdural Abcesso cerebral

EXAMES COMPLEMENTARES

SEM COMPLICAÇÕES: RX dos seios da face (Fronto Naso – Mento Naso – perfil)

COM COMPLICAÇÕES: T.C. dos seios da face (axial e coronal)

TRATAMENTO

Sem complicações

Ambulatorial Antibióticoterapia Oral (Amoxicilina, Amoxicilina c/ Clavulanato, Roxitromicina, Cefaclor,Sulfametoxazol, Trimetropim, Azitromicina) Mucolítico inalatório Descongestionante Sintomáticos

Com complicações

Hospitalar

Antibióticoterapia Parenteral oral (Ceftazidima, Ceftriazona, Clindamicina, Cefoxitina, Amoxacilina/clavulinato, Quinolona)
Corticóide Parenteral Sintomáticos

SURDEZ SÚBITA

Fatores Predisponentes

Barotraumas Anestesia Geral Doenças Vestibulares Gravidez, Viroses Distúrbios Endocrinológicos Distúrbios Hematogênicos, Esforço físico Doenças do Colágeno Manobra de Valsalva Espirros Violentos

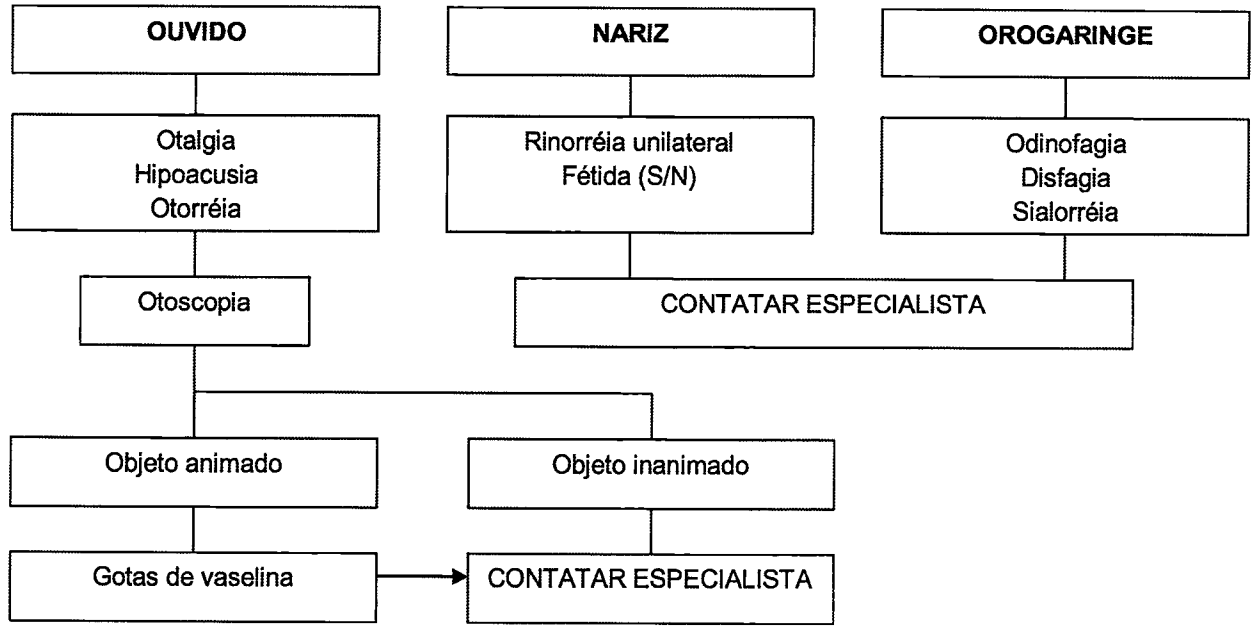
EXAMES LABORATORIAIS

Audiometria + impedânciometria Avaliação Hematológica Reações Sorológicas Lipidograma
Curva Glicêmica TC de Crânio
RM de Meato Acústico Interno

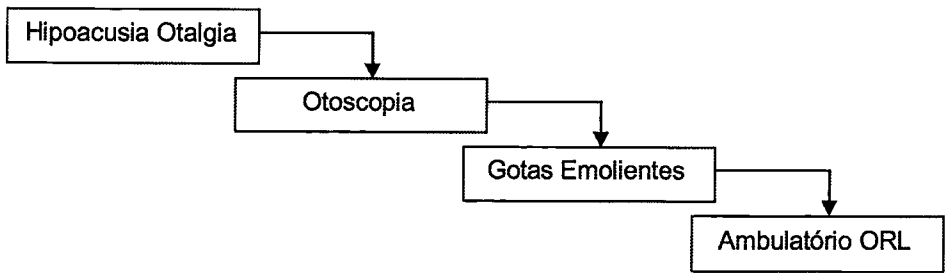
TRATAMENTO

Pentoxifilina 400mg de 12/12h ou de 8/8h Predinisolona 1mg/kg/dia
Aciclovir 200mg 4/4h Vasodilatador
(Flunarizina 10mg – 8/8h V.O.)
Corticosteróide
(Dexametazona 02mg – 6/6h E.V.)
Dextran40
(500mg + solução glicosada a 0,5% 12/12h E.V.) Tratamento de causas especificamente identificadas

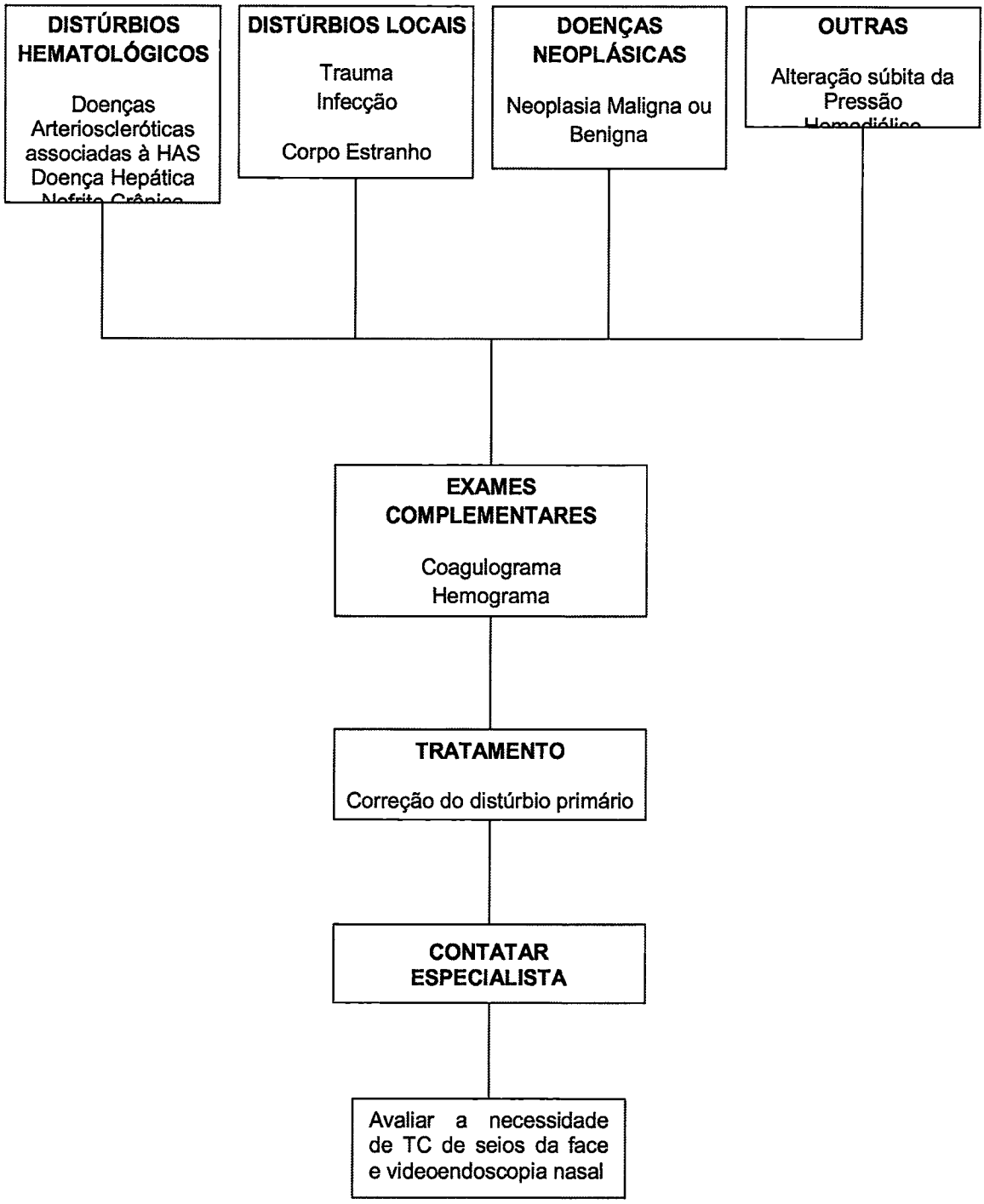
CORPO ESTRANHO



ROLHA CERUMINOSA



EPISTAXE



OBS.:

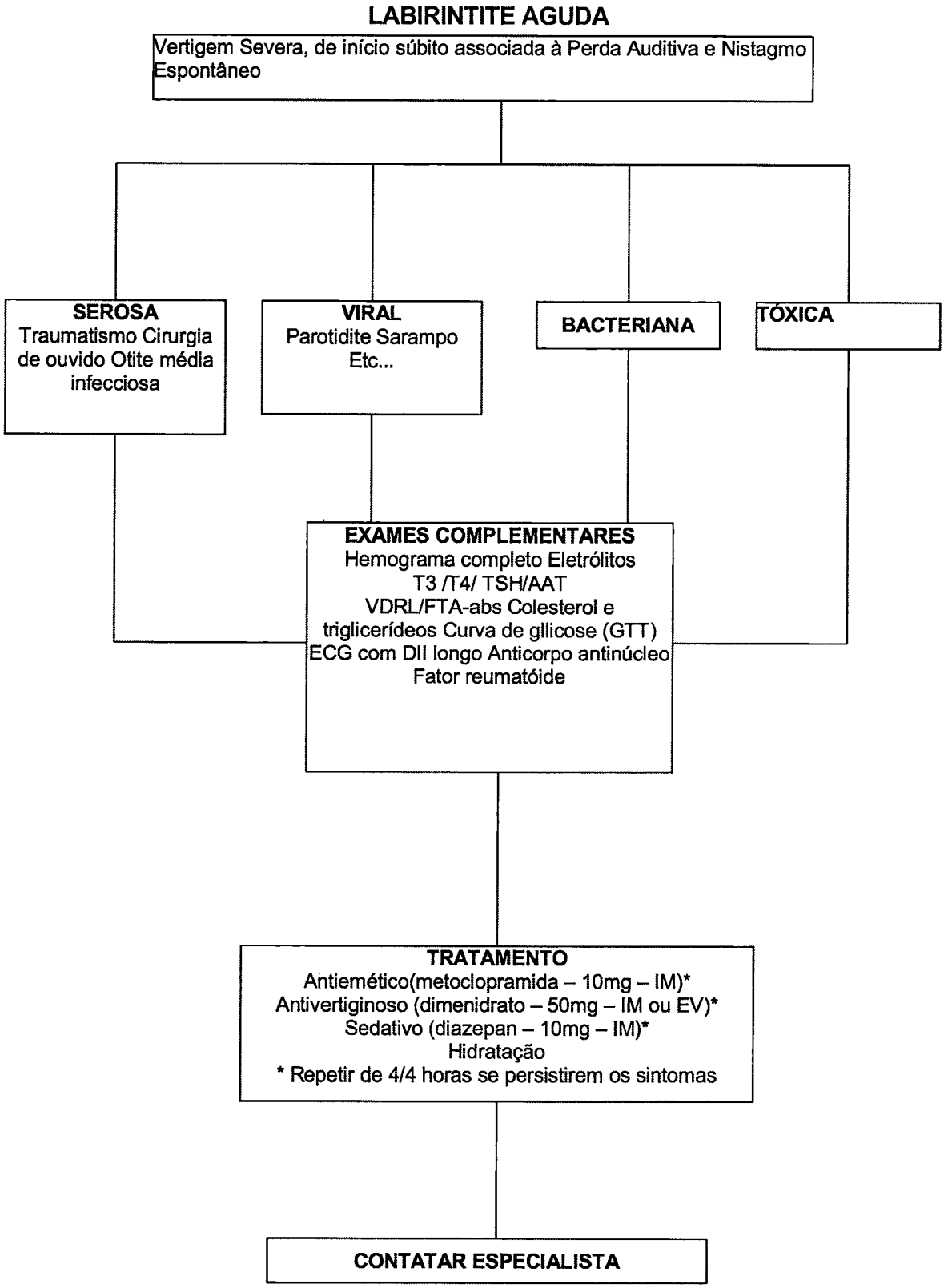
Tamponamento Nasal Anterior.

Introduzir na Fossa Nasal, com auxílio de uma pinça longa, gaze hidrófila ou gaze 4 aberta longitudinalmente embebida em substância lubrificante, entre o corneto médio e o septo nasal. Continua-se introduzindo a gaze em toda a extensão da fossa nasal à maneira do pregueamento de uma sanfona

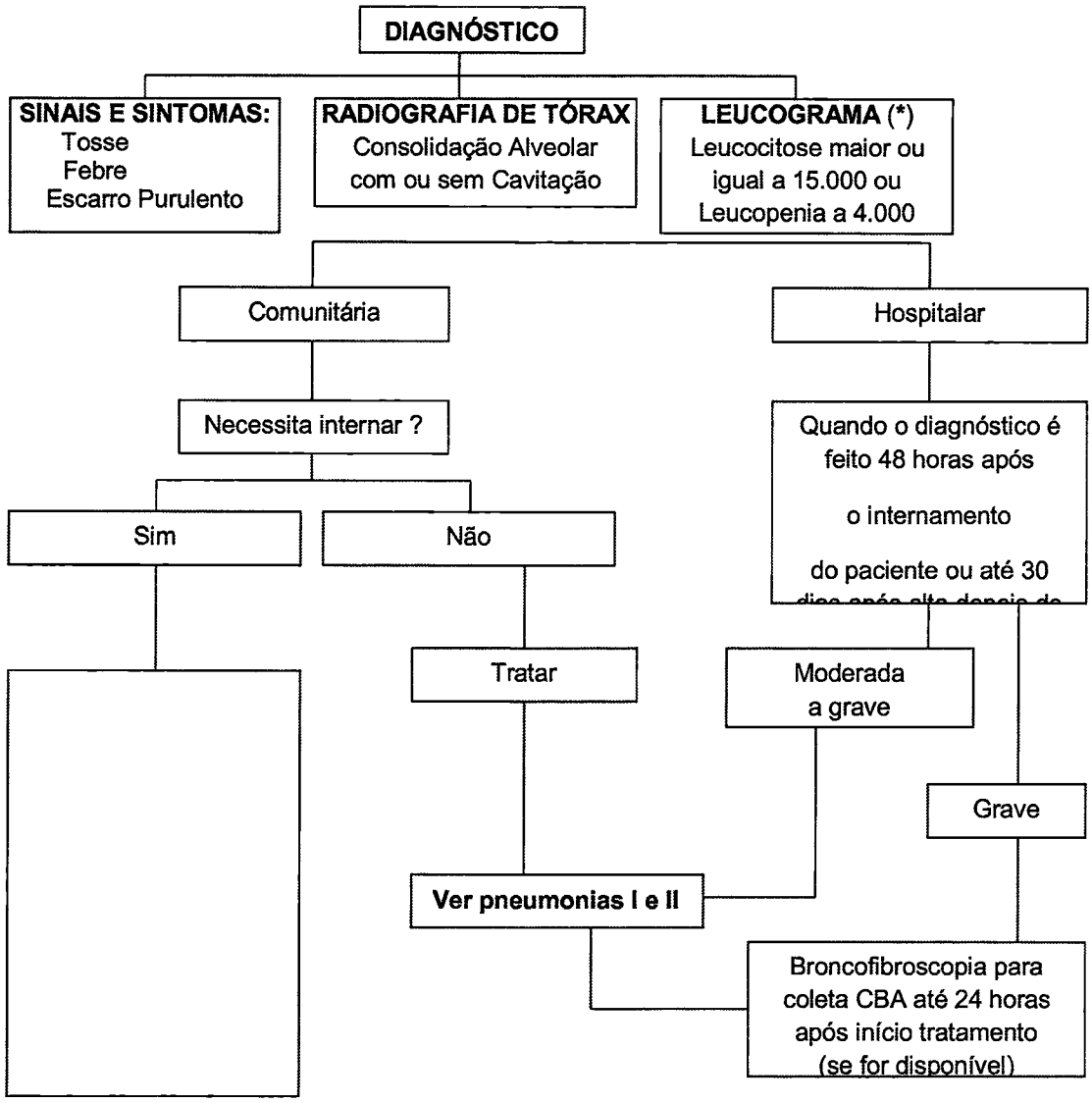
Tamponamento Nasal Posterior (Especialista)

Material utilizado: Caixa de Otorrino (PA), Fotóforo (Marocel - 2

unidades – C. Cirúrgico)



PNEUMONIAS(PN)



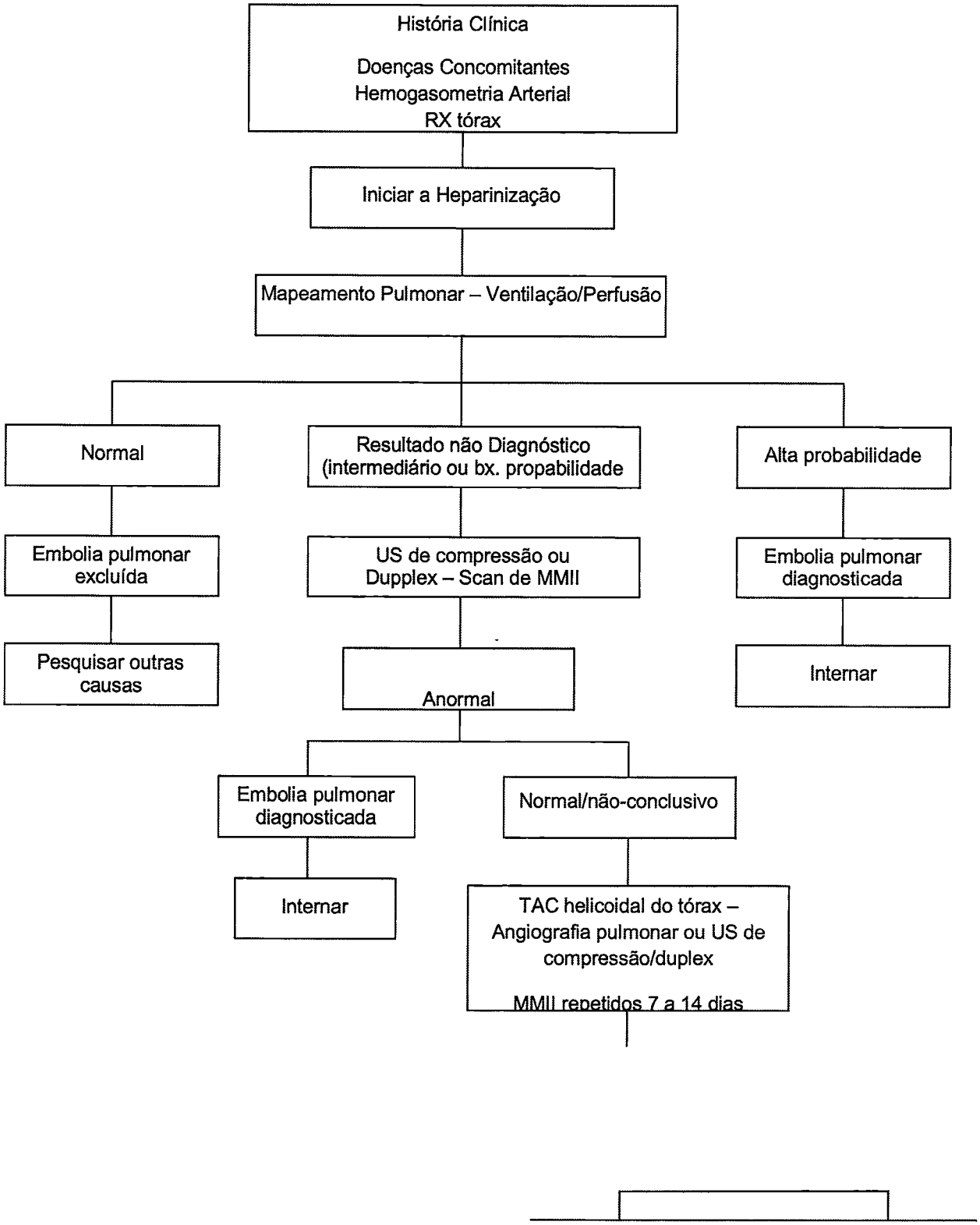
Critérios Internamento Leucocitose > 20.000

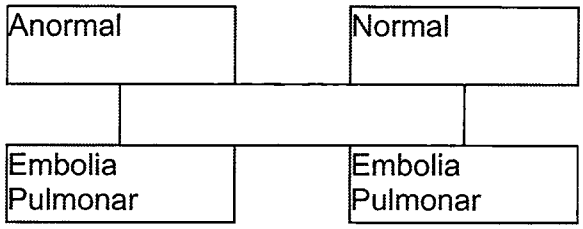
- Maior ou igual 60 anos
- FR Maior ou igual a 30
- Confusão Mental
- Alcoolista
- Estado Geral Precário DPOC
Insuf. Cardíaca Neoplasia
AVC
- Insuficiência renal
- Hepatopatia
- Uso de Corticóide

Leucograma pode ser normal quando o patógeno for um agente atípico.

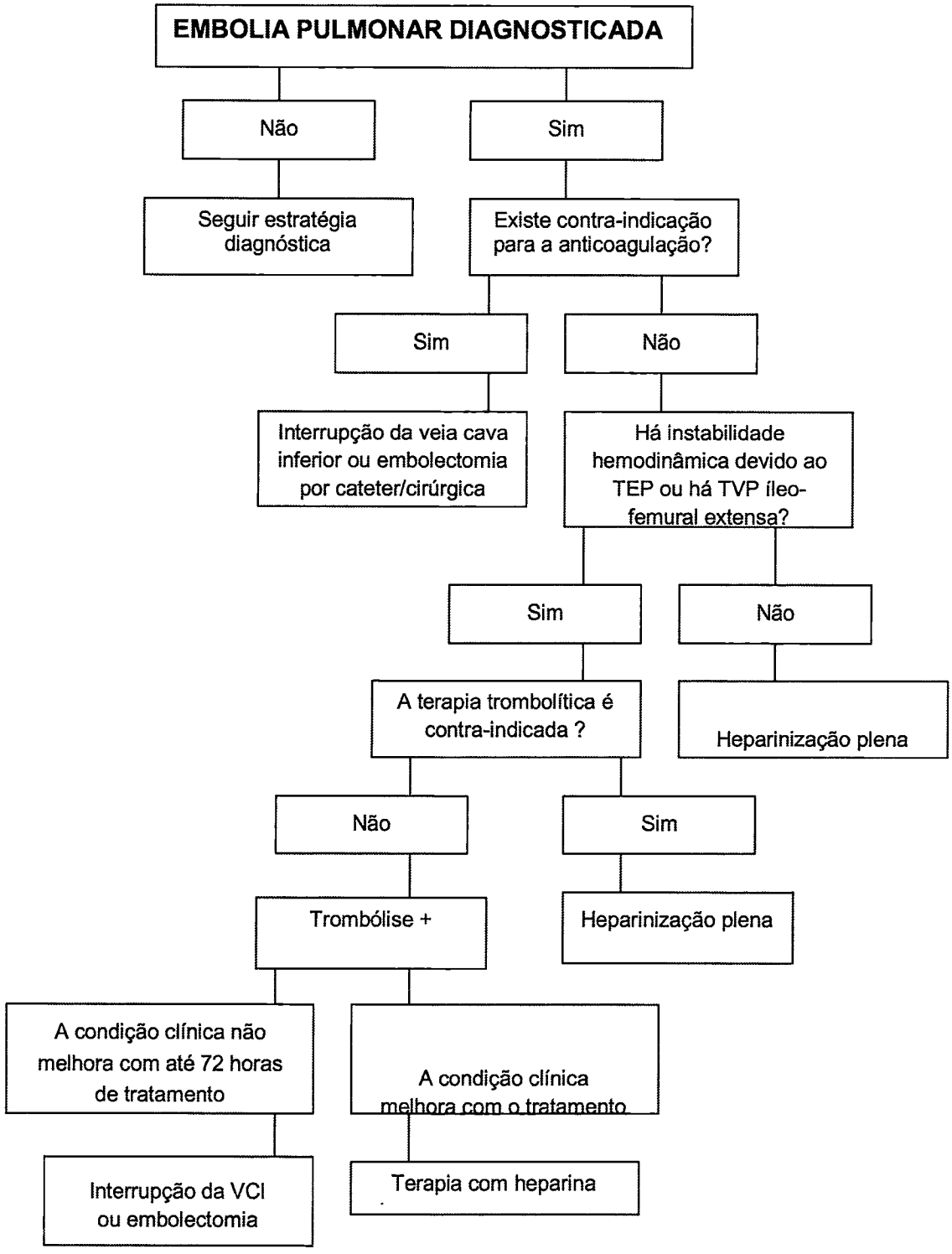
A Radiografia do tórax deve ser em PA e perfil.

EMBOLIA PULMONAR
SUSPEITA DE EMBOLIA PULMONAR

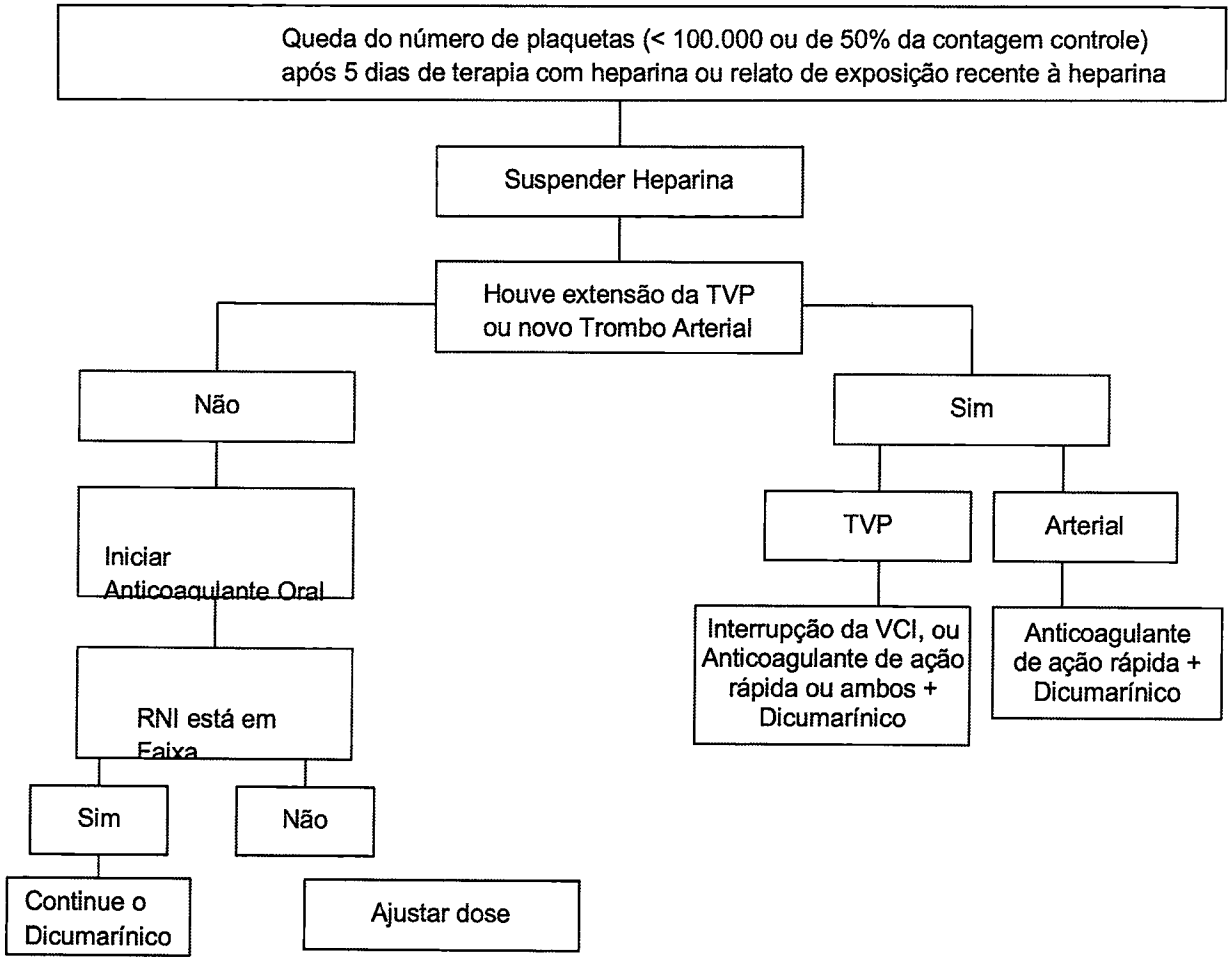



Anormal
Normal
Embolia Pulmonar
Embolia Pulmonar

TERAPÊUTICA PARA AEMBOLIA PULMONAR



MANEJO DA TROMBOCITOPENIA INTRODUZIDA POR HEPARINA



TROMBÓLISE NO TEP - INDICAÇÕES

Instabilidade Hemodinâmica. Disfunção Sistólica de VD. TEP Maciço.

TEP com Cardiopatia e Pneumopatia prévias.

TEP com diminuição de Perfusão em 1 lobo ou Múltiplos Segmentos Pulmonares.

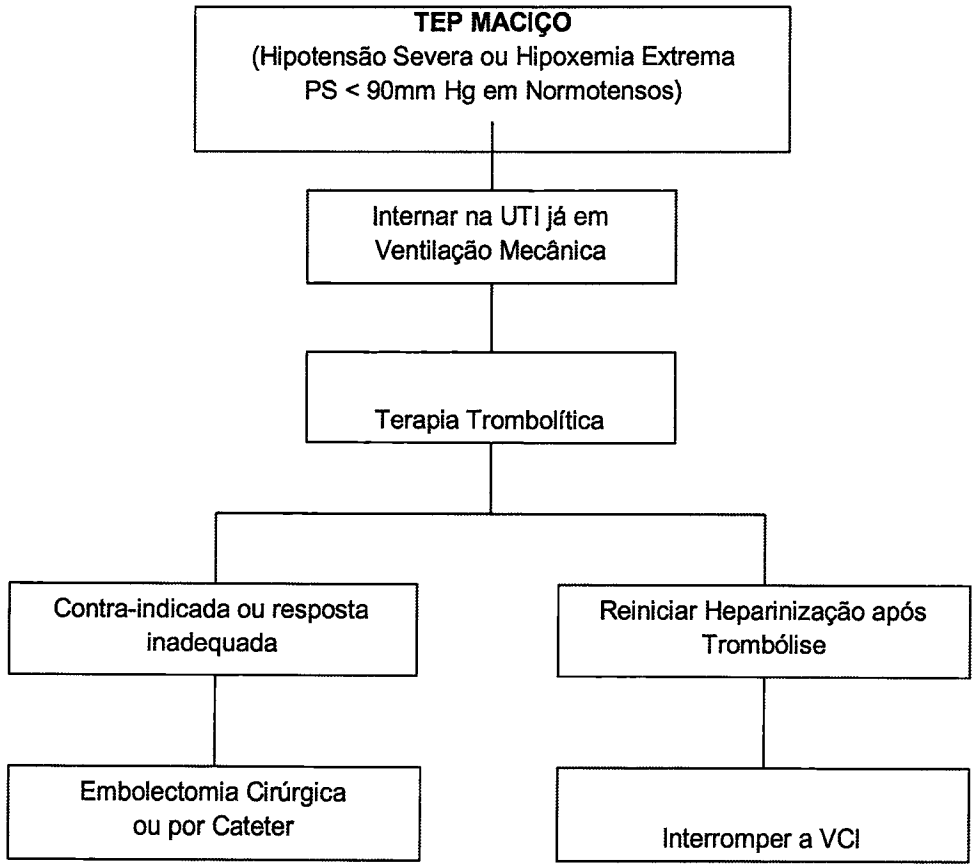
OBS.:

1 - Heparina deve ser suspensa 6 horas antes da trombólise.

2 - A Heparina será reiniciada quando TTPa <= 80seg ou após 12 horas da Trombólise. 3 - Idade e câncer não são contra-indicações à Trombólise.

4 - A Trombólise pode ser realizada em até 14 dias do diagnóstico, preferencialmente no período diurno. 5 - A Angiografia deve ser feita ou no MSE ou por Punção Femural, abaixo do ligamento inguinal.

ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO(TEP)

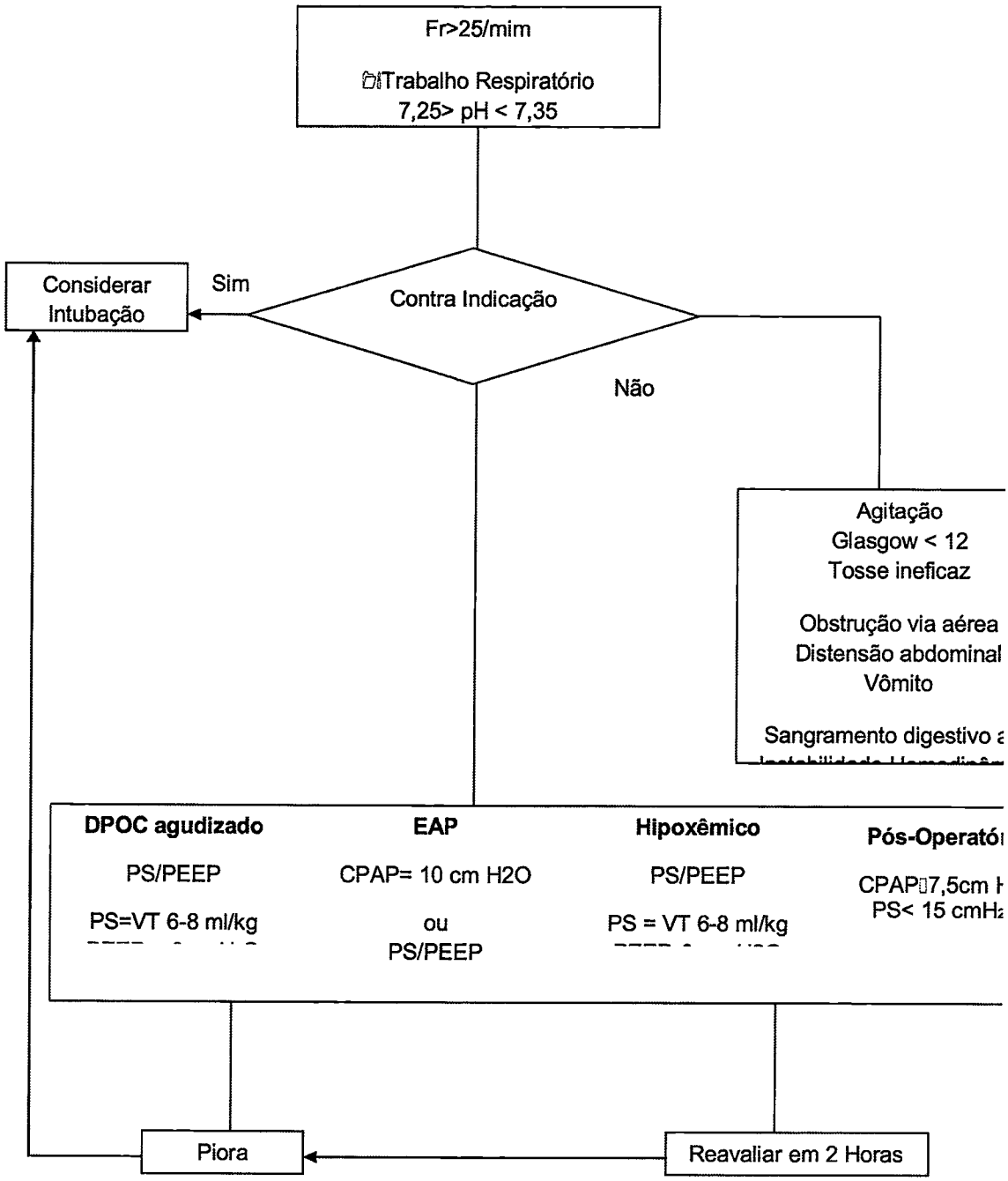


PARA AJUSTE DA INFUSÃO DE HEPARINA

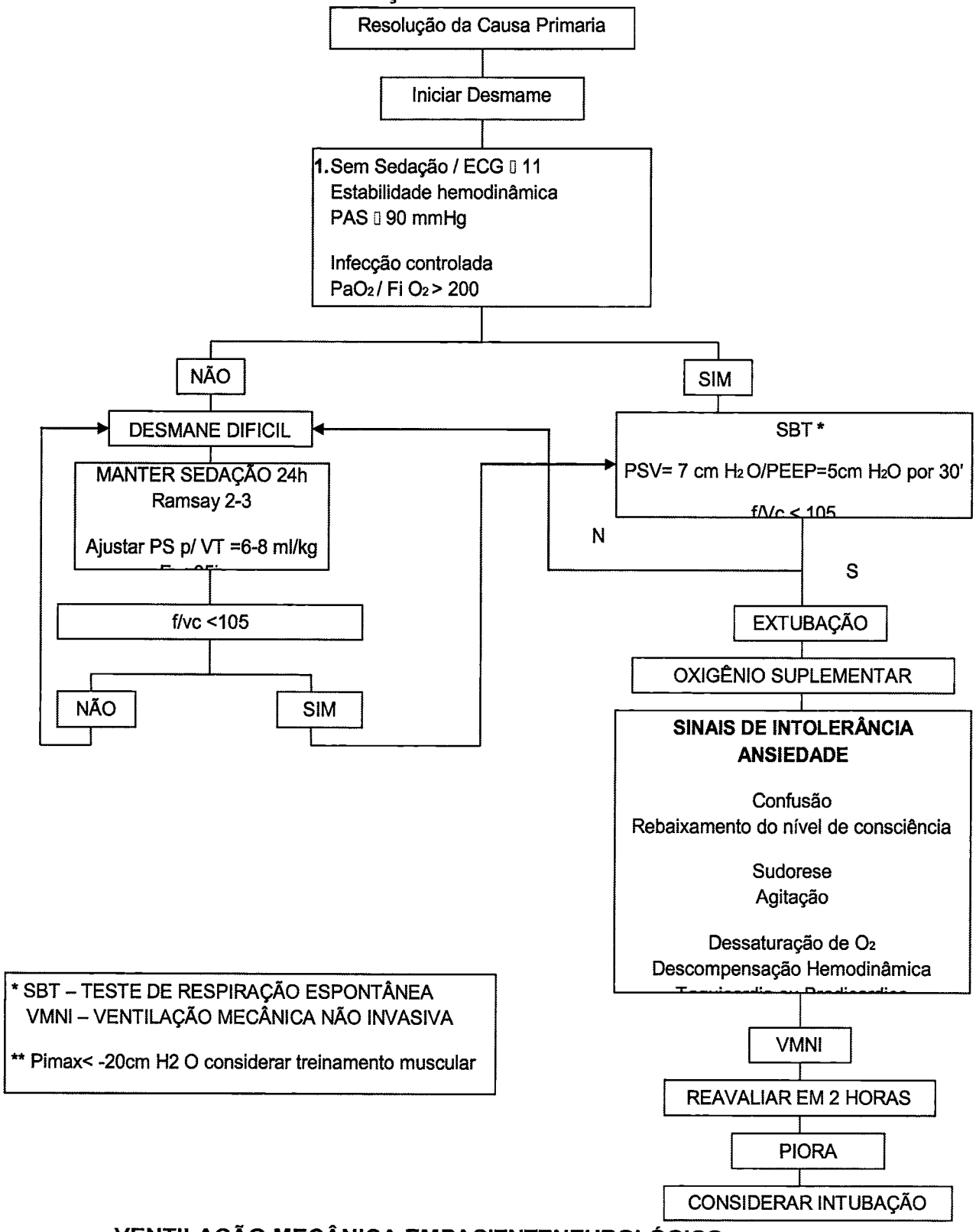
TTPa	REPETIR BOLUS	PARAR INFUSÃO (Min)	VELOCIDADE DE INFUSÃO ml/h	PRÓXIMO TTPa
< 50	5.000 UI	0	0 + 2	6h
50 - 59	0	0	0 + 3	6h
60 - 85	0	0	0	Próxima manhã
86 - 95	0	0	0 - 2	Próxima manhã
96 - 120	0	30	30 - 2	6h
> 120	0	60	60 - 4	6h

TVP TEP ou com TEP maior sem Heparina 5000 UI em bolus + 1000 a 1500 UI/h/24hs (solução 32.000) Dose 80mg Kg IV bolus

ASPECTOSDA MECÂNICA RESPIRATÓRIA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA ADULTO



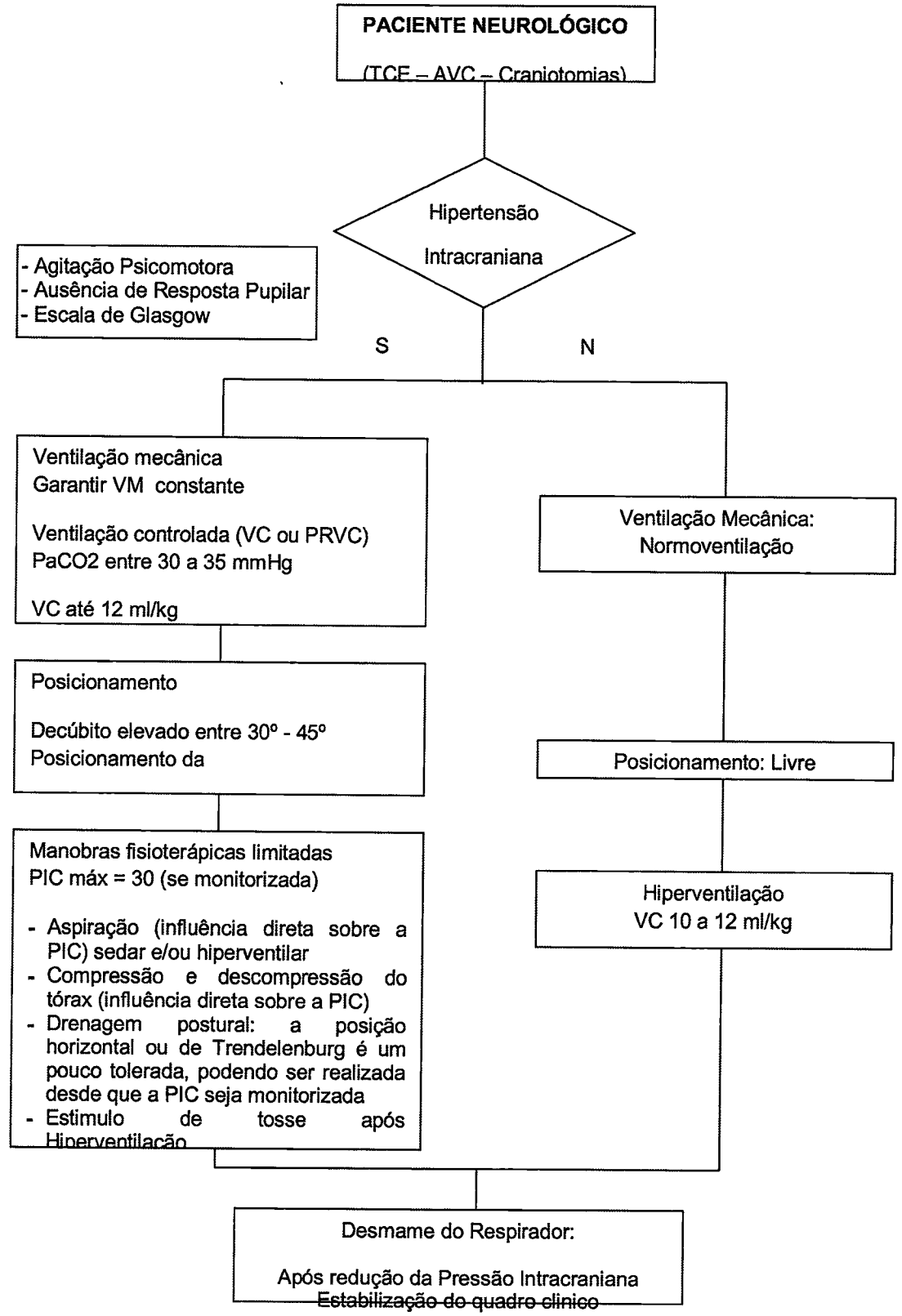
DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA



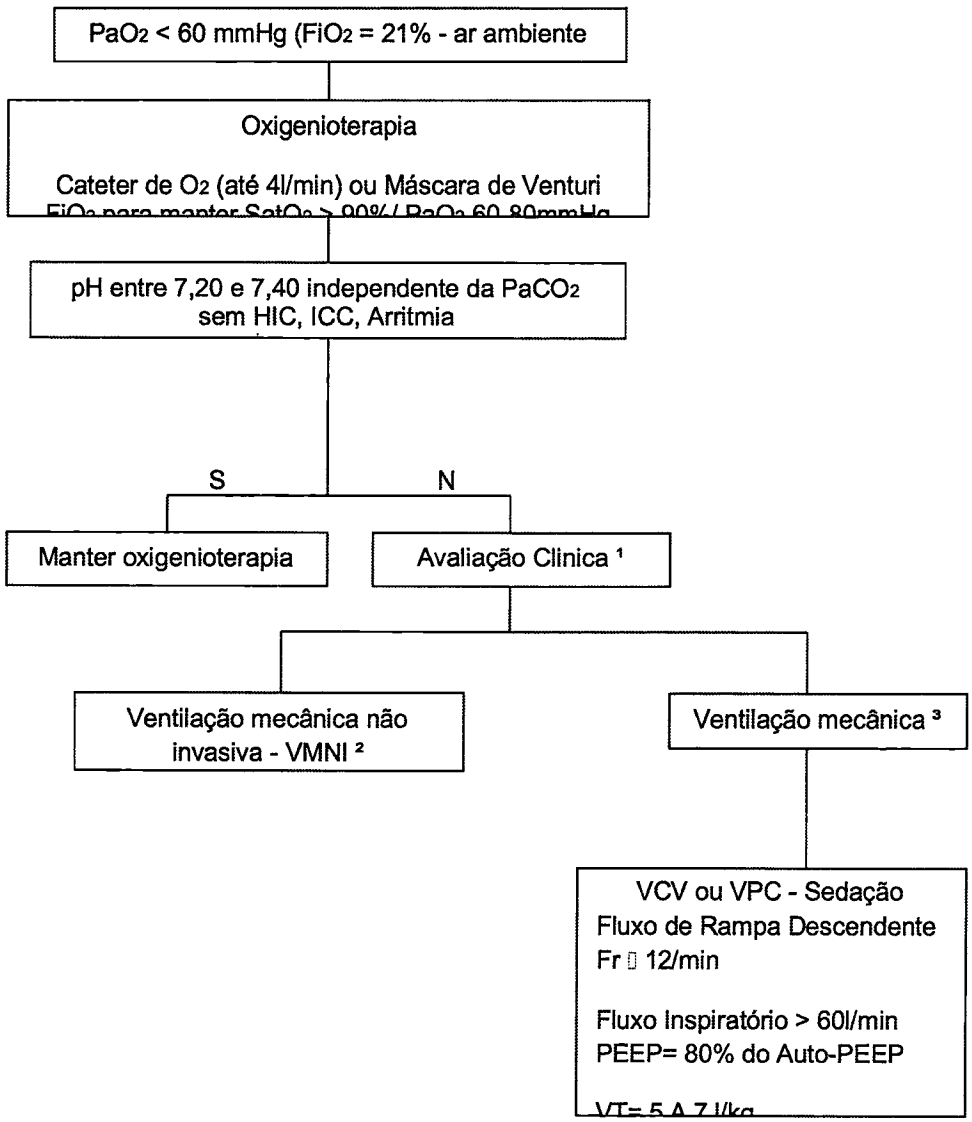
* SBT – TESTE DE RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
VMNI – VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

** Pimax< -20cm H2 O considerar treinamento muscular

VENTILAÇÃO MECÂNICA EMPACIENTENEUROLÓGICO



VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇAPULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA



1 Avaliação Clinica

Nível de consciência do paciente Padrão Respiratório Instabilidade Hemodinâmica

Critérios para IOT

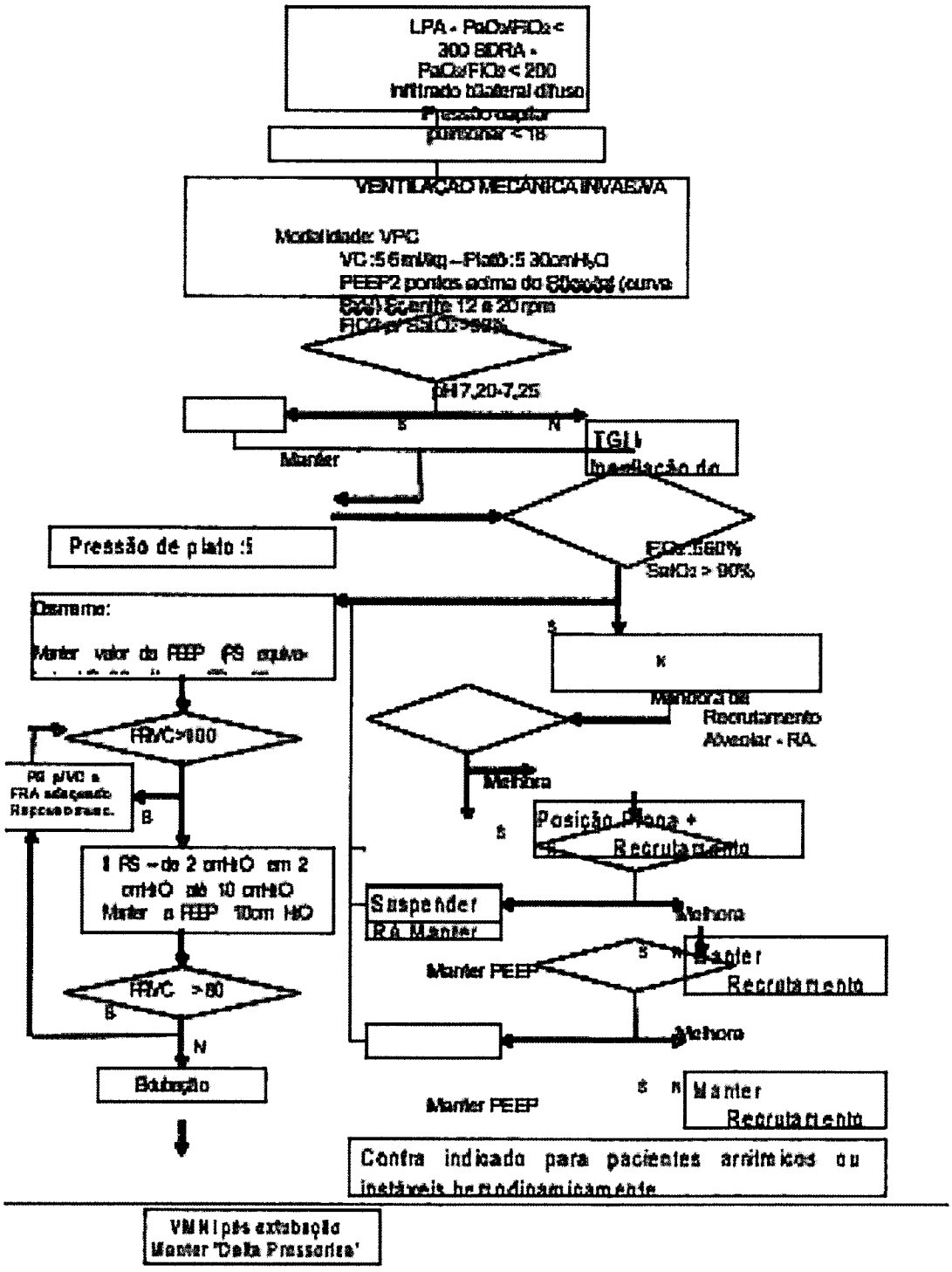
Glasgow ♦ 8, agitação, não colabora tivo com VMNI
PCR
Instabilidade Hemodinâmica Hipersecreção Pulmonar

Critérios para utilização de VMNI

Paciente colaborativo
Desconforto respiratório com Dispnéia mode- rada a severa / Fr < 35
Utilização de Musculatura Acessória Estabilidade Hemodinamica

Nível de consc. rebaixado por Hipercapnia sem instabilidade Hemodinâmica

VENTILAÇÃO MECÂNICA LESÃO PULMONAR AGUDA(LPA) SÍNDROME DODESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO ADULTO(SDRA)



CÁLCULODECURVAPRESSÃO/VOLUMENOADULTO

[1] Sedação e Curarização
Higiene Brônquica

Verificar vazamentos em circuitos
Monitorizar:

Homogenização do Parênquima Pulmonar
CPAP = 35 -40 cm H_2O por 30"

FiO_2 = 100

Vol. Controlado □ VC = 4-5ml/kg
Pausa Insp.2"(p/ verificação platô)
Fr= 10 -12 ipm

Após homogenização PEEP =0

t Progressividade os níveis de PEEP de 2 em 2cm H_2O, aguardar 1' em cada novo nível de PEEP – medir

Interromper o processo quando a complacência cair ou a pressão de platô exceder 45 cm H_2O

[2] **"PEEP ideal"** será encontrada somando-se 2cm H_2O ao valor da PEEP que determinou a melhor complacência (melhor VC com menor pico de pressão Insp.)

Contra Indicações/ Critérios de exclusão:
Instabilidade Hemodinâmica (PAM ♦ 140 hpm/ arritmias)

Hipertenção Intracraniana

DPOC

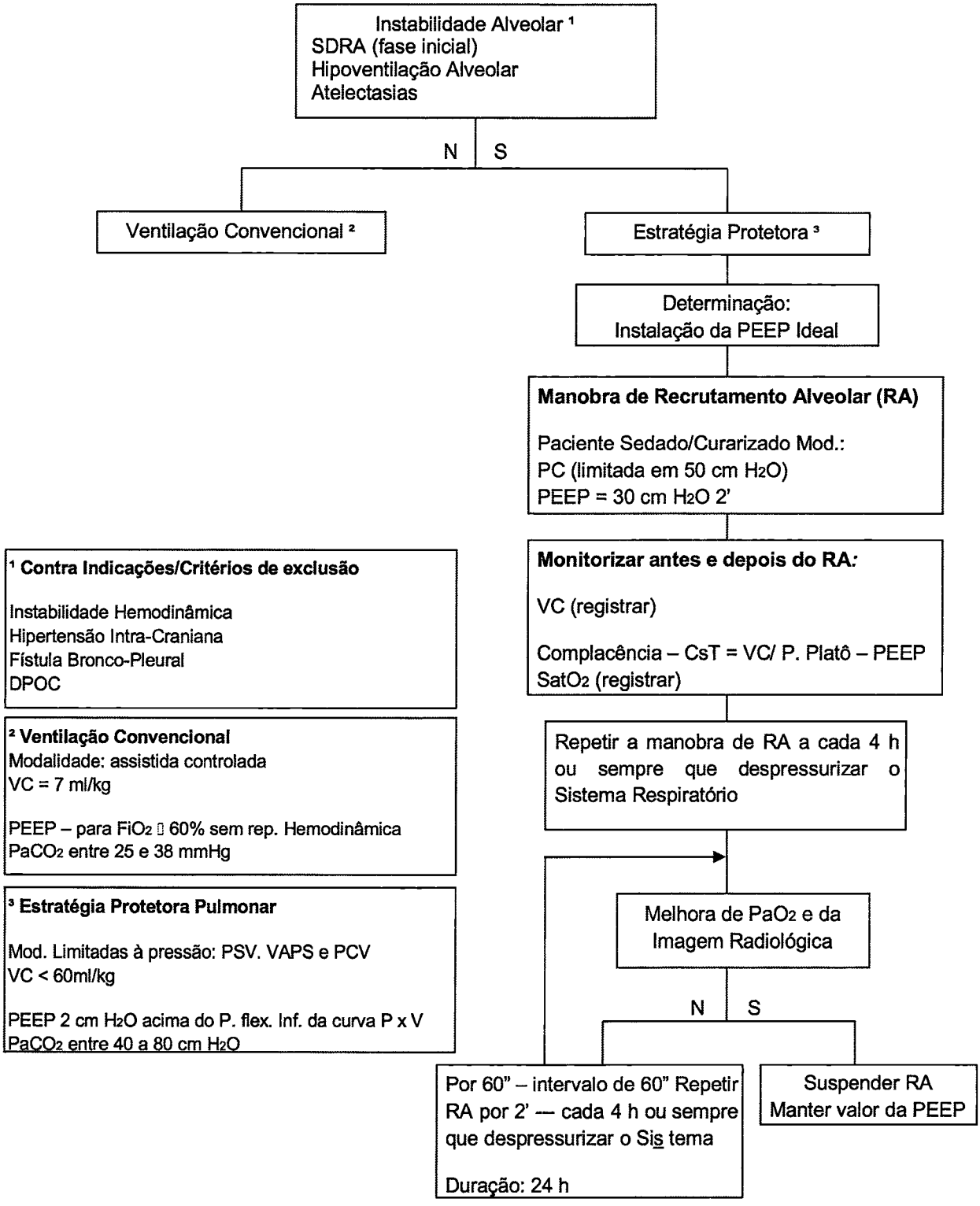
Ocorrência de Pneumotórax e Fístula Bronco-pleural até pelo menos 48 hs

Situações onde está contra-indicado Hipercapnia

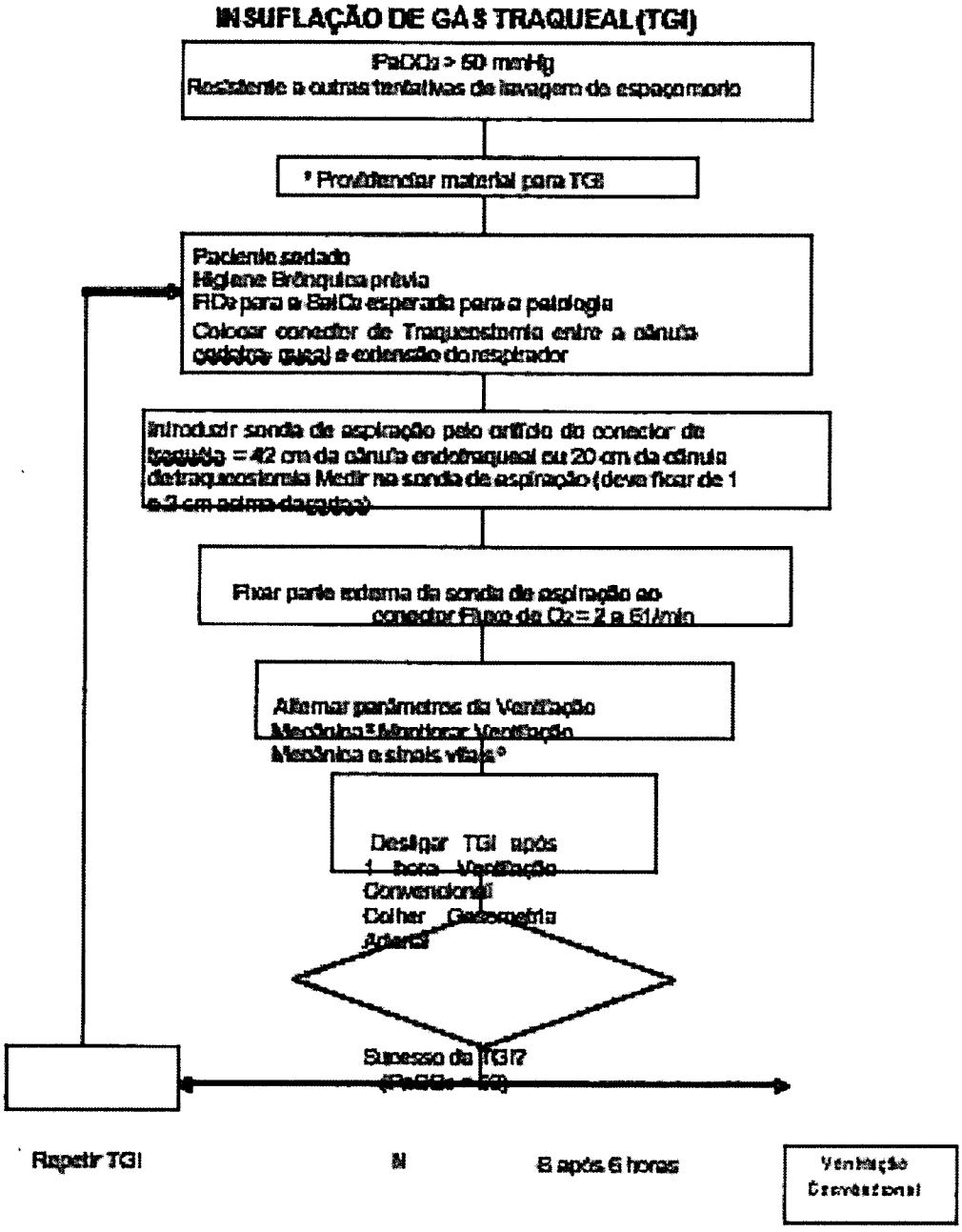
Complacência =VC

Platô - PEEP

MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR (RA) NO ADULTO



HIPERCAPNIA–MANEJO FISIOTERÁPICO



¹ Materiais Necessários
Sonda de Aspiração nº 6 a 8 estéril
Conector de cânula de traqueostomia (c/ orifício p/ aspiração)
Esparadrapo ou similar Cortaplast
Umidificador de parede + extensão Água Destilada Estéril
Fluxômetro de O2

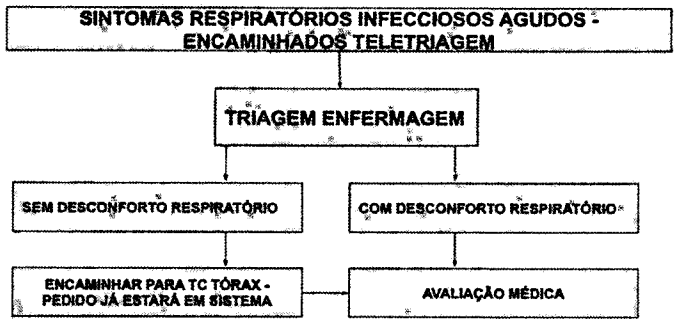
Critérios de Interrupção:
Instabilidade Hemodinâmica (**it** exagerado da FC e/ou PA, **t** abrupta da SatO2)
Cuidados

HiperinsuflaçãoPulmonar–Vigilância continua da Ventilação Convencional
Não fazer manobras de Recrutamentos Alveolar durante TGI

[2] Parâmetro da Ventilação Mecânica (VM)
Pinsp. Limitada a 35 cm H2O PEEP fisiológico
VC em torno de 5 ml/kg FiO2 < nível possível

SINTOMAS RESPIRATÓRIOS INFECCIOSOS AGUDO

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO - ENCAMINHAMENTO TELETRIAGEM



INTUBAÇÃO TRAQUEAL PARA CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE INFECÇÃO PELO COVID-19

OBJETIVOS

 Definir os casos elegíveis para indicação da intubação traqueal precoce.

 Descrever os passos da sequência rápida de intubação traqueal.

 Definir atribuições/responsabilidades dos times de intubação traqueal.

 Estabelecer medidas de segurança aos profissionais de saúde e ao cliente.

 Otimizar os recursos disponíveis.

 Disponibilizar checklist de preparo dos materiais/medicamentos/equipamentos para intubação traqueal

JUSTIFICATIVAS

Não postergar a indicação da intubação traqueal em clientes que iniciem com possíveis alterações respiratórias, a fim de minimizar complicações clínicas e a transmissibilidade do vírus pela geração de aerossóis causadas pelo uso de dispositivos de alto fluxo de oxigênio.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Clientes adultos com ou suspeita para infecção humana pelo novo coronavírus (Covid 19).

4. CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DA INTUBAÇÃO TRAQUEAL

Clientes com PaO2 <65 mmHg, PaCO2 >50 mmHg; SpO2 <93%, pH <7,25 e frequência respiratória > 28 rpm, mesmo com a suplementação de oxigênio pelo cateter nasal tipo óculos de 3 a 5 L/min, sem umidificação (APÊNDICE A).

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Equipe Multiprofissional

□ Ter conhecimento e experiência no uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI); em técnicas de intubação orotraqueal e cricotireoideostomia; no manejo ao cliente grave e em suporte avançado de vida.

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

□ Providenciar, reunir e testar materiais e equipamentos.

□ Manusear o ventilador mecânico (ou de transporte).

□ Monitorizar o cliente.

Checar a permeabilidade do acesso venoso.

□ Preparar e checar o sistema de aspiração.

□ Preparar e instalar o sistema de pré-oxigenação.

□ Administrar os medicamentos prescritos em acesso venoso pérvio.

□ Auxiliar o médico no procedimento de intubação traqueal.

Fisioterapeuta

□ Programar e manusear o ventilador mecânico (ou de transporte).

□ Preparar e checar o sistema de aspiração.

□ Instalar o sistema de pré-oxigenação.

Médico

□ Indicar e realizar a intubação traqueal, por videolaringoscopia ou laringoscopia convencional.

□ Programar e manusear o ventilador mecânico (ou de transporte).

□ Instalar e manusear o sistema de pré-oxigenação.

□ Conduzir o Checklist Preparo para a Intubação Traqueal, junto a equipe

□ Os profissionais de saúde deverão adotar medidas de precaução por contato e por aerossóis, para a realização da intubação traqueal.

□ O uso de EPI é obrigatório a todos os profissionais que participarem do procedimento de intubação traqueal. Seguir as normas institucionais estabelecidas para paramentação e desparamentação segura.

Os EPI obrigatórios serão:

□ Máscara PFF2 (N 95)

□ Avental descartável manga longa e punho (estrutura impermeável e gramatura ≥ 50 gm2)

□ Gorro

□ Luvas de procedimento

□ Óculos de proteção ou Protetor Facial (Face Shield)

□ O número de profissionais de saúde dentro do quarto/unidade de isolamento no procedimento de intubação traqueal deverá ser o mínimo possível recomendado, com tarefas/responsabilidades bem definidas.

□ Os materiais, EPI, equipamentos e medicamentos para intubação traqueal deverão estar em local de fácil e de rápido acesso e de conhecimento de toda equipe e, preferencialmente, reunidos e organizados em kits, de acordo com o planejamento da Unidade Assistencial.

□ Os medicamentos com seus insumos para administração serão disponibilizados pela Unidade de Farmácia, em kit.

□ A pinça Rochester será disponibilizada pelo Centro de Material e Esterilização (CME) para ser de uso exclusivo da Unidade, que será a responsável pela identificação (lacre), limpeza e desinfecção (água e sabão e álcool 70%) e guarda.

□ Os materiais para intubação traqueal deverão estar disponibilizados fora do carro de emergência. O carro de emergência deverá ser aberto somente em situações de urgência/emergência.

□ Somente materiais essenciais deverão ser encaminhados ao quarto/unidade de isolamento.

Não realizar estoque nestas áreas, nem retornar com materiais e medicamentos ao posto de enfermagem.

□ Os materiais reprocessáveis e equipamentos das Unidades de Internação deverão ser limpos e desinfetados, conforme Rotina Operacional Padrão "Limpeza e Desinfeção de Artigos não Críticos e Semicríticos".

□ Os materiais/equipamentos reprocessáveis (máscara laríngea, fio guia, bougie) deverão ser encaminhados ao CME, envolvidos em invólucro plástico com os identificadores "CORONAVÍRUS" e o setor de origem. O ventilador mecânico e monitores deverão ser encaminhados à Central de Equipamentos com o identificador "CORONAVÍRUS".

OBS =É recomendado que o procedimento para a intubação traqueal seja em unidade com infraestrutura de isolamento respiratório com pressão negativa e filtro HEPA (High Efficiency Particulate Arrestance). Na ausência, realizar o procedimento no quarto/unidade privativa com portas fechadas e janelas abertas. Não utilizar o ar condicionado.

As medidas de segurança aos profissionais de saúde recomendadas para minimizar a geração

de aerossóis no ambiente, bem como a exposição dos profissionais a estas, são:

□ Utilizar ventiladores que possuem em sua estrutura filtros expiratórios N99 ou

N100 ou acoplar filtros de barreira em seu circuito.

□ Utilizar bolsa-válvula-máscara com reservatório, filtro de barreira, válvula fechada e máscara bem ajustada a face, para minimizar o escape de ar. Evitar ventilar.

□ Não utilizar ventilação não invasiva (VNI) e máscaras de venturi e de nebulização.

□ Utilizar máscara com reservatório, somente no momento do preparo do cliente para a intubação traqueal (tempo máximo de 30 minutos).

□ Não utilizar altos fluxos de oxigênio (fluxo máximo até 8 L/min, sem umidificação).

□ Vedar o tubo traqueal e a máscara laríngea durante a intubação.

□ Utilizar sistema de aspiração por sistema fechado (trach care).

□ Preparar o sistema filtro de barreira, trach care e sensor de capnografia, para evitar desconectar o ventilador do tubo traqueal. Quando necessário, colocar o ventilador em modo standby e clampear o tubo traqueal.

□ Utilizar a máscara laríngea somente em um curto período de tempo, para suporte ventilatório, entre a intubação orotraqueal sem sucesso e a via aérea definitiva.

PLANO DE INTUBAÇÃO TRAQUEAL EM SEQUÊNCIA RÁPIDA

Fase 1. Planejamento

□ O plano de intubação traqueal deverá ser conduzido em uma abordagem interprofissional, com discussões prévias sobre:

□ as ações de preparo, de execução e de avaliação do procedimento de intubação traqueal.

□ funções de cada membro do Time da linha de frente e do Time de retaguarda.

□ plano de oxigenação e de via aérea definitiva em caso de falha na intubação orotraqueal.

□ necessidade de uso de drogas vasoativas e volume, em situações de risco de choque.

□ necessidade de manter o acesso venoso periférico ou de providência de acesso central.

Fase 2. Preparação

□ O Checklist de Preparo para Intubação Traqueal (APÊNDICE B) deverá ser utilizado pelo Time como uma guia, devendo ser descartado se

utilizado dentro do quarto.

Fora do quarto/antecâmara

□ Equipamentos, EPI, materiais e medicamentos reunidos? (Imagem 1)

□ Equipamentos (desfibrilador; laringoscópio) testados?

□ Medicamentos da sequência rápida de intubação e da sedação contínua preparados?

□ Medicamentos vasopressores e cristaloides preparados (quando for o caso)?

□ Balonetes do tubo traqueal e da máscara laríngea testados?

□ Tubo traqueal preparado com o êmbolo de vedação e com o fio guia?

□ Acesso venoso já providenciado?

□ Bolsa-válvula máscara com válvula fechada, reservatório e extensão (AMBU®) montada com filtro de barreira, sensor de capnografia e trach care? (Imagem 2).

□ Revisão do plano de intubação?

□ Time da linha de frente paramentados com os EPI obrigatórios?

Condutas: O Time de retaguarda, fora do quarto/unidade de isolamento, não precisará estar previamente paramentado, porém tais equipamentos de proteção deverão estar próximos, para vestimenta rápida, caso seja necessário a entrada destes profissionais.

Dentro do quarto

□ Materiais para a intubação traqueal reunidos próximo à cabeceira da cama?

□ Monitor funcionante e com o leitor de capnografia acoplado (se for o caso)?

□ Acesso venoso pérvio?

□ Linha de infusão preparada com 2 three ways próximos ao cateter?

□ Sistema de aspiração instalado?

□ Ventilador programado e testado e com leitor de capnografia acoplado (se for o caso)?

□ Bombas de infusão instaladas com as soluções de sedação contínua?

□ Sistema de pré-oxigenação instalado?

□ Cliente posicionado em proclive 30° e com coxim occipital (posição olfativa)?

Fase 3. Execução

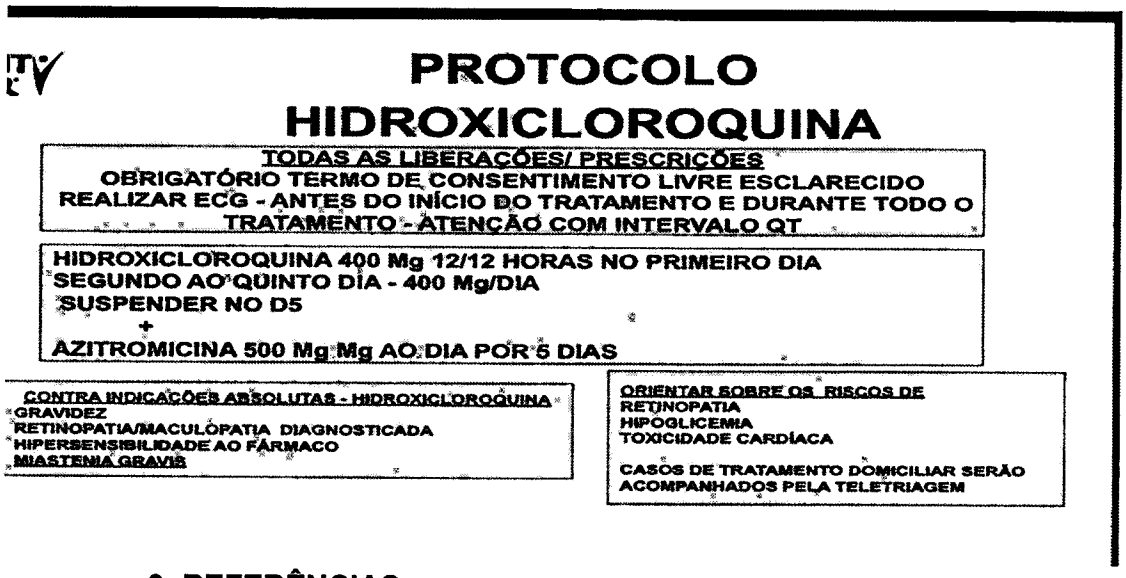
Comunicação do Time deverá ser em alça fechada.

Fase 4. Avaliação

□ O Time deverá revisar todas as ações de cada etapa do Plano de

Intubação Traqueal em Sequência Rápida e avaliar, registrar e/ou notificar:

- ☐ os resultados positivos alcançados;
- ☐ as intercorrências;
- ☐ os pontos de melhoria;
- ☐ as falhas;
- ☐ os quase erro (near miss)
- ☐ as necessidades de treinamentos



9. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N°04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Atualização 3 de 31 de março de 2020. Brasília, 2020. 73p. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMSGGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28

2. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente. Rotina Operacional Padrão. Manejo clínico de casos suspeitos ou confirmados de infecção humana pelo novo coronavírus. Uberaba-MG, 2020. 10p. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Manejo+Cl%C3%ADnico+vers%C3%A3o+2+fina l-V68FjmFi.pdf/05f26cfa-b335-41d5-a944-30c1fd9767dc

Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE)

Diagnóstico: 1- PBE clássica: contagem de polimorfonucleares > 250 cel/mm3 e cultura positiva monobacteriana.

2- PBE com cultura negativa: contagem de polimorfonucleares > 250

cel/mm3 e cultura negativa.

3- Bacterascite: contagem de polimorfonucleares < 250 cel/mm3 e cultura positiva.

Tratamento: cefotaxima 2g IV de 8/8h ou cefuroxima 1500 IV 8/8h por 7 dias. Se hemocultura positiva, manter antibioticoterapia por 14 dias.

Ceftriaxone 2g IV /dia pode ser alternativa no caso da falta dos dois primeiros.

Amoxicilina-clavulanato 1g IV 8/8h pode ser usado se germe sensível (após culturas).

Associar albumina 1,5 g/Kg no primeiro dia e 1,0 g/Kg no terceiro dia de tratamento (melhora prognóstico).

*** **A bacterascite deve ser tratada do mesmo modo que a PBE.**

Profilaxia 1ª (hemorragia digestiva alta): norfloxacino 400mg via SNE 12/12h por 5 a 7 dias . Em caso de impossibilidade de administração pelo tubo digestivo, administrar ciprofloxacin 400 mg IV de 12/12h ou SMX-TMP 400/80 IV 12/12h pelo mesmo período.

Profilaxia 2ª: norfloxacino 400mg/dia ou SMX-TMP 400/80 mg VO 2 cp/dia 5x/sem indefinidamente.

Observações: Não usar ceftriaxone para profilaxia de PBE, em virtude do risco de indução de germes multirresistentes no hospital.

Não há necessidade de ajuste da dose de cefotaxima para tratamento em caso de insuficiência hepática e renal.

Reação alérgica – Anafilaxia

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

História de contato com um alérgeno reconhecido ou não, acompanhado de sinais. Anafilaxia é altamente provável quando o quadro apresentado preencher qualquer um dos 3 critérios a seguir.

• 1ºCritério Doença de início agudo, com envolvimento de pele e/ou mucosas (urticária, prurido ou rubor, inchaço de lábios, língua ou úvula) e pelo menos mais uma das condições a seguir:

• acometimento respiratório (dispneia, broncoespasmo, estridor, hipoxemia);

e • redução da pressão arterial ou sintomas relacionados à disfunção de órgãos-alvo (síncope, hipotonia, incontinência).

Obs: presente em 80% dos casos.

• 2ºCritério Dois ou mais dos seguintes fatores (minutos a horas) após exposição a um provável alérgeno:

• envolvimento de pele e/ou mucosas;

• comprometimento respiratório;

• redução da pressão arterial ou sintomas associados à disfunção de órgãos-alvo (síncope, hipotonia, incontinência);

e • sintomas gastrointestinais persistentes (dor abdominal, diarreia, vômitos).

• 3ºCritério Redução da pressão arterial (minutos a horas) após exposição a alérgeno conhecido para o paciente:

PA sistólica menor que 90mmHg ou queda maior que 30% da pressão basal do paciente. Conduta:

1. Realizar avaliação primária com ênfase para:

• suspender, se possível, a exposição ao provável agente desencadeante; • preservar a permeabilidade das vias aéreas;

• oferecer O2 sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO2 < 94%;

• colocar o paciente em decúbito dorsal e elevar membros inferiores;

• se apresentar dispneia ou vômitos, colocar em posição de conforto;

e • não permitir que o paciente sente ou se levante bruscamente, nem colocá-lo em posição vertical, pelo risco de morte súbita.

2- Em caso de sinais de comprometimento ventilatório ou presença de sinais de choque, comunicar precocemente a Regulação Médica para obtenção de apoio ou orientações.

3- Realizar avaliação secundária com ênfase para:

• avaliar oximetria de pulso, ritmo cardíaco e sinais vitais; e

• entrevista SAMPLA. BC23 –

4- Manter atenção para a ocorrência de PCR.

5- Entrar em contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.

6- Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

HEMOPTISE

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Expectoração sanguinolenta proveniente das vias aéreas, geralmente de pequena intensidade, apenas com fi lamentos hemáticos associados com o escarro. O sangramento pode ser maciço (200 a 600 ml de sangue em 24 horas), necessitando de suporte clínico de emergência, com elevadas taxas de mortalidade.

Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:

• garantir a permeabilidade das vias aéreas;

• realizar aspiração da cavidade oral se necessário; e

• oferecer O2 sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO2 < 94%.

2. Realizar avaliação secundária, com ênfase para:

• monitorar padrão respiratório e PA; e

• entrevista SAMPLA.

3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.

4. Aguardar a orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

CÓLICA NEFRÉTICA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

: • dor de início insidioso, geralmente nas costas, região paravertebral lombar , habitualmente unilateral.

• dor com irradiação para os flancos, fossa ilíaca, bolsa escrotal, grandes lábios vaginais.

• disúria e urina escura (hematúria).

• dor em cólica, de piora progressiva, especialmente em sua intensidade, chegando a níveis muito intensos, podendo estar acompanhada de palidez cutânea, sudorese, taquicardia, náuseas, vômitos e até diarreia.

• dor sem melhora com a mudança de postura ou decúbito.

• febre faz suspeitar de associação com infecção urinária e/ou renal.

• história prévia de calculose renal.

Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BC1) com ênfase para:

• oferecer O2 sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO2 < 94%.

2-Realizar avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para:

• monitorar oximetria de pulso e sinais vitais;

• posicionar o paciente de forma que se sinta confortável;

• posicioná-lo em decúbito lateral, se vômitos;

• entrevista SAMPLA com ênfase na caracterização da dor;

e • avaliar a intensidade da dor, usando uma escala numérica.

3. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.

4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

Observações:

Pesquisar na caracterização da dor:

- localização, tipo (cólica, peso, choque, queimação);

- irradiação;
- instalação (rápida, progressiva ou gradual);
- intensidade; duração; fatores de melhora e piora;

periodicidade e fatores associados (febre, vômitos, alterações urinárias e ginecológicas etc.).

AGITAÇÃO E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Paciente com quadro de hiperatividade, inquietude, angústia, irritabilidade e verborreia ou em uma atitude hostil (física e/ou verbal), ameaçadora ou em franca agressão.

Irritabilidade exacerbada, medo e estresse são sentimentos que podem estar na base dessas situações.

Conduta em paciente armado:

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
2. Em caso de presença de objetos que podem ser utilizados para agressão ou autoagressão, informar o médico regulador para solicitar apoio da autoridade policial e do SAV (quando disponível).
3. Na presença do apoio tentar negociar com o paciente a entrega/abandono do objeto, exceto na presença de arma de fogo.
4. Na presença de armas de fogo ou nos casos de resistência à entrega/abandono do objeto, a autoridade policial assumirá a mediação.
5. Após o desarme, não havendo SAV disponível, conter fi sicamente o paciente (Protocolo BP27) e avaliar a necessidade de acompanhamento policial dentro da ambulância.

Conduta em paciente desarmado:

1. Avaliar ambiente, sujeitos e segurança (método ACENA).
2. Abordar a cena conforme protocolo de manejo da crise (Protocolo BC28).
3. Demonstrar interesse e consideração pela situação, tentando estabelecer uma relação de confiança e deixando claro que você está ali para ajudar, na tentativa de tranquilizá-lo.
4. Ouvir atentamente o que o paciente tem a dizer, incluindo sua linguagem corporal.
5. Utilizar frases curtas e simples e repetir propostas.
6. Identificar um parente, amigo, ou profissional preferencialmente indicado pelo paciente, que possa oferecer suporte e negociar as necessidades de apoio e as formas de lidar com a situação.
7. Perguntar o que está acontecendo que possa estar causando a agitação, tentando associar o estado de agitação a quatro situações:

• raiva – hostilidade, fala exaltada, tensão muscular, etc.;

• euforia – hiperatividade, verborreia, ideia de grandeza, insônia, etc.;

• medo – atitude de desconfi ança, sensação de ameaça, etc.;

e • confusão mental – desorientação, discurso incoerente, etc.

8- Investir na conversa com alguém agitado é uma estratégia potente para a redução da agitação, mesmo não havendo resposta verbal do paciente.

9. Ofertar opções para que o paciente possa escolher, mantendo postura fi rme e segura para negociar limites, sem desafi á-lo nem confrontá-lo.

10. Distensionar as situações de raiva, euforia e medo:

• raiva – explicitar que reconhece a raiva, mas dialogar em busca de outras soluções;

• euforia –manter o diálogo com atitudes claras, indicando limites e possibilidades, proporcionando um ambiente com poucos estímulos, que favoreça a tranquilização;

• medo – explicitar que reconhece o medo, ter atitude protetiva, escuta e fala acolhedoras. 11. Não fazer julgamentos e não prometer algo que não será realizado.

12. No caso de confusão mental (alteração do nível de consciência) considerar Protocolo BC15.

13. Quando possível, realizar a avaliação primária e secundária como estratégia para mudar o foco e tranquilizar.

14. Em situação de agressão iminente, buscar o apoio e aproximação de outras pessoas na mediação, de modo a transmitir a mensagem de superioridade de força.

15. Persistindo ou superado o estado de agitação e/ou situação de violência, entrar em contato com a Central de Regulação para orientações e encaminhamentos.

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DO PACIENTE COM SUSPEITA DE TRAUMA OU EM SITUAÇÃO IGNORADA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão: Em toda abordagem de pacientes com suspeita de trauma ou em situação ignorada (onde não é possível excluir a possibilidade de trauma).

Conduta:

1. Garantir a segurança do paciente

2- Avaliar a responsividade (chamar o paciente) e executar simultaneamente a estabilização manual da coluna cervical e iniciar verificação da respiração;

3- Avaliar as vias aéreas:

• manter as vias aéreas pérvias através de manobras de abertura das vias aéreas para o trauma, retirar secreções e corpo(s) estranho(s) da cavidade oral;

• considerar o uso de cânula orofaríngea;

• oximetria e O2 por máscara facial, 10 a 15 l/min se SatO2 < 94%;

• estabilizar manualmente a cabeça com alinhamento neutro da coluna cervical;

• colocar o colar cervical assim que possível;

4- Avaliar a presença de boa respiração e oxigenação:

• avaliar o posicionamento da traqueia e presença ou não de turgência jugular;

• expor o tórax e avaliar a ventilação;

• avaliar a simetria na expansão torácica;

• observar presença de sinais de esforço respiratório ou uso de musculatura acessória;

• avaliar a presença de lesões abertas e/ou fechadas no tórax;

• no paciente com ventilação anormal, realizar a palpação de todo o tórax;

• considerar a necessidade de ventilação assistida através de BVM com reservatório, caso a frequência respiratória seja inferior a 8 mrm, ou não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.

5- Avaliar a circulação (presença de hemorragia e avaliação da perfusão):

• controlar sangramentos externos com compressão direta da lesão e/ou torniquete (conforme indicado);

• avaliar reenchimento capilar (normal até 2 segundos);

• avaliar características da pele (temperatura, umidade e coloração);

• avaliar pulso central e radial:

• Pulso radial ausente e pulso central presente, seguir Protocolo de Choque (Protocolo BT4);

• Pulso radial ausente e pulso central ausente, seguir com Protocolo de PCR (Protocolo BC5);

• se possível, aferir a pressão arterial precocemente.

6-Avaliar o estado neurológico:

• aplicar AVDI ou a Escala de Coma de Glasgow;

• avaliar pupilas;

7- Expor com prevenção e controle da hipotermia:

• cortar as vestes do paciente sem movimentação excessiva e somente das partes necessárias;

• proteger o paciente da hipotermia com auxílio de manta aluminizada;

• utilizar outras medidas para prevenir a hipotermia (ex: desligar o

ar condicionado)

8- Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;

9- Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transferencia para a unidade de saúde.

CHOQUE

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Reconhecimento dos sinais e sintomas:

-Temperatura da pele Fria= úmida, pegajosa

-Coloração pele = Pálida ou cianótica

-Pressão arterial= Diminuída (PAS < 90 mmHg)

-Nível de consciência =Alterado

-Enchimento capilar = > 2 seg

-Frequência cardíaca = Aumentada (> 100 bpm)

-Frequência respiratória = Alterada (< 8 ou > 28 mrm)

Conduta:

1. Realizar avaliação primária com ênfase para:]• avaliar responsividade; • manter via aérea pérvia;

• estabilizar coluna cervical se suspeita de trauma;

• oferecer O2 sob máscara não reinalante 10 a 15 l/min se SatO2 < 94%;

• identificar e controlar sangramentos, se pertinente (considerar compressão, torniquete, imobilização de pelve e membros, se necessário).

2- Realizar avaliação secundária com ênfase para:

• coletar história SAMPLA;

• monitorar oximetria de pulso e sinais vitais;

• realizar a prevenção de hipotermia: manter temperatura adequada da ambulância,

• remover roupas molhadas e usar manta térmica ou cobertor.

3- Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.

4. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transferencia para a unidade de saúde, se necessário.

Observações:

No APH, a conduta mais segura diante de um paciente traumatizado em choque é considerar a causa do choque como hemorrágica, até prova em contrário.

QUEIMADURA TÉRMICA (CALOR)

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Na presença de lesões dos tecidos orgânicos em decorrência de

trauma de origem térmica resultante da exposição ou contato com chamas, líquidos ou superfícies quentes.

Classificação das queimaduras de acordo com a profundidade (grau de profundidade e sinais): • 1° Grau: Lesões apenas da epiderme: presença de eritema

• 2° Grau: Lesões da epiderme e parte da derme: presença de eritema + bolha

• 3° Grau: Lesões da epiderme e da derme: presença de pele branca nacarada.

Conduta:

1. Afastar o paciente do agente causador ou o agente do paciente;
2. Realizar avaliação primária e secundária;
3. No politraumatizado grave, priorizar o atendimento ao trauma e os efeitos sistêmicos da queimadura e depois a queimadura;
4. Monitorizar a oximetria de pulso;
5. Manter a permeabilidade das vias aéreas;
6. Observar o aspecto geral da face do paciente: cílios, sobrancelhas, pêlos do nariz e condições respiratórias, e informar à Regulação Médica;
7. Administrar oxigênio em alto fluxo;
8. Expor a área queimada, retirando as roupas que não estejam aderidas;
9. Retirar objetos como anéis, aliança, brincos, pulseiras, relógio, carteira, cinto, desde que não estejam aderidos à pele;
10. Irrigar com SF em abundância, objetivando o resfriamento da área queimada; em seguida cobrir com compressas secas, estéreis e não aderentes;
11. Prevenir a hipotermia, preferencialmente com manta metálica;
12. Realizar a mobilização cuidadosa e, se outros traumas concomitantes, considerar imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
13. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada;
14. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transferência para a unidade de saúde.

Observações:

Considerar a cinemática do trauma e sempre buscar possíveis lesões associadas, tais como: lesões traumáticas, queimaduras de vias aéreas, inalação de fumaça e resíduos tóxicos (ver protocolo específico);

• Não romper ou perfurar bolhas no APH.

• Determinação da área queimada pela Regra dos 9

Área corporal	% no Adulto	% na Criança e bebê
Cabeça e pescoço	9	18
MMSS	9 (cada)	9 (cada)
MMII	18 (cada)	13,5 (cada)
Tronco anterior	18	18
Tronco posterior	18	18
Genitais	1	1
Total	100	100

AFOGAMENTO

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Quando houver tosse ou dificuldade respiratória ou parada respiratória decorrente de imersão ou submersão em líquido podendo estar associada a alguns dos seguintes sinais e sintomas:

- Dispneia (desconforto respiratório);
- Taquipneia (FR > 28 rpm) ou bradipneia (FR < 8 rpm);
- Hipoxia ou cianose;
- Respiração superficial;
- Espuma em cavidade nasal e oral;
- Inconsciência ou alteração do nível de consciência;
- Ausência de respiração;
- Ausência de circulação.

Conduta:

1. Realizar avaliação primária e secundária;
2. Monitorizar a oximetria de pulso;
3. Tranquilizar o paciente consciente;
4. No paciente em parada respiratória ou cardiorrespiratória, seguir protocolo específico);
5. Administrar O2 em alto fl uxo objetivando manter SatO2 ≥ 94%;
6. Na ausência de trauma associado e diante da demora para o transporte, providenciar repouso em posição de recuperação;
7. Se trauma associado, realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
8. Controlar a hipotermia: retirada de roupas molhadas, uso de mantas térmicas e/ou outros dispositivos para aquecimento passivo.
9. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada ;
10. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transferencia para a unidade de saúde.

Observações:

Atenção especial para a possibilidade de lesão de coluna cervical;

TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DE VIAS AÉREAS: MANOBRAS MANUAIS DE ABERTURA

Indicação

• Paciente inconsciente em decorrência de agravo clínico ou traumático, com possível obstrução da via aérea pela flacidez da língua.

Material

• EPI obrigatório.

Procedimentos

1. Utilizar EPI.
2. Realizar manobra conforme indicado:

• AGRAVOS CLÍNICOS: Manobra de inclinação da cabeça com elevação do mento;

• AGRAVOS TRAUMÁTICOS: Manobra de tração da mandíbula no trauma e suas variações.

Manobra de inclinação da cabeça com elevação do mento Indicada para pacientes de agravos clínicos nas quais não há suspeita de lesão raquimedular ou história de trauma.

Posicionar uma das mãos sobre a testa e a outra com os dedos indicador e médio tocando o mento do paciente.

• Realizar movimento de elevação do mento do paciente.

• Simultaneamente, efetuar uma leve extensão do pescoço.

• Manter a boca do paciente aberta.

TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DE VIAS AÉREAS: MANOBRAS MANUAIS DE ABERTURA

Posicionar os dedos polegares próximos ao mento e os demais ao redor do ângulo da mandíbula do paciente.

• Simultaneamente, enquanto mantém o alinhamento com as mãos, aplicar força simétrica para elevar a mandíbula anteriormente (para frente), enquanto promove a abertura da boca com os polegares.

Manobra de tração da mandíbula no trauma (Jaw Thrust) – Alternativa

Indicada para pacientes de agravos traumáticos em que há suspeita de lesão raquimedular e/ou história de trauma.

Posicionar-se ao lado do paciente.

• Manter a imobilização da cabeça e do pescoço em posição neutra a partir da colocação das mãos uma de cada lado do paciente. Os dedos devem

inicialmente apontar para a direção da cabeça.

• Posicionar os dedos polegares na face e os demais ao redor do ângulo da mandíbula do paciente.

• Com os dedos posicionados, aplicar pressão simétrica na mandíbula para movê-la anteriormente (para frente) e levemente para baixo (em direção aos pés).

TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DE VIAS AÉREAS: ASPIRAÇÃO

Indicação

• Paciente incapaz de eliminar de maneira eficiente o acúmulo de secreções, sangue ou corpos estranhos das vias aéreas superiores.

Material e equipamentos

• EPIs obrigatórios.

• 2 pacotes de gazes estéreis.

• Luva estéril.

• Soro fisiológico 0,9% - ampola de 10 ml.

• Fonte de vácuo ou aspirador portátil.

• Cateter de aspiração de tamanho apropriado ou cânula de ponta rígida para uso no caso de suspeita de trauma.

• Oxímetro de pulso.

Procedimento

1. Utilizar EPIs.
2. Comunicar ao paciente sobre o procedimento necessário.
3. Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la ao intermediário do aspirador, mantendo-a dentro do invólucro.
4. Calçar as luvas de procedimentos ou estéreis, de acordo tipo de procedimento.
5. Retirar a sonda do pacote.
6. Segurar a extremidade da sonda com uma gaze.
7. Ligar o aspirador.
8. Pinçar o látex de aspiração.
9. Considerar a técnica de introdução da sonda de acordo com o tipo de agravo do paciente

Aspiração oral e nasotraqueal

Agravos clínicos:

• introduzir sonda flexível na cavidade nasotraqueal com o látex pinçado e, quando posicionada, liberar o fluxo para aspiração, retirando lentamente em movimentos circulares;

• introduzir a sonda flexível na cavidade oral com o látex pinçado e, quando posicionada, liberar o fluxo para aspiração, retirando-a lentamente em

movimentos circulares.

Agravos traumáticos:

• introduzir sonda de ponta rígida (se disponível), posicionando-a lateralmente na cavidade oral e, com o látex pinçado, liberar o fluxo para aspiração, retirando-a lentamente em movimento único;

• não realizar movimentos circulares na retirada.

Aspiração do tubo traqueal

• Pré-oxigenar o paciente com 100% de O2.

• Calçar luva estéril.

• Desacoplar o ventilador mecânico ou BVM com reservatório do tubo traqueal.

• Inserir a sonda flexível estéril no tubo traqueal com o látex pinçado e, quando posicionada, liberar o fluxo para aspiração, retirando-a lentamente em movimentos circulares.

• Manter aspiração por 15 segundos no máximo.

• Ventilar o paciente com BVM, com reservatório acoplado à fonte de oxigênio.

10. Desprezar a sonda de aspiração descartável (ou encaminhar para o reprocessamento, se ponta rígida metálica).

11. Retirar as luvas.

12. Registrar o procedimento no prontuário do paciente, incluindo aspecto e quantidade de secreções e resposta do paciente.

Observações:

• Para determinar a profundidade de inserção da sonda nasotraqueal, mensurar o cateter do lóbulo da orelha até a comissura labial do paciente.

• Em casos de aspiração nasotraqueal, manter monitorização cardíaca e de saturação.

• Analisar durante todo o procedimento o risco de comprometimento da função cardiopulmonar, náusea e vômito.

• Realizar o procedimento quantas vezes for necessário.

• Interromper e oxigenar imediatamente, caso haja queda brusca da saturação.

• Observar possível resposta vagal como: espasmo laríngeo, apneia e bradicardia.

• Considerar a posição semi-fowler ou fowler para a aspiração, (contraindicada nos casos de trauma).

TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DE VIAS AÉREAS: CÂNULA OROFARÍNGEA (COF)

Indicação

• Paciente inconsciente sem reflexo de vômito ou tosse, incapaz de manter a via aérea permeável.

• Para prevenir a mordedura do tubo traqueal em pacientes intubados.

Materiais e Equipamentos

• EPIs obrigatórios;

• COF de tamanhos variados para adultos

Procedimento

1. Utilizar EPIs.

Posicionar a COF próxima à face do paciente e realizar a medida da distância entre a comissura labial e o lóbulo inferior da orelha do mesmo lado. É ideal o tamanho que alcançar tais extremidades.

2. Selecionar o tamanho adequado da COF, conforme técnica.

3. Remover secreções ou sangue da boca e faringe por meio da aspiração.

4. Inserir a COF conforme técnica.

No adulto, inserir a COF com a concavidade voltada para o palato duro, até atingir a parede posterior da faringe, quando deve sofrer uma rotação de 180° e ser acomodada.

5. Registrar o procedimento no prontuário do paciente.

Observações:

Equívocos na indicação, medição e posicionamento podem ativar o refl exo de tosse, causar obstrução das vias aéreas ou gerar laringoespasmo e vômitos.

• Se ocorrer refl exo de tosse ou vômito, suspenda o procedimento.

• Observar possível resposta vagal como: espasmo laríngeo, apneia e bradicardia.

• Avaliar a resposta do paciente ao procedimento, dentre outras formas, por meio da oximetria.

DISPOSITIVOS PARA OXIGENOTERAPIA: MÁSCARA DE VENTURI

Indicação

Pacientes com hipoxemia moderada a grave, sugestiva de DPOC, que necessitam de controle rigoroso da oferta de O2. Inclui:

• sinais de desconforto respiratório;

• SatO2 ≤ 94%.

Material e equipamentos

• EPIs.

• Máscara de Venturi e conectores diversos (diluidores codifi cados de concentração).

• Látex.

• Fluxômetro.

• Fonte de oxigênio.

• Opção para: umidificador e água destilada.

Procedimento

1. Utilizar EPIs.
2. Comunicar o paciente sobre o procedimento prescrito.
3. Adaptar o extensor/látex ao fluxômetro.
4. Selecionar máscara e diluidor codificado de concentração de oxigênio, de acordo com prescrição médica.
5. Colocar a máscara sobre o nariz e a boca do paciente e ajustar o elástico.
6. Regular o fluxo de oxigênio de acordo com o "diluidor codificado de concentração" indicado e adaptar o extensor/látex à máscara.
7. Registrar o procedimento e seus resultados no prontuário do paciente.

Observações:

Só utilizar umidificação com água destilada quando o transporte do paciente for superior a duas horas. Nesses casos, deve ser considerado o nível mínimo de água para evitar a presença de água no látex.

• No transporte prolongado proteger pavilhão auricular, posicionando uma compressa de gaze sob o elástico de fixação.

• Considerar a tabela abaixo para relacionar os diluidores codificados, sua concentração permitida e o fluxo necessário para promovê-la.

TABELA DE DILUIDOR CODIFICADO DE CONCENTRAÇÃO DE OXIGÊNIO		
DILUIDOR CODIFICADO	**CONCENTRAÇÃO DE OXIGÊNIO**	**FLUXO DE OXIGÊNIO**
AZUL	24%	4 l/min
AMARELO	28%	4 l/min
BRANCO	31%	6 l/min
VERDE	35%	8 l/min
VERMELHO	40%	8 l/min
LARANJA	50%	12 l/min

CONTROLE DE HEMORRAGIAS: COMPRESSÃO DIRETA DA LESÃO

Indicação

Ferimentos ou lesões com sangramentos externos visíveis observados durante a avaliação inicial.

Material

- Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório
- Gaze ou compressa estéril
- Atadura de crepe ou bandagem triangular
- Tesoura de ponta romba

Procedimentos

1. Utilizar EPI;
2. Identificar o local do sangramento;
3. Comunicar o paciente sobre o procedimento necessário;
4. Expor a ferida (cortar as roupas, se necessário);
5. Verificar rapidamente a presença do pulso e a perfusão distal;
6. Aplicar gazes ou compressa estéril diretamente sobre o ferimento;
7. Aplicar compressão manual direta sobre o ferimento (a pressão deve ser mantida até que o sangramento pare);
8. Realizar curativo compressivo utilizando bandagem triangular, atadura de crepe ou outro material disponível para fixação:
   - Ferimentos nas extremidades podem receber enfaixamento circular;
   - Sangramentos no pescoço podem receber enfaixamento circular sob a axila contralateral;
9. Após a aplicação do curativo compressivo, verificar a presença do pulso e a perfusão distal; 10. Na persistência do sangramento externo em membros superiores ou inferiores, considerar o uso do torniquete (Protocolo BP9);
11. Registrar o procedimento realizado no prontuário do paciente.

Observações

- A compressão direta deve ser a primeira opção técnica no controle das hemorragias externas.
- Caso haja indícios de sangramento sob o curativo, não remover a atadura ou bandagem encharcada, aplicar um novo curativo sobre o primeiro exercendo maior pressão manual. Caso não haja controle da hemorragia com essa técnica, considerar o uso do torniquete.
- Não remover objetos encravados. Nesse caso, a pressão deve ser aplicada em um dos lados do objeto.
- Lesões no couro cabeludo requerem compressão ao longo das bordas do ferimento.

Na presença de fraturas abertas ou afundamento craniano, a compressão deve ser realizada com cuidado, seguida de enfaixamento apropriado.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Indicação:

Instrumento utilizado na avaliação neurológica para determinar o nível de consciência e detectar precocemente alterações. Permite avaliação objetiva da função cerebral principalmente em avaliações neurológicas seriadas.

Materiais

• Equipamento de proteção individual obrigatório

Procedimento:

1. Iniciar a avaliação pela abertura ocular e pontuar de acordo com a melhor resposta obtida:

• Se a abertura ocular é espontânea: 4 pontos.

• Na ausência de abertura ocular espontânea, utilizar um estímulo verbal solicitando a abertura dos olhos ou simplesmente chamando o paciente. Se o paciente atender ao estímulo verbal: 3 pontos.

• Na ausência de abertura ocular ao estímulo verbal, utilizar um estímulo doloroso, preferencialmente compressão do leito ungueal, pinçamento digital do músculo trapézio ou pinçamento digital do músculo esternocleidooccipitomastoideo. Se o paciente abrir os olhos após o estímulo doloroso: 2 pontos.

• Na ausência de abertura ocular mesmo após estímulo doloroso: 1 ponto.

Obs.: Se houver algum impedimento para essa avaliação, deve-se pontuar 1 e apresentar justificativa. Exemplo: AO: 1 (edema periorbitário bilateral).

2- Avaliar a resposta verbal e pontuar segundo a melhor resposta obtida possível: Utilizar perguntas simples para avaliação da orientação em tempo, espaço e pessoa: "Como é seu nome?" ou "O que aconteceu com você?".

• Considerar "orientado" o paciente que responde coerentemente às perguntas: 5 pontos;

• Considerar "confuso" o paciente que embora responda às perguntas, demonstra desorientação no tempo e no espaço e/ou incompreensão da situação atual e/ou incoerência com a realidade: 4 pontos;

• Considerar o uso de palavras inapropriadas: 3 pontos;

• Considerar o uso de sons incompreensíveis: 2 pontos;

• Na ausência de resposta verbal: 1 ponto.

Obs.: Se houver algum impedimento para essa avaliação, deve-se

pontuar 1 e apresentar justificativa. Exemplo: MRV: 1 (intubação) ou MRV:1 (T).

3. Avaliar a resposta motora e pontuar segundo a melhor resposta obtida possível: Dar um comando claro e simples para uma ação motora: "Mostre o dedo", "Abra as mãos", etc.

• Se o paciente obedece ao comando: 6 pontos.

• Na ausência de resposta ao comando, utilizar um estímulo doloroso para avaliação da resposta. Preferir os seguintes estímulos: compressão do leito ungueal, pinçamento digital do músculo trapézio ou pinçamento digital do músculo esternocleidooccipitomastoideo.

• Considerar resposta de "localização" se o paciente localiza e tenta afastar o estímulo doloroso: 5 pontos.

• Considerar resposta de "retirada" se o paciente tentar afastar o estímulo doloroso mediante flexão do membro estimulado: 4 pontos.

• Considerar resposta de "flexão anormal (postura de decorticação)" se o paciente responder com adução do ombro e flexão do cotovelo, acompanhadas de flexão de punho e dedos associada a hiperextensão, flexão plantar e rotação interna do membro inferior (uni ou bilateral): 3 pontos.

• Considerar resposta de "extensão anormal (postura de descerebração)" se o paciente responder com hiperextensão dos membros, rotação de membro superior e flexão de punhos: 2 pontos.

• Considerar "resposta ausente" se o paciente não apresenta nenhuma resposta, mesmo mediante estímulo doloroso: 1 ponto.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW EM ADULTOS E CRIANÇAS ACIMA DE 4 ANOS		
Parâmetro	**Resposta observada**	**Pontuação**
Abertura ocular	Abertura ocular espontânea	4
	Abertura ocular sob comando verbal	3
	Abertura ocular sob estímulo doloroso	2
	Sem abertura ocular	1
Melhor resposta verbal	Resposta adequada (orientada)	5
	Resposta confusa	4
	Respostas inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Sem resposta verbal	1
Melhor resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza estímulos dolorosos	5
	Retira ao estímulo doloroso	4
	Flexão anormal (decorticação)	3
	Extensão anormal (descerebração)	2
	Sem resposta motora	1

Observações:

• Cada indicador deve ser avaliado de forma independente dos demais.

• A pontuação varia de 3 (ausência de reatividade) a 15 (responsivo e alerta), somando-se os três itens avaliados (abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora).

• É importante afastar causas clínicas e estados mórbidos prévios que alterem a função neurológica e possam afetar a sua avaliação.

• De acordo com a pontuação obtida na escala de Coma de Glasgow, os traumas cranioencefálicos (TCE) podem ser classifi cados em TCE leve: 13 a 15 pontos; TCE moderado: 9 a 12 pontos; TCE grave: 3 a 8 pontos.

ESCALA PRÉ-HOSPITALAR PARA AVC DE CINCINNATI

Indicação:

Em todas as situações de suspeita clínica de acidente vascular cerebral (AVC):

Sinais de alerta :

1- AVC isquêmico:

• Início súbito de défi cits neurológicos focais: plegia ou paresia facial súbita (desvio da rima labial e alteração da expressão facial); plegia ou paresia em membros superiores (MMSS), membros inferiores (MMII) ou em dimidio; parestesia ou hipoestesia em face, MMSS ou MMII

• Disfasia ou afasia súbita

• Distúrbio visual súbito, uni ou bilateral

• Alteração da marcha, coordenação e equilíbrio

• Perda súbita de memória

• Vertigem, síncope ou convulsão

• Cefaleia de causa desconhecida

2. AVC hemorrágico:

Geralmente sem sinais de alerta, suspeitar quando presentes:

• Cefaleia súbita e intensa, sem causa conhecida

• Náuseas e vômitos

• Diplopia

• Alteração do nível de consciência (de confusão mental a irresponsividade)

Materiais

• Equipamento de proteção individual obrigatório

Procedimentos

1. Aplicar a Escala de Cincinnati – avaliação rápida de três parâmetros:

PARÂMETROS	COMO TESTAR	COMO AVALIAR

		NORMAL	ALTERADO
Presença de plegia, paresia ou assimetria facial súbita	Pedir ao paciente para sorrir ou mostrar os dentes	Movimentação simétrica da face	Movimentação assimétrica da face
Presença de debilidade dos MMSS	Pede-se ao paciente para fechar os olhos e elevar os MMSS, mantendo-os na posição por 10 segundos.	Ambos os membros são sustentados igualmente	Ausência de movimento ou extensão parcial de um membro
Presença de alteração da fala	Pede-se ao paciente para dizer uma frase. Sugestão: "O rato roeu a roupa do rei de Roma"	Fala correta, com pronúncia clara	Fala incompreensível ou inadequada, ou o paciente é incapaz de falar

Observações:

• Diante da suspeita de AVC, realizar avaliação primária e avaliação secundária e implementar medidas básicas de suporte

• Existem muitas sugestões de frase para avaliação da presença de alterações da fala. O Manual de Rotinas para Atenção ao AVC do Ministério da Saúde sugere a frase "O Brasil é o país do futebol".

INTOXICAÇÃO POR DROGAS DE ABUSO

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

• Quando houver história/informações de uso de drogas como cocaína, crack, anfetaminas (ecstasy), maconha e outras drogas estimulantes;

• Quando atender pacientes em agitação e situação de violência com informações seguras de que não se trata de pacientes com agravo em saúde mental prévio.

Conduta

1. Avaliar a segurança do paciente
2. Considerar os cenários:

SE AGITADO MAS CONSCIENTE E COLABORATIVO:

• Realizar manejo verbal: aproximar-se de forma tranquila, identificar-se (nome e função), explicar o motivo da aproximação, oferecer ajuda.

SE AGITADO, DESORIENTADO OU AGRESSIVO:

• Informar Regulação Médica e seguir suas orientações.

SE INCONSCIENTE EM CHOQUE OU PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR):

Seguir protocolo específico.

3. Assim que possível, realizar a avaliação secundária (Protocolo BC2) com ênfase para: • Sinais vitais;

• Realizar entrevista SAMPLA;

• Valorizar informações sobre o agente (tipo, nome, frascos ou embalagens, quantidade) e sobre as condições do paciente (tempo de exposição, via de exposição).

4. Verificar glicemia, se hipoglicêmico siga protocolo de hipoglicemia (BC19).

5. Oferecer oxigênio (O2) por máscara 10 a 15 L/min se saturação de O2 < 94%.

6. Não provocar vômito, não administrar nada por via oral.

7. Manter paciente com cabeceira elevada.

8. Estar preparado para PCR.

9. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada. 10. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

11. Registrar achados e procedimentos no prontuário do paciente.

INALAÇÃO DE FUMAÇA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

• Quando houver exposição de uma pessoa a fumaça em espaço fechado;

• Quando houver exposição de uma pessoa a fumaça proveniente de incêndio;

• Qualquer pessoa com sinais de queimadura na face (observar cílios, sobrancelhas, pelos do nariz e condição respiratória), tosse ou fuligem em secreções orais ou nasais. **Conduta**

1. Avaliar a segurança da cena

2. Afastar o paciente do agente causador/retirar da área de risco.

3. Realizar avaliação primária e secundária

4. Contatar precocemente a Regulação Médica se ocorrer qualquer um dos eventos abaixo (possibilidade de intoxicação por cianeto):

• Parada cardiorrespiratória

• Glasgow < 13

• Frequência cardíaca < 40 batimentos por minuto

• Pressão arterial sistólica < de 90 mmHg.

5. Manter permeabilidade da via aérea.

6. Oferecer oxigênio (O2) sob máscara não reinalante 10 a 15 L/min, se saturação de O2 < 94%.

7. Monitorizar a oximetria de pulso; considerar que, em casos de intoxicação por monóxido de carbono a sua leitura poderá indicar valores maiores do que o real.

8. Considerar ventilação com bolsa-valva-máscara com reservatório nos pacientes com sinais de queimaduras de vias aéreas, instabilidade hemodinâmica, alterações neurológicas ou sinais clínicos de insuficiência respiratória, independentemente da leitura da oximetria de pulso.

9. No caso de queimaduras associadas.

10. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada. 11. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transferencia para a unidade de saúde.

12. Registrar achados e procedimentos no prontuário do paciente.

INTOXICAÇÃO POR MONÓXIDO DE CARBONO

Quando suspeitar ou critérios de inclusão Paciente em área de risco, como as próximas a sistema de aquecimento avariado em ambiente mal ventilado, garagens de automóveis com o motor ligado ou próximo a focos de incêndio, com presença de sinais e sintomas gerais como: cefaleia, náuseas, vômitos, tonturas, diminuição de acuidade visual, fraqueza, pele e/ou mucosas cor de framboesa ou rosa carminado, dispneia, arritmias cardíacas, dor torácica isquêmica, insufi ciência cardíaca, hipotensão, síncope, confusão mental, convulsão, coma, parada cardiorrespiratória (PCR).

Conduta

1. Avaliar a segurança da cena (Protocolo PE1).

2. Considerar apoio do Corpo de Bombeiros, através da Central de Regulação, na suspeita de presença do gás no ambiente, para a retirada da vítima da área de risco.

3. Realizar a avaliação primária (Protocolo BT1 ou BPed 24) e secundária (Protocolo BT2 ou BPed 25).

4. Contatar precocemente a Regulação Médica se ocorrer qualquer um dos eventos abaixo (possibilidade de intoxicação por cianeto):

- PCR
- Glasgow < 13
- Frequência cardíaca < 40 batimentos por minuto
- Pressão arterial sistólica < 90 mmHg

5. Ofertar oxigênio (O2) na máxima concentração disponível, independentemente da leitura da oximetria de pulso, de preferência com máscara não reinalante com O2 a 15 L/min.

6. Considerar ventilação com bolsa-valva-máscara com

reservatório nos pacientes com sinais de queimaduras de vias aéreas, instabilidade hemodinâmica, alterações neurológicas ou sinais clínicos de insufi ciência respiratória, independentemente da leitura da oximetria de pulso.

7. Nas crises convulsivas, seguir Protocolo BC16 ou BPed 15.

8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada. 9. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transferencia para a unidade de saúde.

10. Registrar achados e procedimentos no prontuário do paciente.

INTOXICAÇÃO POR ORGANOFOSFORADOS E CARBAMATOS

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

• História de contato cutâneo ou inalatório durante manuseio ou exposição de inseticida agrícola (organofosforados ou carbamatos).

• História de contato cutâneo ou inalatório decorrente de acidente de transporte ou industrial.

• História de ingestão intencional ou acidental de inseticidas ou raticida clandestino "chumbinho", associada com alguns dos seguintes sinais ou sintomas:

• Hipersecreção brônquica, broncoespasmo, tosse, insuficiência respiratória, cianose;

• Bradicardia, hipotensão;

• Distúrbios visuais, miose, lacrimejamento, salivação e sudorese excessiva;

• Dores abdominais, náuseas, vômitos, diarreia;

• Agitação, fasciculação, convulsão e coma;

• Polaciúria, incontinência urinária.

Conduta

1. Assegurar o uso dos equipamentos de proteção individual adequados

2. Garantir a segurança do pacinete

3. Informar precocemente a Regulação Médica sobre a presença de produto potencialmente tóxico, para receber orientações específicas.

4. Realizar a avaliação primária e avaliação secundária com ênfase para:

• Garantir a permeabilidade de via aérea;

• Administrar oxigênio (O2) em alto fluxo para manter saturação de O2 ≥ 94%;

• Monitorizar a oximetria de pulso e glicemia capilar;

• Monitorar os sinais vitais;

• Realizar entrevista SAMPLE;

• Valorizar informações sobre o agente:
• Motivo do uso, tipo, nome, frascos ou embalagens, quantidade
• Situações de risco na residência
• Condições do paciente: tempo de exposição, via de exposição e profissão.

5. Em caso de contato cutâneo ou inalatório, remover as roupas com cuidado e realizar a descontaminação a partir da lavagem da região afetada com soro fisiológico ou água corrente abundante, se disponível e antes de colocar o paciente na ambulância. Em casos de produtos em pó, realizar primeiramente a limpeza mecânica, seguida de lavagem. 6. Afastar outras causas de rebaixamento do nível de consciência (incluindo hipoglicemia).

7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada. 8. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transferencia para a unidade de saúde.

9. Registrar achados e procedimentos no prontuário do paciente.

INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS DEPRESSORES DO SNC

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

História de ingestão de medicamentos dos grupos benzodiazepínicos, barbitúricos, sedativos, hipnóticos, opioides, anticonvulsivantes ou antipsicóticos, associada a presença de depressão neurológica, caracterizada por alteração do nível de consciência, como:

• Sonolência
• Torpor
• Coma Pode ou não estar associada a alguns dos seguintes sinais:
• Miose
• Depressão respiratória
• Cianose
• Bradicardia, hipotensão

Conduta

1. Assegurar o uso dos equipamentos de proteção individual adequados

2. Garantir a segurança do paciente

3. Realizar avaliação primária e secundária

4. Manter a permeabilidade das vias aéreas, incluindo via aérea avançada se necessário. 5. Administrar oxigênio por máscara, 4 a 6 L/min, ou ventilação assistida com BVM em caso de depressão respiratória.

6. Monitorar pressão arterial e oximetria.

7. Valorizar informações sobre o agente (nome, composição, quantidade), tempo de ingestão.

8. Avaliar glicemia capilar.

9. Se possível, levar amostras/embalagem do medicamento ao

hospital.

10. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada. 11. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transferencia para a unidade de saúde.

12. Registrar achados e procedimentos no prontuário do paciente.

EXPOSIÇÃO A SOLVENTES

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

• Em casos de atendimento onde se identifique ou se suspeite do envolvimento de solventes (listados no campo "Observações").

• Em casos de atendimento onde se identifi que odor característico de solvente no ar exalado pelo paciente.

• Em casos de atendimento de paciente onde se identifica ou se suspeite de inalação e/ou ingestão de solventes e:

• Na ingestão: ardor em orofaringe, vômito e tosse;

• Na inalação: euforia inicial seguida de depressão do sistema nervoso central, ardor de vias aéreas e tosse.

Conduta

1. Avaliar a segurança da cena

2. Considerar apoio do Corpo de Bombeiros através da Central de Regulação, na suspeita de presença de solvente no ambiente, para retirada do paciente da área de risco.

3. Realizar a avaliação primária

4. Realizar a avaliação secundária com ênfase para:

a. Monitorar sinais vitais;

b. Realizar entrevista SAMPLE;

c. Valorizar informações sobre o agente (tipo, nome, frascos ou embalagens, quantidade) e sobre as condições do paciente (tempo de exposição, via de exposição).

5. Não provocar vômito, não administrar nada por via oral, não realizar lavagem gástrica. 6. Manter paciente com cabeceira elevada.

7. Estar preparado para parada cardiorrespiratória.

8. Realizar precocemente contato com a Regulação Médica e passar os dados disponíveis.

9. Seguir orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transferencia para a unidade de saúde.

EXPOSIÇÃO A CORROSIVOS

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

• Em casos de acidentes onde se identifique ou se suspeite do envolvimento de produtos corrosivos

• Em casos de atendimento de paciente em que se identifique ou se suspeite de contato com produtos corrosivos e que apresente alguns dos sinais ou sintomas:

• Na ingestão: dificuldade de deglutir, dor, edema e eritema de lábio e língua, sialorreia e hematêmese;

• Nos olhos: dor, edema e eritema;

• Na pele: dor intensa com pouca manifestação flogística no local;

• Na inalação (em caso de corrosivos voláteis): tosse, dispneia, cefaleia, ardor de vias aéreas superiores.

Conduta geral e específica

GERAL

1. Avaliar a segurança do paciente

2. Considerar apoio do Corpo de Bombeiros através da Central de Regulação, na suspeita de presença de corrosivo volátil no ambiente para retirada do paciente da área de risco.

3. Realizar a avaliação primária

4. Realizar a avaliação secundária com ênfase para: a. Monitorar sinais vitais;

b. Realizar entrevista SAMPLE;

c. Valorizar informações sobre o agente (tipo, nome, frascos ou embalagens, quantidade) e sobre as condições do paciente (tempo de exposição, via de exposição).

5. Adotar a conduta adequada ao caso, conforme Conduta específica abaixo.

6. Realizar precocemente contato com a Regulação Médica e passar os dados disponíveis.

7. Seguir orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transpferencia para a unidade de saúde.

ESPECÍFICA

A) Na ingestão:

1. Não provocar vômito, não passar sonda nasogástrica, não administrar nada por via oral, não realizar lavagem gástrica, não realizar tentativas de neutralização do corrosivo. B) No contato com a pele e/ou olhos

B.1. Substâncias corrosivas não voláteis:

1. Remover roupas contaminadas;

2. Se corrosivo em pó, remover o excesso cuidadosamente com pano seco ou compressa seca antes de lavar;

3. Se pele: lavar abundantemente o local afetado com água corrente, se disponível/possível, ou soro fisiológico (SF).

4. Se olhos: lavar abundantemente o local afetado, de preferência com solução salina (SF, ringer lactato); usar água corrente na impossibilidade da solução salina;

5. Se um único olho for acometido, lateralizar a cabeça mantendo

para baixo o olho acometido para realizar a lavagem, sem contaminar o olho sadio.

B.2. Substâncias corrosivas voláteis:

1. Remover o paciente para local aberto;

2. Remover a roupa contaminada;

3. Colocar o paciente na ambulância somente após sua descontaminação cutânea;

4. Se pele ou olhos forem acometidos, realizar os mesmos atendimentos do corrosivo não volátil descritos acima;

5. Se inalação do produto, realizar nebulização com SF .

ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

• Relato de picada por animal silvestre conhecido ou não (se desconhecido, trate como animal venenoso);

• Presença de marcas causadas pelas picadas associada a dor local, edema, eritema e bolhas;

• Em casos mais graves, pode haver ptose palpebral, colúria e oligoanúria, alterações visuais, insuficiência respiratória aguda e em casos extremos, torpor, inconsciência e choque anafilático.

Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo BT1), com ênfase para:

• Oximetria de pulso;

• Administrar oxigênio (O2) por máscara facial em altos fluxos, se saturação de < 94%.

2. Realizar avaliação secundária

3. Manter paciente em repouso absoluto.

4. Lavar a ferida com soro fisiológico e cobrir com curativo estéril seco.

5. Não utilizar torniquete.

6. Obter descrição, imagem ou o próprio animal (se morto e acondicionado em dispositivo fechado e protegido).

7. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada. 8. Aguardar a orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

9. Considerar transmissão da imagem do animal e da lesão para o centro de controle de intoxicação da sua região ou para a Central de Regulação.

10. Registrar achados e procedimentos no prontuário do paciente.

Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br/ ccivil_03/constituição/constituição.htm

2. BRASIL. Lei n. 9.503 de 23 de setembro de 1997. Institui o novo Código de Trânsito Brasileiro. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9503.htm

3. BRASIL. Portaria n.2048, de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm

4. BRASIL. Portaria n.2994, de 13 de dezembro de 2011. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_15_12_2011.html

5. BRASIL. Portaria n.665, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo fi nanceiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html

6. BRASIL. Portaria n.1.365, de 8 de julho de 2013. Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Disponível em. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html

7. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das Urgências. Série Normas e Manuais Técnicos. Brasília. Ministério da Saúde, 2006

8. Ministério da Saúde. Prevenção de suicídio. Manual dirigido a profi ssionais de saúde mental 2006. [12 fev. 2011]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf

9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 7ª ed. Caderno 14. Acidentes com animais peçonhentos. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/ arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf

10. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classifi cação de Doenças. A declaração de óbito: documento necessário e importante. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 3ª ed. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.es.gov.br:81/Banco%20de%20Documentos/declaracao_de_obitooo.pdf

11. Ministério da Saúde. Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. Biossegurança em saúde: prioridades e estratégias de ação. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2010.Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/biosseguranca_saude_prioridades_estrategicas_acao_p1.pdf

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE PEDIATRIA PARA O PRONTO ATENDIMENTO DR GUIDO GUIDA

PARÂMETROS PEDIÁTRICOS

Parâmetros de idade

DEFINIÇÃO	IDADE
Período neonatal	De 0 até 28 dias de vida
Bebê	De 29 dias até 11 meses e 29 dias (< 1 ano)
Criança	1 ano até início da puberdade (meninas: broto mamário; meninos: pelos axilares)
Adolescente	10 a 19 anos (Organização Mundial da Saúde): reportar-se aos protocolos de adultos se iniciada a puberdade

Parâmetros de Peso

Quando não houver informação sobre o peso atual do paciente pediátrico, podem ser utilizados os seguintes critérios para um cálculo rápido e aproximado do peso:

DEFINIÇÃO	IDADE
Primeiros dias de vida	Perda de 10% do peso de nascimento nos primeiros dias de vida, que deve ser recuperado até o 10º dia de vida
Peso de nascimento	Dobra no 4º mês de vida; triplica

	Com 1 ano; quadruplica com 2 anos
3 aos 12 meses	3 aos 12 meses
2 a 8 anos	Peso = (2 x idade em anos) + 8

Frequência Respiratória (incursões por minuto):

IDADE	FREQUÊNCIA
< 1 ano	30 a 60
1 a 3 anos	24 a 40
Pré-escolar (4 a 5 anos)	22 a 34
Escolar (6 a 12 anos)	18 a 30
Adolescente (13 a 18 anos)	12 a 16

FREQUÊNCIA CARDÍACA (BATIMENTOS POR MINUTO)

IDADE	ACORDADO	MÉDIA	DURANTE O SONO
Recém-nascido (RN) até 3 meses	85 a 205	140	80 a 160
3 meses a 2 anos	100 a 190	130	75 a 160
2 a 10 anos	60 a 140	80	60 a 90
> 10 anos	60 a 100	75	50 a 90

DEFINIÇÃO DE HIPOTENSÃO POR PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA E IDADE

IDADE	PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (MMHG)
Neonatos a termo (0 a 28 dias)	< 60
Bebês (1 a 12 meses)	< 70
Crianças (1 a 10 anos)	< 70 + (idade em anos x2)
Crianças > 10 anos	< 90

ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO

CARACTERÍSTICAS	PONTOS		
	+ 2	+ 1	- 1

Peso (kg)	> 20	10 a 20	< 10
Vias aéreas	Normal	Assistida: por máscara ou cânula de oxigênio (O2)	Via aérea avançada (intubação orotraqueal ou cricotireoidostomia)
Pressão arterial sistólica (mmHg)	> 90 ou pulsos periféricos bons, boa perfusão	50 a 90 ou pulsos centrais palpáveis (carotídeo e femural)	< 50 ou pulsos fracos ou ausentes
Consciência	Acordado	Obnubilado, perda da consciência	Coma, irresponsivo
Pele	Nenhuma lesão visível	Contusão, abrasão, laceração < 7 cm, sem atingir fáscia	Perda tecidual, lesão por armas de fogo ou branca, atinge a fáscia
Fratura	Nenhuma	Fratura fechada única, em qualquer local	Fraturas expostas ou múltiplas

O maior escore possível é + 12 e o menor possível é - 6 (mais grave). ESCORE < 8: transportar para hospital especializado.

PARÂMETROS DOS EQUIPAMENTOS PEDIÁTRICOS
EQUIPAMENTO:
1) DBVM (1)
RN/BEBÊ (3-5 KG)= Neonatal/ bebê
< 1 ANO (6-9 KG)= Infantil
1-2 ANOS (10-11 KG)= Infantil
CRIANÇA PEQUENA (3-4 ANOS) (12-14 KG)= Infantil
CRIANÇA (5-6 ANOS) (15-18 KG)= Infantil
CRIANÇA (7-8 ANOS) (19-23 KG)= Infantil
CRIANÇA (9-10 ANOS) (24-29 KG)= Infantil
ADOLESCENTE (> 10 ANOS) (30-36 KG)= Adulto

2) MÁSCARA DE O2

RN/BEBÊ (3-5 KG)= Neonatal
< 1 ANO (6-9 KG)= Pediátrica
1-2 ANOS (10-11 KG)= Pediátrica
CRIANÇA PEQUENA (3-4 ANOS) (12-14 KG)= Pediátrica
CRIANÇA (5-6 ANOS) (15-18 KG)= Pediátrica
CRIANÇA (7-8 ANOS) (19-23 KG)= Pediátrica
CRIANÇA (9-10 ANOS) (24-29 KG)= Pediátrica
ADOLESCENTE (> 10 ANOS) (30-36 KG)= Pediátrica/ adulto

3) SONDA ASPIRAÇÃO
RN/BEBÊ (3-5 KG)= 8
< 1 ANO (6-9 KG)= 8
1-2 ANOS (10-11 KG)= 10
CRIANÇA PEQUENA (3-4 ANOS) (12-14 KG)= 10
CRIANÇA (5-6 ANOS) (15-18 KG)= 10
CRIANÇA (7-8 ANOS) (19-23 KG)= 10
CRIANÇA (9-10 ANOS) (24-29 KG)= 10
ADOLESCENTE (> 10 ANOS) (30-36 KG)= 12

4) Jelco
RN/BEBÊ (3-5 KG)= 22-24
< 1 ANO (6-9 KG)= 22-24
1-2 ANOS (10-11 KG)= 20-24
CRIANÇA PEQUENA (3-4 ANOS) (12-14 KG)= 18-22
CRIANÇA (5-6 ANOS) (15-18 KG)= 18-22
CRIANÇA (7-8 ANOS) (19-23 KG)= 18-22
CRIANÇA (9-10 ANOS) (24-29 KG)= 18-22
ADOLESCENTE (> 10 ANOS) (30-36 KG)= 16-20

Fonte: Adaptado de Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Professional Manual. Edição em português, 2012, pg 111 (adaptado da Fita de Ressuscitação Pediátrica de Broselow, 2007) (1)

DBVM - dispositivo bolsa-valva-máscara

OVACE NA CRIANÇA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão :

Episódio testemunhado (ou referido) de engasgo com tosse e/ou sinais de sufocação.

Conduta

1. Avaliar a gravidade:

• Obstrução leve: paciente capaz de responder se está engasgado.

Consegue tossir, emitir alguns sons e respirar;

• Obstrução grave: paciente apresenta início súbito de grave difi culdade respiratória; não consegue tossir ou emitir qualquer som (tosse silenciosa); pode apresentar o sinal de angústia (sinal universal de asfi xia).

2. Considerar abordagem específica:

• OBSTRUÇÃO LEVE EM CRIANÇA RESPONSIVA

• Não realizar manobras de desobstrução;

• Acalmar o paciente;

• Incentivar tosse vigorosa;

• Observar atenta e constantemente;

• Se evoluir para obstrução grave: ver item Obstrução grave.

• OBSTRUÇÃO GRAVE EM CRIANÇA RESPONSIVA

• Executar a manobra de Heimlich.

OBSTRUÇÃO GRAVE EM CRIANÇA IRRESPONSIVA

• Se a criança tornar-se irresponsiva, o profissional deve interromper a manobra de Heimlich e iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar;

• Posicionar o paciente em decúbito dorsal em uma superfície rígida;

• Iniciar manobras aplicando inicialmente 30 compressões torácicas com o objetivo de expelir o corpo estranho;

• Abrir vias aéreas e, antes de ventilar, inspecionar a cavidade oral e remover o corpo estranho, se visível e facilmente alcançável (com os dedos ou pinça);

• Caso nada seja encontrado, realizar uma insuflação com dispositivo bolsa-valva-máscara; se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente;

• Se ainda assim o ar não passar ou o tórax não expandir, realizar 30 compressões torácicas (um profissional) ou 15 compressões (dois profissionais) e inspecionar cavidade oral;

• Na ausência de sucesso, repetir ciclos de compressões e ventilações;

• Considerar o transporte imediato, mantendo as manobras básicas de reanimação;

• Se o objeto for expelido e ocorrer a passagem do ar (tórax expandir), realizar a avaliação primária e oferecer oxigênio;

• Na ausência de responsividade e de movimentos respiratórios, palpar pulso

3- Atentar para ocorrência de parada cardiorrespiratória).

4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.

5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transferencia para a unidade de saúde.

Observações

Lembrar sempre de inspecionar a cavidade oral antes de cada ventilação.

• Não realizar a varredura digital às cegas para a localização e retirada de corpo estranho.

PARADA RESPIRATÓRIA NO PACIENTE PEDIÁTRICO

Quando suspeitar ou critérios de inclusão Paciente irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente, com pulso central palpável e com frequência maior do que 60 batimentos por minuto (bpm).

Conduta

1. Checar responsividade:

• No bebê: estímulo plantar;

• Na criança: tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta.

2. Se paciente não responsivo:

• Um dos profissionais da equipe deve comunicar imediatamente a Regulação Médica e solicitar apoio do suporte avançado de vida (SAV), além de providenciar o desfribilador externo automático (DEA) e os equipamentos de emergência;

• Outro(s) profissional(is) da equipe deve(m):

• Permanecer com o paciente;

• Checar respiração e pulso simultaneamente.

ATENÇÃO: checar pulso central por, no máximo, 10 segundos:

• No bebê: pulso braquial;

• Na criança: pulso carotídeo ou femoral.

3- Posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca.

4. Se respiração ausente ou agônica (gasping) e pulso presente e com frequência maior do que 60 bpm:

• Abrir via aérea e administrar insufl ações com dispositivo bolsa-valva-máscara (a insufl ação de boa qualidade deve ter duração de 1 segundo e promover visível elevação do tórax);

• Administrar uma insuflação de boa qualidade a cada 3 a 5 segundos (12 a 20 insufl ações/minuto) e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos;

• Lembrar da proteção cervical na presença de trauma;

• Instalar rapidamente suprimento de oxigênio 100% em alto fl uxo (10 a 15 L/min) na bolsa-valva-máscara;

• Considerar a instalação da cânula orofaríngea – Protocolo BPed 32;

• Confirmar constantemente a efetiva insuflação (visível elevação do tórax).

5. Instalar oxímetro de pulso.

6. Manter constante atenção para a ocorrência de parada cardiorrespiratória.

7. Se, a qualquer momento, ocorrer ausência de pulso, iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), começando pelas compressões torácicas, conforme Protocolo BPed7, e instalar o DEA;

8. Se, a qualquer momento, ocorrer pulso com frequência ≤ 60 bpm, com sinais de perfusão inadequada apesar da ventilação e oxigenação adequadas: iniciar manobras de RCP (começando pelas compressões torácicas), rechecando o pulso a cada 2 minutos, conforme Protocolo BPed7, e instalar o DEA.

9. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada. 10. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e ou transferencia para a unidade de saúde.

PCR E RCP NO BEBÊ E NA CRIANÇA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Identificar parada cardiorrespiratória (PCR) quando o paciente pediátrico estiver irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente e sem pulso central palpável.

Critérios de inclusão para a necessidade de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em pediatria:

• Paciente que apresente PCR;

• Paciente irresponsivo e com respiração agônica ou ausente, que apresente pulso central palpável mas com frequência ≤ 60 batimentos por minuto (bpm) e com sinais de perfusão insufi ciente, apesar da oxigenação e ventilação adequadas.

Conduta

1. Checar responsividade:

• No bebê: estímulo plantar;

• Na criança: tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta.

2. Se paciente não responsivo:

• Um dos profissionais da equipe deve comunicar imediatamente a Regulação Médica e solicitar apoio do suporte avançado de vida (SAV), além de providenciar o desfribilador externo automático (DEA) e os equipamentos de emergência;

• Outro(s) profissional(is) da equipe deve(m):

· Permanecer com o paciente;

· Checar respiração e pulso simultaneamente.

ATENÇÃO: checar pulso central por, no máximo, 10 segundos:

• No bebê: pulso braquial;

• Na criança: pulso carotídeo ou femoral

3. Posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca

4. Se respiração ausente ou agônica (gasping), considerar:

• SE PULSO PRESENTE E MAIOR DO QUE 60 BPM (Protocolo BPed 6 – Parada respiratória)

• Abrir via aérea;

• Aplicar uma insuflação efetiva com dispositivo bolsa-valva-máscara (BVM) e oxigênio (O2) suplementar a 100% a cada 3 a 5 segundos (12 a 20 insufl ações/min);

• Verificar a presença de pulso a cada 2 minutos.

• SE PULSO PRESENTE, MAS QUE PERMANECE COM FREQUÊNCIA MENOR OU IGUAL A 60 BPM E COM SINAIS DE PERFUSÃO INADEQUADA, APESAR DE VENTILAÇÃO E OXIGENAÇÃO ADEQUADAS

• Iniciar imediatamente as manobras de RCP (começando pelas compressões torácicas) e checar pulso a cada 2 minutos.

• SE PULSO AUSENTE

· Iniciar imediatamente as manobras de RCP, começando pelas compressões torácicas, enquanto é instalado o DEA:

· • Após 30 compressões torácicas (se um profissional realiza as manobras), abrir manualmente as vias aéreas e aplicar duas insufl ações com dispositivo BVM com O2 suplementar a 100% (10 a 15 L/min).

• A relação compressão e insufl ação deve ser de:

• 30:2 se houver apenas um profi ssional realizando a RCP, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto;

• 15:2 se houver dois profi ssionais realizando a RCP (um para compressões e um para insufl ações), com frequência de 100 a 120 compressões por minuto.

• Assim que o DEA estiver disponível e sem interrupção dos ciclos

de RCP, posicionar os eletrodos no tórax desnudo e seco do paciente. Se o DEA for equipado com atenuador de carga, utilizar da seguinte forma:

• No bebê (< 1 ano): se disponível, usar DEA com sistema eletrodos-cabos pediátricos (que atenuam a carga de energia);

• Na criança entre 1 e 8 anos ou < 25 kg de peso: se disponível, usar DEA com sistema eletrodos cabos pediátricos (que atenuam a carga de energia);

- • Na criança > 8 anos ou > 25 kg: usar DEA com sistema eletrodos-cabos adulto

IMPORTANTE: caso não disponha de sistema eletrodos-cabos pediátricos, podem ser utilizadas pás de adulto em qualquer idade pediátrica, devendo assegurar-se de que as pás não se toquem ou se superponham quando posicionadas no tórax do paciente; se necessário, pode ser colocada uma pá na parede anterior do tórax e a outra no dorso (na região interescapular).

• Interromper as compressões torácicas para a análise do ritmo.

• Seguir as orientações do DEA e aplicar choque se indicado pelo aparelho.

• Reiniciar ciclos de RCP (sempre começando pelas compressões torácicas) imediatamente após:

• A aplicação do choque ou

• Na ausência de pulso após o aparelho não ter indicado choque.

• Se, a qualquer momento após a análise do ritmo pelo DEA, o aparelho não indicar choque, deve-se checar o pulso e:

• Se pulso não palpável: reiniciar imediatamente os ciclos de RCP (começando pelas compressões torácicas);

• Se pulso palpável mas com frequência ≤ 60 bpm e sinais de perfusão inadequada (apesar de ventilação e oxigenação adequadas) e respiração ausente, reiniciar imediatamente as manobras de RCP (começando pelas compressões torácicas);

• Se pulso palpável (e com frequência > 60 bpm) e respiração ausente: seguir o Protocolo BPed 6 (Parada Respiratória);

• Se pulso palpável e respiração presente ou paciente apresentando sinais de circulação (respiração espontânea, tosse e/ou movimento): interromper as manobras de RCP e instituir Cuidados Pós Ressuscitação (Protocolo BPed 8).

5. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada. 6. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e ou transporte para a unidade de saúde.

Observações:

Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).

• Compressões torácicas de boa qualidade compreendem:

• Paciente pediátrico posicionado em decúbito dorsal horizontal, sobre superfície rígida e plana;

• No bebê: comprimir o esterno com dois dedos posicionados imediatamente abaixo da linha intermamilar, deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 4 cm;

Na criança: realizar compressões com uma ou duas mãos posicionadas na metade inferior do esterno, deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 5 cm;

Permitir o completo retorno do tórax após cada compressão; não se apoiar sobre o tórax após cada compressão;

• Minimizar ao máximo as interrupções nas compressões torácicas (limitar as interrupções a menos de 10 segundos);

• Comprimir na frequência de 100 a 120 compressões/min;

• Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 minutos.

Insuflações de boa qualidade compreendem:

• Insuflação com duração de 1 segundo, com volume sufi ciente apenas para promover a elevação do tórax; e

• Visível elevação do tórax.

• Utilizar o DEA assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a efetiva instalação e disponibilidade do equipamento.

• Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até a chegada do apoio (SAV) ou até chegar à unidade de saúde, conforme orientação da Regulação Médica, ou se o paciente apresentar sinais de circulação (respiração espontânea, tosse e/ou movimento).

NÃO HÁ INDICADORES SEGUROS DE RESULTADOS PARA ORIENTAR QUANDO TERMINAR OS ESFORÇOS DE REANIMAÇÃO NO PACIENTE PEDIÁTRICO.

CUIDADOS PÓS-RESSUSCITAÇÃO EM PEDIATRIA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Paciente com retorno da circulação espontânea após manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

Conduta

1. Manter os eletrodos do desfribilador externo automático (DEA) instalados no tórax do paciente.

2. Otimizar a ventilação e oxigenação com ênfase para:

• Manter permeabilidade da via aérea: aspirar secreções e instalar cânula orofaríngea (Guedel) se necessário;

• Se respiração espontânea, oferecer oxigênio (O2) por máscara não reinalante 10 a 15 L/min, o suficiente para:

• Manter saturação de O2 ≥ 94% e < 100% (entre 94 e 99%);

• Se saturação de O2 < 90% após receber O2 100% por máscara não reinalante, considerar suporte ventilatório com dispositivo bolsa-valva-máscara com reservatório, sob orientação da Regulação Médica;

• Se respiração ausente ou gasping e com pulso, considerar:

• Se pulso presente e > 60 batimentos por minuto (bpm): aplicar uma insuflação efetiva com bolsa valva-máscara e O2 suplementar a 100% a cada 3 a 5 segundos (12 a 20 insufl ações/min) e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos.

Seguir o Protocolo (Parada respiratória);

• Se, a qualquer momento, pulso presente mas ≤ 60 bpm com sinais de perfusão inadequada apesar de ventilação e oxigenação adequadas: reiniciar imediatamente as manobras de RCP (começando pelas compressões torácicas) e checar pulso a cada 2 minutos. Seguir o Protocolo BPed 7 (PCR e RCP).

3. Avaliar sinais vitais.

4. Na presença de sinais de choque, realizar contato com a Regulação Médica imediatamente;

5. Monitorar glicemia capilar: se hipoglicemia, comunicar imediatamente a Regulação Médica.

6. Atentar para a recorrência de parada cardiorrespiratória e a necessidade de reiniciar RCP, seguindo as orientações do DEA.

7. Preparar para o transporte, conforme orientação da Regulação Médica.

8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.

9. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transferencia para a unidade de saúde.

REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

Paciente pediátrico não reativo/irresponsivo aos estímulos externos

(verbais, táteis e/ou dolorosos).

Conduta

1. Realizar a impressão inicial com ênfase para responsividade e padrão respiratório.

2. Se o paciente não responde, informar imediatamente a Regulação Médica e solicitar apoio do suporte avançado de vida (SAV) e avaliar a expansibilidade torácica.

3. Se o paciente não responde e não respira ou apresenta gasping, checar pulso central.

• Se pulso presente, considerar a possibilidade de obstrução de via aérea ou reportar-se ao Protocolo de Parada Respiratória .

• Se pulso ausente ou < 60bpm, reportar-se ao Protocolo de Parada Cardiorrespiratória (PCR) e ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

4. Se o paciente não responde e respira, proceder a Avaliação Primária (A, B, C, D, E).

5. Realizar a avaliação primária, com ênfase para:

• Manter a permeabilidade das vias áreas, realizando aspiração se necessário;

• Avaliar o padrão respiratório;

• Avaliar oximetria e instalar oxigênio sob máscara não reinalante, se saturação de oxigênio (SatO2) < 94%;

• Manter ventilação adequada; considerar suporte ventilatório se necessário;

• Avaliar glicemia capilar precocemente e tratar hipoglicemia, se presente;

• Avaliar tempo de enchimento capilar e coloração da pele;

• Avaliar sinais vitais (Protocolo BPed1);

• Instalar acesso vascular intravenoso (IV) ou intraósseo (IO) e repor volume, se indicado;

• Avaliar pela Escala de Coma de Glasgow (Protocolo BPed1);

• Avaliar pupilas.

6. Realizar a avaliação secundária (Protocolo BPed3), com ênfase para:

• Sinais vitais, Alergias, Medicamentos em uso, Passado médico, Líquidos e alimentos, Eventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE), complementando com dados de história que possam indicar intoxicação, trauma, crise convulsiva e maus tratos;

• Realizar exame físico detalhado, com atenção para a presença de abaulamento de fontanela e/ou de sinais meníngeos, além de lesões petequiais ou púrpuras em pele;

• Sempre buscar por possíveis lesões sugestivas de maus tratos;

• Monitorar oximetria, frequência e ritmo cardíacos, sinais vitais,

glicemia capilar.

7. Reconhecer e tratar causas reversíveis, conforme protocolos específicos.

8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

9. Registrar achados e procedimentos no prontuário do paciente.

HIPERGLICEMIA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

• Glicemia capilar > 200 mg/dL associada a um ou mais dos seguintes sinais clínicos: fadiga, náuseas, vômitos, hálito cetônico, polidipsia, poliúria, sinais clínicos de desidratação, taquicardia, taquipneia, dor abdominal (frequente) e alteração do nível de consciência.

• Paciente sabidamente diabético com glicemia > 600 mg/dL, com história de uso irregular de medicação e/ou transgressão de dieta com sintomas menos exuberantes, com predomínio de poliúria e polidipsia, podendo apresentar alteração variável do nível de consciência (confusão a coma).

Conduta

1. Realizar impressão inicial : nível de consciência, padrão respiratório e coloração da pele. 2. Realizar avaliação primária ,com ênfase para:

• Avaliar responsividade;

• Avaliar o padrão respiratório (taquipneia);

• Avaliar circulação (sinais clínicos de choque);

• Avaliar sinais vitais;

• Avaliar consciência (progressiva redução do nível de consciência).

3. Realizar avaliação secundária, com ênfase para:

• Realizar entrevista Sinais vitais, Alergias, Medicamentos em uso, Passado médico, Líquidos e alimentos, Eventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE);

• Mensurar glicemia capilar;

• Monitorar oximetria de pulso e sinais vitais;

• Detectar sinais clínicos de desidratação.

4. Oferecer oxigênio (O2) suplementar por máscara não reinalante com fluxo de 10 a 15 L/min se saturação de O2 < 94%.

5. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada.

6. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

7. Registrar achados e procedimentos no prontuário do paciente.

Observações

Sinais de desidratação no paciente pediátrico: mucosas secas,

olhos encovados, fontanela deprimida, diminuição do turgor da pele (turgor pastoso), extremidades frias e pulsos finos.

HIPOGLICEMIA

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

• Em pacientes pediátricos com idade ≥ 1 mês (bebês e crianças) com glicemia capilar < 60 mg/ dL. Reconhecer, para essa faixa etária, sinais e sintomas de hipoglicemia como: sudorese, ansiedade, taquicardia, fraqueza, cefaleia, confusão mental, fadiga, alteração de comportamento e sinais de hipoglicemia grave, como crises convulsivas e coma.

• Em pacientes no período neonatal (< 1 mês) e sintomáticos com glicemia capilar < 50 mg/dL.

Reconhecer sintomas e sinais de hipoglicemia:

letargia, apatia, hipotonia, irritabilidade ou tremores, reflexo de Moro exagerado, choro estridente, convulsões e mioclonia, cianose, apneia e irregularidade respiratória, taquipneia, hipotermia, instabilidade vasomotora, sucção débil, recusa alimentar, coma.

Conduta

1. Realizar impressão inicial e e avaliação primária ,com ênfase para:

• Avaliar responsividade: se paciente não responsivo, comunicar imediatamente ao médico regulador;

• Assegurar permeabilidade de vias aéreas;

• Avaliar respiração e pulso;

• Avaliar nível de consciência.

2. Realizar avaliação secundária, com ênfase para:

• Realizar entrevista SAMPLE;

• Avaliar oximetria de pulso;

• Avaliar glicemia capilar: se hipoglicemia, comunicar imediatamente ao Médico Regulador.

ATENÇÃO: sempre que o paciente estiver inconsciente, avaliar glicemia capilar o mais rápido possível.

3. Oferecer oxigênio (O2) por máscara não reinalante 10 a 15 L/min se saturação de O2 < 94%.

4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada. 5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transferencia para a unidade de saúde.

FEBRE

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

• Evidência de elevação da temperatura corporal em resposta a uma variedade de estímulos.

• Paciente pediátrico apresentando temperatura axilar > 37,8 °C, temperatura retal ≥ 38,3 °C, ou temperatura oral > 38 °C.

• Sinais clínicos de febre: extremidades frias, tremores e/ou calafrios, alteração do humor e/ou do nível de consciência, ocorrência de desidratação.

Conduta

1. Realizar a impressão inicial: nível de consciência, padrão respiratório e coloração da pele.

2. Realizar avaliação primária, com ênfase para:

• Avaliar responsividade, respiração, pulso;

• Assegurar permeabilidade de vias aéreas;

• Instituir medidas físicas para redução da temperatura corpórea: remover excesso de roupas, exposição corpórea;

• Manter o paciente em posição confortável.

3. Realizar avaliação secundária,com ênfase para:

• realizar entrevista Sinais vitais, Alergias, Medicamentos em uso, Passado médico, Líquidos e alimentos, Eventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE);

• verificar temperatura corpórea (axilar, oral ou retal);

• monitorar pressão arterial, frequência cardíaca, oximetria de pulso e glicemia capilar.

4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada. 5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transferencia para a unidade de saúde.

6. Registrar achados e procedimentos no prontuário do paciente.

Observações

Utilização de medidas físicas para redução da temperatura corpórea:

a. exposição corpórea;

b. considerar a utilização de compressas mornas ou frias, nunca geladas;

c. não utilizar compressas com álcool devido ao risco de absorção transcutânea.

VÔMITOS

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

• Evidência de eliminação de conteúdo digestivo pela boca em decorrência de condições patológicas agudas ou crônicas.

• Evidência de comprometimento de outros sistemas (neurológico, gastrointestinal, respiratório, endocrinológico, genitourinário) e/ou outros fatores desencadeantes (intoxicações, rádio e quimioterapia).

Conduta

1. Realizar a impressão inicial : nível de consciência, padrão respiratório e coloração da pele.

2. Realizar avaliação primária com ênfase para:

• Avaliar responsividade, respiração, pulso;

• Assegurar permeabilidade de vias aéreas;

• Instituir medidas posturais para proteção de vias aéreas.

3. Realizar avaliação secundária com ênfase para:

• Realizar entrevista Sinais vitais, Alergias, Medicamentos em uso, Passado médico, Líquidos e alimentos, Eventos relacionados com o trauma ou doença (SAMPLE) e identifi car possíveis causas;

• Monitorar pressão arterial, frequência cardíaca, oximetria de pulso e glicemia capilar;

• Caracterizar aparência do vômito (resíduo alimentar, bilioso, borra de café, fecaloide, presença de sangue), incidência e duração do quadro;

• Detecção de sinais de desidratação.

4. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada. 5. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou para definição da unidade de saúde, se necessário.

6. Registrar achados e procedimentos no prontuário do paciente.

TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DAS VIAS AÉREAS - CÂNULA OROFARÍNGEA - GUEDEL

Indicações

• Paciente inconsciente sem refl exo de vômito ou tosse, incapaz de manter a via aérea permeável.

Material e equipamentos

• Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório

• Cânulas orofaríngeas (COF) de tamanhos variados Técnica para avaliar o tamanho adequado da COF

• Posicionar a COF próxima à face do paciente;

• Nos bebês e crianças: realizar a medida da distância entre a comissura labial e o ângulo da mandíbula do mesmo lado

• Aproximar a saliência circular da COF da comissura labial (canto da boca) e direcionar a ponta da COF para o ângulo da mandíbula do mesmo lado;

• É ideal o tamanho que alcançar tais extremidades.

Seleção do tamanho adequado da COF:

• A: com saliência circular na comissura labial, a ponta da COF deve terminar exatamente no ângulo da mandíbula;

• B: se a COF for muito comprida, a ponta se localizará posteriormente ao ângulo da mandíbula

• C: e obstruirá a abertura glótica, empurrando a epiglote para baixo;

• D: se a COF for muito pequena, a ponta se localizará bem acima do ângulo da mandíbula e aumentará a obstrução da via aérea, empurrando a língua em direção à hipofaringe.

Procedimento

1. Utilizar EPI.

2. Selecionar o tamanho adequado da COF, conforme técnica apresentada acima.

3. Remover secreções ou sangue da boca e faringe por meio da aspiração.

4. Inserir a COF conforme técnica: no paciente pediátrico, INSERIR A COF COM A CONCAVIDADE VOLTADA PARA BAIXO, até atingir a parede posterior da faringe e ficar acomodada. Idealmente, a cânula deve ser inserida enquanto uma espátula (abaixador de língua) mantém a língua no assoalho da boca.

IMPORTANTE:

• Cuidado para não deslocar a língua para trás durante o procedimento, causando obstrução de vias aéreas;

• NÃO DEVE SER REALIZADA ROTAÇÃO DE 180 GRAUS, para evitar lesões de tecidos moles da orofaringe e sangramento.

5. Registrar o procedimento no prontuário do paciente;

Observações

Equívocos na indicação, medição e posicionamento podem ativar o refl exo de tosse, causar obstrução das vias aéreas ou gerar laringoespasmo e vômitos.

• Se ocorrer refl exo de tosse ou vômito, suspender o procedimento.

• Observar possível resposta vagal, como: espasmo laríngeo, apneia e bradicardia.

• Avaliar a resposta do paciente ao procedimento, dentre outras formas, por meio da oximetria.

• ATENÇÃO: a cânula orofaríngea deve ser colocada com a curvatura voltada para baixo, ao contrário do adulto, em que se faz a introdução com a curvatura para cima, seguida de rotação de 180°. A rotação é desaconselhada na criança, pois pode provocar lesões e sangramento importante na orofaringe.

INTOXICAÇÕES AGUDAS - MEDIDAS GERAIS

Quando suspeitar ou critérios de inclusão

• Todo paciente (bebê, criança ou adulto) que apresente um quadro inexplicado, de início súbito, que curse com alteração do nível de consciência,

convulsões, alteração hemodinâmica ou respiratória, sem causa claramente definida.

• Quando existir uma história inicial de certeza ou suspeita de contato, por qualquer via, com um agente potencialmente intoxicante.

Conduta

1. Assegurar o uso dos equipamentos de proteção individual adequados
2. Garantir a segurança da cena e método ACENA.
3. Realizar avaliação primária:

Criança e bebê	IMPRESSÃO INICIAL, COM ÊNFASE PARA: • Nível de consciência: alerta, irritável ou não responde; • Respiração: esforço respiratório, sons anormais ou ausência de movimentos respiratórios; • Coloração anormal da pele; • Realização da avaliação primária.
Criança e bebê ou Adulto	AVALIAÇÃO PRIMÁRIA, COM ÊNFASE PARA: • Avaliar responsividade; • Assegurar permeabilidade das vias aéreas: aspirar secreções se necessário); • Avaliar ventilação: especial atenção para a presença de taqui ou bradipneia, respiração irregular; • Avaliar oximetria de pulso; • Administrar oxigênio (O2) por máscara não reinalante se saturação de O2 < 94%, ou ventilação assistida com BVM se indicado; • Avaliar estado circulatório: atenção especial para frequência cardíaca (FC); pressão arterial (PA); coloração, temperatura e estado de hidratação da pele; ressecamento de mucosas ou salivação excessiva; presença de sudorese, tempo de enchimento capilar; • Avaliar estado neurológico: com ênfase para avaliação pupilar (especialmente tamanho pupilar) e movimentos oculares, tônus muscular, agitação psicomotora e nível de consciência, além de ocorrência de convulsões; • Não havendo evidência de trauma, manter o paciente em posição de recuperação, devido ao risco de aspiração de secreções.

4. Realizar avaliação secundária, com ênfase para:

Criança e bebê ou Adulto	Realizar entrevista SAMPLA (ou SAMPLE) e identificar possíveis causas. A história é fundamental e deve também investigar: • Disponibilidade de substâncias potencialmente tóxicas no domicílio (produtos de limpeza, inseticidas, raticidas, plantas, etc.) e de medicamentos, usados pelo paciente ou por familiares; • Locais onde o paciente esteve presente e atividades que desenvolveu nas horas que precederam o início dos sintomas, incluindo a profissão ou atividade exercida; • Se o agente tóxico for conhecido, investigar a quantidade ingerida, o tempo decorrido da ingestão, se essa foi acidental ou intencional e se pode haver outra substância envolvida; • Horário de início dos sintomas.
	Realizar exame físico detalhado, da cabeça aos pés, com atenção adicional para: • Hálito e exame da cavidade oral: lesões corrosivas, odor, hidratação; • Temperatura corpórea (axilar, oral ou retal na criança ou bebê): se hipertermia, utilizar medidas físicas para redução da temperatura (antitérmicos usuais não são eficazes); • Presença de sinais de maus tratos em especial na criança e bebê; • Avaliar glicemia capilar e, em caso de hipoglicemia, considerar protocolo BC19 (adulto) ou protocolo BPed 18 (criança ou bebê); • Monitorizar PA, FC, oximetria de pulso e glicemia capilar; • Investigar possíveis situações de risco no domicílio para o paciente e para a criança em especial.

5. Seguir com o protocolo específico assim que o agente intoxicante for identificado.

6. Realizar a descontaminação, se indicada, segundo a via de contaminação (respiratória, cutânea, digestiva e ocular), conforme protocolo de descontaminação (BTox 12).

7. Manter atenção para as situações especiais que podem ocorrer:

• Crises convulsivas
• Depressão do centro respiratório
• Taquicardia com sinais de choque
• Bradicardia com sinais de choque
• Hipo e hipertermia
• Parada cardiorrespiratória.

8. Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada. 9. Realizar contato com a Regulação Médica, que deve ser informada prontamente sobre qualquer detalhe disponível sobre o agente causador, bem como os sinais e sintomas encontrados, para subsidiar o contato com o Centro de Informação e Assistência Toxicológica da região ou com o serviço Disque-Intoxicação (número: 0800.722.6001) para a tomada de decisão e para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino (preferencialmente hospital terciário).

10. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

Observações

Causas de intoxicação nas crianças:

• Em geral são acidentais ou não intencionais;

• Em crianças até os 4 anos de idade, são mais frequentes as intoxicações por produtos químicos de uso doméstico (como os de higiene pessoal ou de limpeza), por medicamentos ou plantas tóxicas, ou ainda por pesticidas de uso doméstico;

• Nos adolescentes de 15 a 19 anos, as intoxicações por drogas de abuso são as mais observadas.

• A Agência Nacional de Vigilância Sanitária disponibiliza o serviço Disque-Intoxicação pelo número 0800.722.6001 (o usuário é atendido por uma das 35 unidades da Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica – Renaciat, presente em 19 estados do país). Os Centros também têm telefones específi cos.

• A relação dos 35 Centros de Informação e Assistência Toxicológica está disponível no site www.fiocruz. br/sinitox (clicando em "Sinitox").

• Cada (SAMU) deverá conhecer o número de telefone do CIATox de referência para a sua região.

TCE: LEVE, MODERADO E GRAVE NA CRIANÇA ATENDIMENTO INICIAL

O atendimento inicial deve seguir as recomendações preconizadas pelo Pediatric Advanced Life Su- pport (PALS) e pelo Advanced Trauma Life Support (ATLS).

A escala de coma de Glasgow (ECGL 1 e 2) permite classificar os

pacientes e, a partir dessa definição, determina-se a conduta adequada:

- Trauma craniano leve: ECGL – 15 a 14;
- Trauma craniano moderado: ECGL – 13 a 9;
- Trauma craniano grave: ECGL – 8 a 3.

Controle da hipertensão intracraniana na admissão

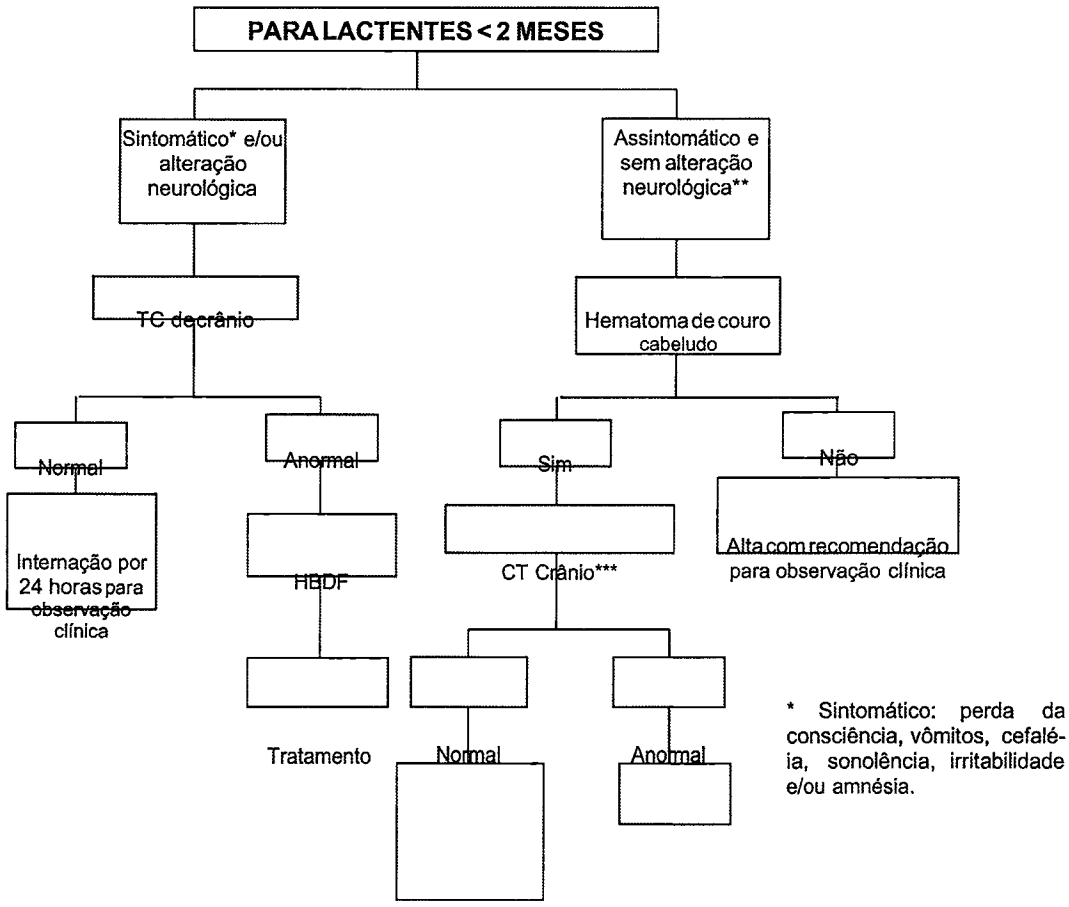
1. PALS / ATLS.
2. Manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória.
3. Manter a cabeça e a coluna cervical em posição neutra.
4. Decúbito elevado a 30º, se não houver instabilidade hemodinâmica.
5. Sedação (tiopental 3 a 5 mg/kg) e eventual curarização (atracúrio 0,3 a 0,5 mg/kg).
6. Manitol a 20% - 0,25 g/kg em bolo.
7. Se normovolêmico, restrição de líquidos 60 a 70% da manutenção normal e administração de furosemida (Lasix®) 1 mg/kg EV.
8. Fenitoína – ataque de 15 a 20 mg/kg e manutenção de 5 mg/kg/dia, profilaxia das convulsões.
9. Tratamento das lesões associadas.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW MODIFICADA PARA CRIANÇAS		
Resposta	**Forma**	**Escore**
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ordem verbal	3
	Estímulo doloroso	2
	Não abre	1
Melhor resposta verbal	Balbucio	5
	Choro irritado	4
	Choro à dor	3
	Gemido à dor	2
	Não responde	1
Melhor resposta motora	Movimento espontâneo e normal	6
	Reage ao toque	5
	Reage à dor	4
	Flexão anormal-decorticação	3
	Extensão anormal-descerebração	2
	Nenhuma	1

Total	15

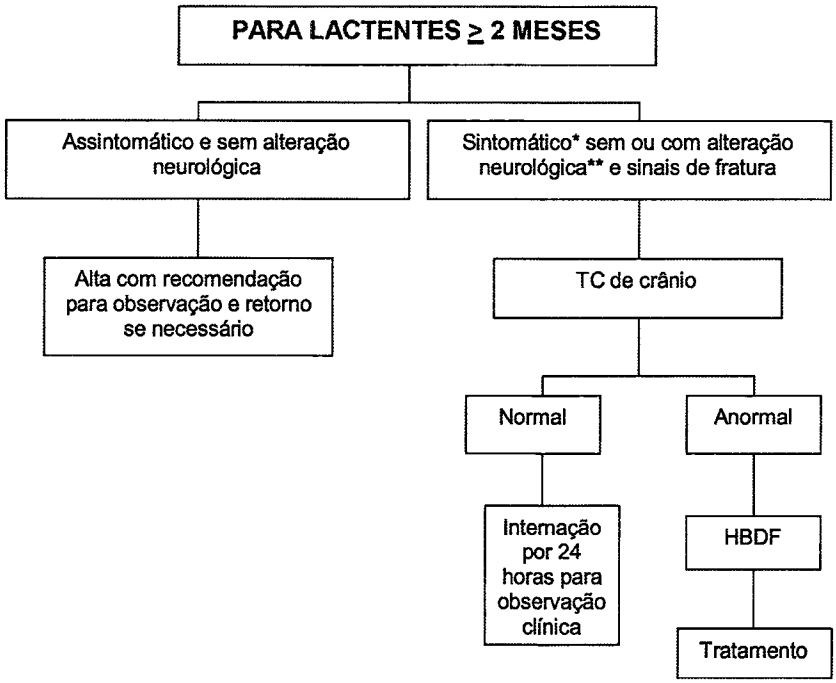
Fatores preditivos de lesão intracraniana (LIC)	☐ Fratura craniana e fratura de base do crânio (sinal de Battle: equimose da região mastóide; "olhos de guaxinim": equimose periorbitária);
☐ Mecanismo de trauma;	☐ Rinorréia, otorréia e hemotímpano;
☐ Idade inferior a 2 anos com hematoma de couro cabeludo;	☐ Alteração do diâmetro pupilar;
☐ Fontanela tensa e abaulada;	☐ Suspeita de maus-tratos.
☐ Amnésia prolongada;	**Observação** Pode ocorrer uma lesão intracraniana em 3 a 7% dos pacientes pediátricos sintomáticos

TCE LEVE
(GLASGOW15-14)



* Sintomático: perda da consciência, vômitos, cefaléia, sonolência, irritabilidade e/ou amnésia.

TCE LEVE
(GLASGOW 15-14)



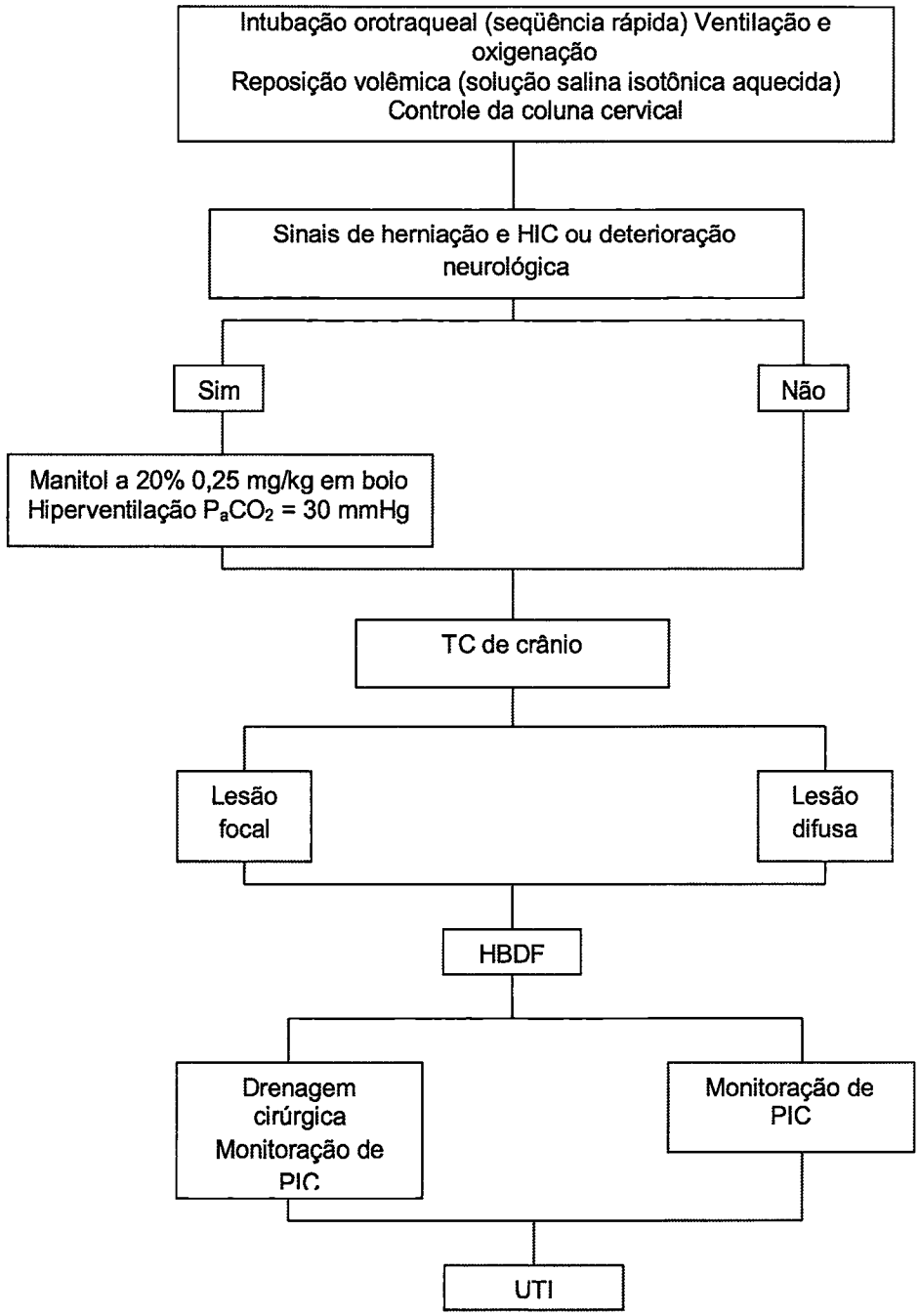
* Sintomático: perda da consciência, vômitos, cefaléia, sonolência, irritabilidade e/ou amnésia.
** Sem alteração neurológica: inclui estado mental alerta e sem déficits focais.

TCE MODERADO (GLASGOW 13-9)

TCE MODERADO – ECG = 13 A 9

- Atendimento inicial: ABC – PALS/ATLS (no hospital do primeiro atendimento);
- Internação e tomografia de crânio para todos os casos – HBDF;
- Deteriorização clínica, considerar TCE grave – HBDF.

TRAUMA DE CRÂNIO GRAVE ECGL 8 A 3


Intubação orotraqueal (seqüência rápida) Ventilação e oxigenação
Reposição volêmica (solução salina isotônica aquecida)
Controle da coluna cervical
Sinais de herniação e HIC ou deterioração neurológica
Sim
Não
Manitol a 20% 0,25 mg/kg em bolo
Hiperventilação P_aCO_2 = 30 mmHg
TC de crânio
Lesão focal
Lesão difusa
HBDF
Drenagem cirúrgica
Monitoração de PIC
Monitoração de PIC
UTI

PROTOCOLOS DE PEDIATRIA
REANIMAÇÃO NEONATAL

Da qualidade e da aplicação de medidas que envolvem um nascimento difícil, depende a qualidade de toda uma vida.

Colocar a criança num campo estéril, em decúbito dorsal, num lugar aquecido e secá- la enquanto se estimula o tórax.

As ações a realizar devem ser feitas, de acordo com o esquema A-B - C- D, de forma sistematizada, para melhor eficácia:

A – Aspiração das vias aéreas – aspiração de secreções com um cateter mole, estéril. Começar pela boca, seguido das narinas, o mais cedo possível, de preferência após a saída da cabeça, antes de terminado o parto.

B – (do inglês **Breath = respiração**) – ventilação através de ambu pediátrico (ou respiração boca a boca na falta de ambu); Oxigênio a 2 L/min. Se não respira e há pessoal treinado, intubar o doente. Certificar-se de que o tubo está mesmo na traqueia e não no esófago.

C – Circulação – se após as etapas A e B a criança ainda mantém FC <100, manter a ventilação e fazer massagem cardíaca. Quando há paragem cardio- respiratória, é necessário que para cada 3 massagens, se faça 1 ventilação (1,2,3-ventile).

D – Drugs = medicamentos

O tratamento farmacológico é o último recurso. Nunca interromper as ações de reanimação para preparar os medicamentos. Será sempre necessário o apoio de uma segunda pessoa. Administrar em sequência, de acordo com o esquema de reanimação a seguir:

• **Adrenalina 1:10.000**→diluir 1ml em 9ml de água destilada – passar 0,1 -

0,3ml/kg ev, intracardíaco ou endotraqueal.

Pode ser repetido de 5 em 5 min. Se a FC continuar <60 bpm, fazer expansão

de emergência com SF→10 a 20ml/kg

• **Bicarbonato de Na+ a 8,4%** → 2mEq/kg (1ml = 1mEq), diluído em igual quantidade de soro glicosado a 5% ev lento, na ocorrência de acidose metabólica e quando a ressuscitação for prolongada.

Deve ser dado, só depois do restabelecimento da ventilação efetiva.

.**Quando parar de reanimar?** (na impossibilidade de ventilação assistida): Após 20 min sem frequência cardíaca e 45 min sem respiração espontânea. **RECURSOS**

- 1 Médico
- 1 enfermeiro
- O2
- Ambu pediátrico
- 2 seringas com:

0,1ml de adrenalina (1:1000) + 0,9 ml de água destilada.

10 ml de bicarbonato de sódio + 10 ml de SG a 5%.

Soro fisiológico.
Tubos traqueais calibre 2,5 / 3 e 3,5
sultado do antibiograma.

ACIDENTES DE SUBMERSÃO

Definição e importância do problema

Afogamento é a morte por asfixia, nas primeiras 24 horas, após submersão ou
Imersão em líquido, em geral água.

No **quase afogamento** há sobrevivência por mais de 24 horas, após a
submersão.

Este tipo de problema comporta elevado número de casos fatais e de sequelas graves nos sobreviventes, chamado afogamento "secundário," que ocorre 15 min a 72 h após a submersão e corresponde a edema pulmonar, atelectasia, alveolite e bronquiolite químicas, geralmente associado a água salgada.

A lesão neurológica devida à hipoxia-isquémia, constitui a causa principal de
mortalidade e morbilidade a longo prazo.

Aspectos epidemiológicos

As populações em risco são, sobretudo, crianças com menos de 5 anos, em
particular rapazes (tanques, poços), escolares e adolescentes (mar, tanques).

O acidente ocorre por vezes, no decurso de saltos para a água, mergulhos e,
associa- se outras vezes, ao consumo de álcool.

Fisiopatologia

Ocorrendo submersão, todos os órgãos e tecidos correm o risco de hipoxia- isquemia.

Em minutos, a hipóxia isquemia pode levar a paragem cardíaca, a que se poderá associar laringoespasmo e aspiração de água para a via respiratória, o que contribui para agravar a hipóxia.

Seja por aspiração ou por laringoespasmo, surge a hipoxemia com consequente morte celular.
A mortalidade e a morbilidade estão, no essencial, dependentes da duração da
hipoxemia.

No quase afogamento são frequentes o aparecimento de complicações multiorgânicas, resultantes da hipoxemia, quer directamente relacionada com a submersão, quer secundária a complicações, mais frequentemente pulmonares, cardíacas e neurológicas. A hipoxemia, a acidose metabólica e a hiperpermeabilidade vascular condicionam o aparecimento de hipovolemia e disfunção cardíaca e, a breve trecho, hipotensão importante, muitas vezes irreversível.

As tradicionais questões relativas à submersão em água doce (risco de edema pulmonar e cerebral), água salgada (hipovolemia), água muito fria (<5° C), água quente (>20° C), são de nula relevância clínica.

As alterações osmóticas surgem acima de 22ml/kg aspirados, sendo que na maioria dos afogamentos, não são aspirados mais de 5ml/kg.

Avaliação

A história clínica é importante.

Perguntar sobre as circunstâncias do acidente, antecedentes de epilepsia, doenças cardíacas, traumatismos cervicais e ingestão de álcool ou drogas.

Os sintomas e sinais habitualmente associados são: tosse, dispneia, sibilos, hipotermia, vômitos, diarreia, arritmia cardíaca, alteração de consciência, paragem cardio-respiratória e morte.

Avaliar a estabilidade cervical, pela probabilidade de acidentes com fratura das vértebras cervicais. Detectar eventuais sinais de abuso e negligência.

Em função do contexto clínico, poderá haver necessidade de:

Monitorização contínua cardio-respiratória, da pressão arterial e da saturação O2 (oximetria de pulso), da hemoglobina e do ECG.

Exames complementares: Hemograma, enzimas hepáticas, glicemia, ureia/creatinina.

- **Estudos imagiológicos**: radiografia do tórax, crânio, coluna cervical, etc.

Tratamento - medidas gerais e específicas

A atuação deve ser de acordo com os dados da história clínica e dos exames complementares.

- A medida prioritária é proceder ao ABC da reanimação (vias respiratórias livres, ventilação e circulação).
- Fazer aspiração bucofaríngea.
- Fazer uma ou duas fortes compressões na base do tórax, com o

doente

em decúbito ventral (técnica de Heimlich).

- Administrar oxigênio a 100%. O uso de Ambu
- Pode implicar a utilização de pressões bastante superiores às habituais, devido à baixa distensibilidade pulmonar, resultante do edema.
- Colocar colar cervical →hipótese de lesão das vértebras cervicais.
- Iniciar massagem cardíaca e respiração boca a boca.
- Retirar a roupa molhada, secar o doente e agasalhar.
- Pacientes com breves momentos de submersão e sem sintomatologia, podem regressar à casa, após 8 a 12 h horas de observação. Pacientes com sinais de disfunção respiratória, hipoxemia, alterações do estado de consciência, devem ser **transferidos para o Hospital, com O2 em curso,** depois de:
- Intubação nasogástrica e aspiração do estômago
- Expansão vascular (Soro fi siológico ou Ringer: 20ml/kg em 30 minutos)
- Estabilização do doente

Complicações

As complicações imediatas são as relacionadas com a hipóxia e a acidose, com repercussão sobre o sistema cardiovascular, tendo em atenção a possibilidade de disritmias e, em particular, fibrilação ventricular e assistolia.

Se a lesão cardíaca for muito grave, o choque cardiogênico irreversível é uma

possibilidade.

As lesões do SNC dependem igualmente da intensidade e duração da hipóxia.

A sobrevivência em estado vegetativo, é uma complicação particularmente

grave.

O quase afogamento associa-se, muito frequentemente, a **pneumonia**, e no

caso de submersão em piscina, a **pneumonite.**

Prognóstico

O prognóstico está diretamente relacionado com a duração e a

magnitude da
hipóxia e, também, com a qualidade dos cuidados pré-hospitalares.

É mau, quando a submersão for acima de 9 minutos e a reanimação superior a
25 minutos (critérios de Quan).

Os doentes que necessitam de ressuscitação cardio-respiratória no hospital, têm elevadíssima taxa de mortalidade e morbilidade (35-60% morrem no serviço de urgência).

Dos sobreviventes, em 60 a 100% poderão registar-se sequelas neurológicas.

Nos doentes admitidos em estado vigil, no serviço de urgência, o prognóstico
depende de eventuais complicações pulmonares.
Crianças em coma, continuam a ter prognóstico reservado.

Prevenção

Quase sempre acidentais, as situações de afogamento podem ser prevenidas
com bom senso e medidas simples e de fácil aplicação práctica:

- Colocar portas de segurança, muros e redes, em torno de poços,
tanques, piscinas, etc.
- Evitar as boias, mesmo sob vigilância.
- Esvaziar banheiras, baldes e alguidares, após a sua utilização.
- Nunca nadar sozinha, sem vigilância familiar.
- O adulto de vigilância deve saber nadar e atuar em caso de acidente.

**NB – Crianças que sabem nadar, são as de maior risco, pela sensação de
segurança que transmitem.**

ANEMIAS

Conceito

A anemia geralmente é definida como a redução do número de eritrócitos, ou
a redução dos valores da hemoglobina e do hematócrito.

Na prática e, seguindo as orientações da OMS, devem ser consideradas anêmicas, as crianças com valores de hemoglobina inferiores a 11g/dl (6 meses a 6 anos de idade) ou de 12 g/dl (> 6 anos de idade).

Uma história clínica bem detalhada, na maioria dos casos, sugere o tipo de
anemia.

Os dados particularmente importantes são: idade, sexo, raça, dieta, drogas,
história familiar e perdas.

Fisiopatologia

Há essencialmente três mecanismos fisiopatológicos:

1-Destruição de eritrócitos.

2-Diminuição da contagem de eritrócitos, devido a hemorragia.

3-Falência na produção de eritrócitos

Anemia pressupõe, assim, uma diminuição do número de eritrócitos e uma vez que a principal função destes é o transporte da hemoglobina, que por sua vez é responsável pelo transporte de oxigênio dos pulmões para os tecidos, toda a alteração no número de eritrócitos/quantidade de hemoglobina, tem como consequência final, uma **hipóxia tecidular.**

Sintomas e sinais clínicos das anemias (todos inespecíficos)**:**

Dependem da gravidade, rapidez de instalação e estado cardiovascular e
respiratório prévio.
As anemias graves, de instalação lenta e progressiva (carenciais, aplásticas),
podem ser assintomáticas durante muito tempo.

Na anemia aguda (hemorragia e sequestro esplênico), predominam sinais de hipovolemia e choque, enquanto que nos casos de hemólise grave aguda, predominam sinais de insuficiência cardíaca congestiva.

Pode-se encontrar:

- Palidez da pele e mucosas, embora nem toda a palidez seja devida à
- Anemia, mas sim, a uma vasoconstrição periférica.
- Cansaço fácil, prostração e anorexia.
- Taquipneia, taquicardia, dispneia e sopro cardíaco. Icterícia e urina escura (coluria).
- Irritabilidade.
- Atraso de crescimento e desenvolvimento
- Esplenomegalia e/ou hepatomegalia.
- Dismorfismo facial, em algumas anemias de causa genética.

Deve-se ter em conta que a anemia pode não ser uma doença em si, mas
fazer parte de uma síndrome.

Classificação das anemias:

A- Fisiopatológica

a) por perdas sanguíneas

b) por excesso de destruição

c) por alterações da produção

B- Morfológica

- ↓VGM

Exames complementares (Sequencial, conforme a orientação diagnóstica)

- Hemograma completo
- Contagem de eritrócitos
- Contagem de reticulócitos
- Bilirrubinas
- LDH
- Doseamento do ferro sérico

- Doseamento da ferritina
- Pesquisa de células falciformes
- Electroforese da hemoglobina
- T este de Coombs direto
- Estudo morfológico dos eritrócitos
- Merecem destaque os seguintes grupos etários:

A. **Período neonatal:**

A anemia diagnosticada ao nascimento ou durante a 1a semana de vida é devida a:

1. Perda sanguínea ainda intra-útero, durante o parto ou nos primeiros dias de vida

2. Produção insuficiente (a eritroblastopenia congénita é pouco frequente)

3. Destruição acentuada (hemólise de várias causas: incompatibilidade RH, ABO e grupos menores, infecção, coagulação intravascular disseminada, anemias hemolíticas - esferocitose, defi ciência enzimática em G6PD e PK, hemoglobinopatias)

B. Após os 6 meses de idade:

A deficiência de ferro continua a ser a causa mais comum de anemia, nos menores de 5 anos em Cabo-Verde.

Um protocolo para administração de ferro profi láctico (suplementação), nas crianças com menos de 2 anos, acompanhado de educação alimentar, é recomendado no programa de atenção à saúde da criança.

ANEMIA FERRIPRIVA

Conceito

Anemia carencial, que atinge a maioria das crianças, especialmente na faixa
etária dos 6 aos 24 meses, segundo a OMS.

Diagnóstico

Verificar a história alimentar (uso de leite integral exclusivo), perdas sanguíneas, diarreias ou outras infecções e enteroparasitoses.

O cortejo sintomático começa quando a hemoglobina atinge o valor de 7-8g/dl e é bastante amplo: palidez, irritabilidade, anorexia, taquicardia e, até sinais de ICC nos casos mais graves.

Considerar como portador de anemia, crianças com hemoglobina < 11 g/dl (6
meses a 6 anos de idade) ou 12 g/ dl (> 6 anos de idade).

Na anemia ferripriva, quando possível, verificar a diminuição da hemoglobina corpuscular média (HCM= 27- 30pg) e do volume corpuscular médio (VCM= 80-100fl) ou alterações morfológicas das hemácias (anisocitose, hipocromia ou microcitose).

A Ferritina (0,2-2%) e o Ferro sérico (37-150µg) estão baixos.

Nos casos de anemia ferripriva grave (Hg < 5g/dl), investigar perda de sangue oculto nas fezes. Se positivo, afastar: intolerância às proteínas do leite de vaca, infestação por Entamoeba hystolítica, Ancilostoma duodenale e Necator americanus, esofagite de refluxo e rectocolite ulcerativa inespecífica.

Conduta a seguir:

- Aleitamento materno exclusivo até 6 meses e prolongado.
- Dieta rica em ferro (feijão congo, espinafres, ovos, carnes, fígado, alimentos enriquecidos com ferro) e vitamina C.
- Sais de ferro (Sulfato ou Gluconato ferroso) – 20 mg/kg/dia – 3 a 5mg de ferro elementar/dia, longe das refeições, durante um período de 3 meses. Manter tratamento até 4 semanas após normalização da hemoglobina.
- Vitamina C - 5mg/kg/d.
- Hemotransfusão com concentrado de glóbulos, 5 a 10/ml/kg, só está
indicada nos casos graves, com disfunção cardiocirculatória, ou quando há doenças associadas, como pneumonia grave, septicemia ou

cardiopatias sempre com consentimento livre e esclarecido).

SUPLEMENTAÇÃO ÀS CRIANÇAS

A suplementação deve ser feita nas seguintes situações:

- Prematuros.
- - Baixo peso ao nascer (≤ 2500 g).
- Gêmeos.
- Todas as crianças entre os 6 meses e os 5 anos.

Efeitos adversos:

Epigastralgia, alterações do trânsito gastrointestinal (vômitos, diarreia ou obstipação) e fezes de cor negra.

Posologia:

O ferro deve ser administrado **antes das refeições**.

A dose é calculada com base no ferro iônico - 1 a 2 mg/ kg/dia. A vitamina C - 1 gota /kg /dia.

Quando iniciar a suplementação?

a) Crianças de termo:

A partir dos 6 meses e até os 5 anos - vários períodos de 50 dias.

b) Prematuros, baixo peso ao nascer e gêmeos:

Na consulta efetuada para a 1a dose de Tripla e Pólio, ou seja, aos 2 meses

ANEMIA FALCIFORME

Conceito

Anemia hemolítica, de herança autossômica recessiva, caracterizada pela presença da hemoglobina S que, em situações de hipóxia (desencadeada por desidratação, infecção, ácidos, frio, esforço físico), altera

a forma das hemácias (forma em foice) que, associada a alterações da microcirculação, contribui para a oclusão microvascular, com consequente isquemia de órgão, dor ou oclusão de grandes vasos.

Idade	Dose Diária	Período	Vitamina C
45 dias	2,5 ml de xarope	Até completar os 6 meses	No de gotas = peso (kg)

É a hemoglobinopatia mais comum entre nós.

Formas de apresentação clínica

As manifestações clínicas, usualmente, só se fazem presentes após o 6o mês
de vida, devido à proteção oferecida pela hemoglobina fetal.

Os sinais e sintomas são os comuns, decorrentes de:

1 - **Crises hemolíticas**→ anemia, icterícia com predomínio de bilirrubina
indirecta, esplenomegalia e aumento de reticulócitos.

2 - **Crises aplásticas**→ agravamento da anemia, de instalação rápida e,
reticulocitopenia, comuns a qualquer situação de hemolise crônica.
- **Crises vaso-oclusivas ou álgicas**, com fenômenos de isquemia tecidular,
nas quais se podem descrever:

- Síndrome da dor torácica aguda - pulmão drepanocítico, devido a enfarto pulmonar.
- Crises vaso-oclusivas a nível do Sistema Nervoso Central.
- Crises esqueléticas, de que são exemplo, as dactilites (síndrome mão/pé, particularmente no lactente) e por vezes, a necrose asséptica da

cabeça do fémur e do úmero. Manifestam-se por dores osteoarticulares e levantam, algumas vezes, problemas de diagnóstico diferencial com a osteomielite.

- Crises dolorosas abdominais (enfartes mesentéricos).

3 - **Crises de sequestro** →hipovolemia decorrente da acumulação de grande quantidade de sangue no baço.

5 - Infecções por S. pneumoniae, H. influenza, Salmonella→complicações frequentes, por falta de imunidade específica, devido a hipofunção esplênica.

6 - Litíase biliar, atraso puberal, priapismo e hemosiderose →em crianças sujeitas a regimes de alta transfusão.

Diagnóstico

O diagnóstico deve ser precoce, para diminuir a morbimortalidade.

Baseia-se na história clínica, exame físico, **prova de falciformação/falcização positiva** e na **electroforese da hemoglobina** (este, ainda não disponível nos nossos laboratórios, é o único que faz o diagnóstico diferencial entre anemia e traço falciforme).

Outros exames complementares (nas crises)

- Hemograma completo
- Contagem de reticulócitos
- Ferritina
- LDH
- Ureia/creatinina
- Urina tipo II
- Hemoculturas
- Serologia para VIH, hepatites B e C (que deve sermonitorizada em caso de transfusões)
- Rx do tórax
- Ecografia abdominal

Critérios de internação

- Algias/artralgias
- Dificuldade respiratória
- Sintomas neurológicos
- Febre
- Prostração
- Dor ou distensão abdominal
- Vômitos
- Hg < 5g/dl ou ↓ 2g/dl em relação ao valor habitual

Tratamento hospitalar

Não há tratamento específico, mas o manejamento das crises deve ser feito,
de acordo com a sua forma de apresentação:

- Hidratação
- Correção da acidose, se presente.
- Ácido acetil salicílico, 60-80 mg/kg/dia, 6/6h ou outros analgésicos

(Paracetamol ou Tramadol).

- Hemotransfusão (sempre com consentimento livre e esclarecido), nos casos de sequestro esplênico, crises hemolíticas/aplásticas, AVC ou intercorrências infecciosas graves.
- Antibioticoterapia se infecção associada. **Não esquecer a predisposição para desenvolvimento de septicemias por germens capsulados,** já referidos acima. Desferoxamina (se ferritina >1000ng/dl) → 25 mg/kg/dia, em perfusão subcutânea durante 8 h, à noite, 5 vezes por semana
- Ácido fólico 5 mg/dia.

Seguimento ambulatorial:

Um bom acompanhamento, com prevenção das complicações, aumenta a
esperança de vida para mais de 40 anos.

Medidas profiláticas

Dieta rica em ácido fólico e pobre em ferro.

- Ácido fólico (5mg/dia por tempo indeterminado).
- Na impossibilidade de vacinação contra H. infl uenza tipo B e S. pneumoniae,

administrar penicilina benzatínica, a cada 21 dias (600.0000 UI se <25kg e

1.200.000 UI se >25 kg), a partir dos 3 meses de vida até, pelo menos, aos 5

anos de idade. Há pediatras que aconselham até a idade adulta.

- Vacinação contra Hepatite B, em crianças não imunizadas.
- Rastreio dos pais e irmãos.
- Educação para a saúde e planeamento familiar.

BRONCOESPASMO

Conceito

Estreitamento do lume brônquico, como consequência da contração da

musculatura dos brônquios, que leva a dispneia, sibilos, dor torácica ou tosse.

Causas mais frequentes:

- Inflamação dos brônquios.
- Broncoespasmo induzido pelo exercício.
- Hiperactividade brônquica.
- Infecções respiratórias (Vírus, Mycoplasma ou Chlamydia, Bordetella pertussis).
- Bronquiolite em crianças pequenas (< 2anos).
- Asma
- Corpo estranho
- Refluxo gastro-esofágico (RGE)
- Medicamentos (salicilatos)

Referência detalhada a duas situações mais frequentes:

BRONQUIOLITE

Conceito

Infecção respiratória aguda, habitualmente de etiologia viral, mais frequente
nos dois primeiros anos de vida, particularmente nos 1os 3 meses.

Etiologia

Vírus sincicial respiratório é o agente etiológico mais frequente (50 a 80% dos
casos), seguido do adenovírus (1, 3, 5, 7 e 21), parainfl uenza (serotipos 1 e 3)
, enterovirus e bactérias atípicas (M. pneumoniae, C. trachomatis e C. pneumoniae, U. urealyticum).

Fisiopatologia

Edema da mucosa, associado a rolhões resultantes da necrose celular, provocam diminuição do calibre dos bronquíolos ou a sua obstrução total. Para este processo contribui ainda, o espasmo da musculatura lisa, provavelmente em resposta a mediadores de inflamação.

Clínica

Manifesta-se por rinorreia, febre moderada durante 1 ou 2 dias, com agravamento progressivo, surgindo dispneia expiratória com taquipneia (FR > 50-60 cpm), tiragem, adejo nasal, palidez, cianose e taquicardia.

A auscultação pulmonar pode revelar: tempo expiratório prolongado, roncos, sibilos, fervores dispersos em ambos os hemitórax ou diminuição do murmúrio vesicular.

É comum a associação de conjuntivite, otite e faringite.
O prognóstico é geralmente bom.

Fatores que aumentam o risco:

- Idade inferior a 6 meses
- Prematuridade
- Cardiopatias
- Pneumopatias
- Imunodeficiência
- Distúrbios do sistema nervoso

Diagnóstico Diferencial

- Asma
- Bronco aspiração
- Pneumonia
- Aspiração de corpo estranho
- Fibrose Quística
- Sepsis
- Discinesia ciliar primária
- Traqueo/broncomalácia
- Insuficiência Cardíaca
- Pneumotórax

Exames complementares nos casos mais graves ou com complicações:

- Radiografia tórax → pode ser normal ou apresentar hiperinsuflação bilateral, infiltrados peribrônquicos ou dispersos e atelectasias segmentares
- Hemograma
- PCR
- Ionograma

Tanto a asma como a bronquiolite vírica, manifestam-se por dispneia e sibilos.

A presença de um 3o episódio de bronquiolite, em crianças menores de 2 anos, levanta a suspeita de asma brônquica.

Critérios de Gravidade

Tratamento

A maioria das bronquiolites pode ser tratada em **regime ambulatorial:**

- Elevação da cabeceira a 30o.
- Atmosfera úmida.
- Hidratação.
- Antipiréticos.
- Tapotagem (para ajudar a criança a drenar a expectoração)
- Broncodilatador (manter se houver melhoria clínica ou da SpO2).

Critérios de internação:

Idade inferior a 6 meses

- Frequência respiratória em repouso, persistentemente 60 ciclos/min
- Hipoxemia: saturação de O2 < 90%
- Apnéia
- Recusa ou incapacidade de ingestão ou presença de vômitos.
- Situação social grave que não garante cuidados no domicílio.
- Doença crônica coexistente: pneumopatias, cardiopatias, neuropatias
- Imunodeficiências, etc.

Tratamento hospitalar

A - Hidratação adequada

- Estimular a ingestão de líquidos e alimentação por via oral
- Venóclise em pacientes com FR >80 cpm (volume a infundir: 70% da taxa hídrica basal, tendo em conta a possibilidade da síndrome de secreção inapropriada da ADH, para não precipitar o edema agudo de pulmão, por sobrecarga).

B - Desobstrução nasal

- Recomenda-se desobstruir, antes de alimentar a criança e antes de cada terapia inalatória;
- Aspiração de secreções: aspirador ou bomba de sucção, utilizando previamente soluções salinas nasais.

C – Oxigenação

- Indicação: Cianose ou Saturação de O2 < 90% , em ar ambiente
- Objetivo: Atingir Saturação de O2 entre 90–94%
- Catéter nasal: máximo 2L/min
- Máscara facial: mínimo: 4L/min
- Desmame: saturação de O2 >90-92 %, se a criança estiver tranquila e

alimentando-se bem.

D - Cinesiterapia respiratória

Pode agravar a dificuldade respiratória na fase aguda da doença, mas é útil na

fase de convalescença.

Importante:

- A utilização de Aerossol de salbutamol é controversa, mas alivia algumas crianças, pelo que se recomenda uma tentativa (uma dose de ensaio) com 0,01 a 0,03ml/ kg, diluído em 5cc de soro fisiológico, em nebulização.

Se houver melhoria, traduzida por aumento da saturação de O2, medida por
oximetria de pulso, continuar.

Se não houver resposta, interromper o tratamento com Salbutamol.

- O corticoide não tem indicação, pois não altera o curso da bronquiolite aguda
de etiologia viral.

- O uso de Antibiótico também não tem indicação de rotina, apenas se for documentada complicação de infecção bacteriana secundária. Outras complicações poderão ser atelectasia, pneumotórax, pneumomediastino, apneia, insuficiência respiratória aguda.

ASMA BRÔNQUICA

Conceito

Doença inflamatória crônica, associada a hiperatividade brônquica, com agudizações frequentes, que conduzem a obstrução reversível das vias aéreas.

É extremamente comum na infância.

Os fatores precipitantes das crises são →alérgenos, infecção, esforços físicos,
alterações climáticas, poluição, tabagismo e stress emocional.

Fisiopatologia

Há obrigatoriamente inflamação e hiperatividade brônquica com edema, acumulação de secreções, broncoespasmo devido à contratura da

musculatura lisa, reversível na maioria dos casos, mediante tratamento adequado.

Diagnóstico:

• Clínica –tosse recorrente, com sibilos e dispneia, podendo ser precedida de resfriado.

- Antecedentes – história pessoal e familiar de atopia.
- Grupo etário – rara antes de 1 ano de idade.

A radiografia de tórax só tem indicação, se houver suspeita de complicações.

Perante uma crise de asma, antes de estabelecer o plano terapêutico, há que avaliar os critérios de gravidade, com base na **anamnese** (crises anteriores, fatores desencadeantes, duração, internações anteriores, tratamento prévio, tolerância ao exercício ou outras doenças) e no **exame objectivo**.

Os casos graves poderão complicar-se com atelectasia, pneumotórax ou serem acompanhados de pneumonia.

CLASSIFICAÇÃO DA CRISE ASMÁTICA

MODERADA
30. **50 cpm**
> 120 bpm
Tiragem ++
Palidez
Sibilos ++
Cansaço ao falar. Fala

SINAIS

- Dispneia
- Cor da pele Auscultação
- Fala

- LIGEIRA 30 com< 120 bpm Tiragem
- Normal Sibilos
- Fala esforço

GRAVE

- >50 CPM
- > 150 bpm
- Tiragem +++ respiração paradoxal
- Cianose
- Ventilação deficiente
- Impossível falar

Tratamento

- Regime ambulatorial: Esquema 1→ crise ligeira
- Evolução < 6 h
- Sem tratamento no domicílio
- Sem antecedentes de crises graves
- Aerossol com Salbutamol ou Salbutamol xarope, 1ml/kg/dia, de 8/8 horas, durante 5 a 7 dias.

Esquema 2→crise ligeira

- Evolução > 6 h e/ou
- Antecedentes de crises graves
- Salbutamol xarope 1 ml/kg/dia de 8/8 horas, 5 a 7 dias.
- Prednisolona oral →1 a 2 mg/kg/dose única de manhã, durante 3 dias.

TRATAMENTO NA AGUDIZAÇÃO ASMÁTICA

	LIGEIRA	MODERADA	GRAVE
Evolução	**< 6 horas**	**< 6 horas**	**Indeferente**
Terapia Prévia	**Não**	**Sim**	**Indeferente**
CrisesGraves Anteriores	**Não**	**Sim**	**Indeferente**

	Anda		
DificuldadeDiscursoDifícil DispnéiaBem Tolerado/Choro deAlimentação Ø Alimentação			
Sibilos	+/++	+++/++++	++++ até o Ø
Respostados >3 horas2 a 3 horas<2 horas Broncodilatadores			
			FR>50 com FC > 130 bpm
			Sinais de AlarmeBradicardoa, cianose, obnubilação

TRATAMENTO

AerosolcomBroncodilatador(DB)agonista– B2Salbutamol: 0.03ml/Kg/dose (Max- 1ml)De 202 em 20 min ou30 em 30 min, durante 1 a 2 horas.medicadocomDe 30 em 30 min durante 1 a 2 horasSemelhoria,altaAerossolterapia imediata (20/20min, durante1ou2 horas+ anticolinérgicono • ++ aerosolinicial)

		neulizador,póseco ou oral de acordo com idade. Sem melhoria •	associadaa predinisolona EV 2mg/kg/dose (dose Max 60 mg) Avaliar resposta semmelhoria Significativa (até 30 a 60 mi) •
Predinisolona Oral		2mg/kg/dose REFERENCIAR AO	
		Se melhoria, alta medicado com BD e Predinisolona oral. 2mg/Kg/dia durante 3 dias. Sem Melhoria •	HOSPITAL Monitorizar FC, FR e Sat O2 -Brocodilatador (20/20 mn loucontinuo+ anticolinérgico 4/4 h) + Corticoide EV, 4/4 h + - O2 PonderarAminofilina. bolo inicial (20-30 min), 5-6 mg/kg, EV Manutenção:perfusão continua 0,7 -1 mg/kg de 6/6 h

Seguimento

A asma é uma doença crônica, recorrente. Deve-se efetuar um plano de tratamento a longo prazo, de acordo com a frequência e gravidade de sintomas.

Tentar evitar os fatores precipitantes descritos acima.

Encaminhar os casos de difícil controle, para o alergologista ou o pneumologista.

Classificação da Gravidade

A asma pode ser classificada, quanto à gravidade, em **intermitente** e persistente leve, moderada e grave:

QUADRO 2 - CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA ASMA

Persistente Intermitente	Persistente Leve	Persistente grave Moderada		
Sintomas de falta de ar, aperto, chiado e tosse	<1vezpor semana	>1 vez por semanae < 1 vez ao dia	Diáriosmas não contínuos	Diários e contínuos
Limitação a Emgeral grandes normaisesforços	Prejudicadas Algumas faltas à escola	Limitação diária Faltafrequenteà escola		
Atividadeescola Falta ocasional à escola	Faltas ocasionais à escola	Sintomas com exercício moderado	Sintomascom exercícios leves	

Crises	Ocasionais (leves) Controladas com	Infrequentes Algumas	Frequentes Algumascom idaà	Frequentes Graves Necessidadede corticoides
	broncodilatadores sem ida á	usode corticóides	usode corticoides	internaçãos e risco de morte
	emergência		sistêmicosou internações	
Sintomas noturnos (despertar com chiadosou tosses)	Raros < 2 vezes/mês	Ocasionais >2 vezes/mês <1 vez/semana	>1 vez/semana	Quase diários > 2 vezes/semana
Brocodilatadores para Alívio	<2 < 1 vez/semana	vezes/semana	>2 vezes/semana <2 vezes/dia	>2 vezes /dia

N.B.: Pacientes com crises pouco frequentes, mas que coloquem a vida em risco, devem ser classificados como portadores de asma persistente grave.

TRATAMENTO PREVENTIVO

Fármacos recomendados de acordo com o grau de gravidade.

Gravidade	Medicaçãodiária controlada	Outras opções
Grau 1: Intermitente	NenhumaNenhuma	

Grau Persistente Moderada	2:	CorticóideInalado T eofilina de libertação lenta ou Cromona (doses baixas)ou Anti-Leucotrieno
		Corticóide inalado (doses moderadas) e T eofilina de Libertação lenta ou corticoide inalado (doses moderadas) e agonista-B2
Grau Persistente Moderada	3:	Corticóideinalado inaladodelongaaçãooucorticoide (doses moderadas) inalado de doses elevadas ou corticoide inaladodedosesmoderadase antileucotrieno

Corticoide inalado (doses elevadas) e, se necessário, um ou mais dos seguintes:

Grau4: -Teofilinade Persistentelibertação lenta Grave

- Antileucotrieno

- Agonista-B2 inalado de longa ação

Corticoide oral

CONVULSÕES

Conceito

As convulsões são contrações musculares, que se manifestam por movimentos rítmicos involuntários e anormais, acompanhados de alterações do tónus muscular, esfíncteres e do comportamento, como resultado de uma descarga eléctrica paroxística dos neurônios cerebrais É um fenômeno frequente até aos 5 anos, sendo em mais de metade, convulsões febris, com

um prognóstico tranquilizador.

Diagnóstico (repousa sobre 3 pilares):

1 – Interrogatório

- Antecedentes (pessoais e familiares)
- Fatores desencadeantes
- Desenvolvimento psicomotor

2 - Descrição da crise

- Febril ou não
- Tônica ou clônica
- Parcial ou generalizada
- Revolução ocular
- Hipersialorreia
- Duração →Crise prolongada ≥15min
- Frequência
- Déficit motor post-crise
- Tratamento anterior

3 - Exame neurológico (importante descartar sinais de infecção do SNC)

- Normal
- Anormal

Classificação das convulsões infantis

- Convulsões neonatais (até 28d)*
- Convulsões com febre*
- Infecção do sistema nervoso central (meningite e paludismo)
- Convulsões febris
- Convulsões sem febre
- Epilepsia

***Nesses casos, o mais importante é classificar como criança grave e transferir para o hospital Etiologia**

- Infecção
- Traumatismo

- Intoxicação
- Privação de drogas
- Metabólica
- Vascular
- Tumor do SNC
- Malformações congênitas
- Outras

Convulsões neonatais (até 28 dias de vida)

- Atenção às convulsões súbitas (movimentos rotatórios dos globos oculares, clonias palpebrais, crises de cianose, movimentos mastigatórios, movimentos de pedalagem, boxe, apneia).
- Hipoxia/anoxia (intrauterina ou perinatal).
- Isquemia cerebral.
- Hemorragia intracraniana.
- Infecção do sistema nervoso central.
- Metabólica (Hipoglicemia, Hipocalcemia, Deficiência de piridoxina).

- Privação de drogas.
- Erros inatos de metabolismo.
- Anomalias estruturais do SNC.
- Transtornos hereditários.

Conduta / Tratamento

- Manter as vias aéreas permeáveis (aspirar secreções, cânula orofaringe).
- Decúbito lateral (exceto se existir traumatismo prévio).
- Avaliar coloração, movimentos torácicos, FR, AP, FC, TA e perfusão periférica
- Canalizar veia periférica com SG 5%.
- Corrigir a hipoglicemia se < 40mg/dl. Administrar SG10% 2ml/kg ev, seguido de SG 5% com velocidade infusão glicose (**vig**), de 5 mg/kg/min de manutenção.
- Corrigir hipocalcemia se Ca+ <7 mg/dl. Administrar Ca 10%, 1ml/kg ev.
- Corrigir hipomagnesémia se Mg+ <1,5 mg/dl. Administrar Sulfato de magnésio a 50% 0,1 a 0,2ml/ Kg, IM ou EV lento. A dose pode ser repetida 12 a 24 h depois se necessário.
- Fenobarbital

- Dose de impregnação -15 mg/kg ev, diluído em SF, durante 30 min, sob vigilância cardiorespiratória.
- Se não ceder, repetir Fenobarbital 10 mg/kg ev.
- Manutenção 3-5 mg/kg/ dia em 2 doses

Se não ceder transferir para Hospital

- Difenilhidantoina (Fenitoína) →15 mg/kg ev lento, diluído em SF, em 20 minutos; depois 3 - 5 mg/kg/d 12/12h
- Piridoxina (se convulsão refractária) →50 a 100 mg ev. **Em caso** de persistência e sob ventilação assistida:
- Clonazepan 0,1 a 0,2 mg/kg ev (30 segundos). Depois, infusão de 0,01-

0,03 mg/kg/hora. Passar à via oral, dose única, quando controlada a convulsão.

Tiopental, 5 mg/Kg EV lento. Depois 2-4mg/Kg/hora Suspensão do tratamento 1 a 2 semanas após a última convulsão, na ausência de fatores de risco, com manutenção da vigilância por mais 1 semana.

Na presença de fatores de risco, manter Fenobarbital por 3 meses e suspender o tratamento, na ausência de convulsões e EEG sem alterações.

Convulsões em lactentes e crianças

- Febril: Sepsis, Infecção SNC.
- Alterações hidroelectrolíticas.
- Traumatismo Crânio-encefálico (TCE).
- Neurocistecercose.
- Intoxicações (aminofi lina, salicilatos e álcool).
- Tumores do SNC.
- Ampola 200 mg/2ml, retirar 1ml diluir em 9ml de SF (1ml =10 mg)
- Epilepsia.

Convulsões em adolescentes

- Níveis baixos de anticonvulsivantes.
- TCE.
- Neurocistecercose.
- Epilepsia.
- Intoxicações (álcool e drogas).

Convulsões Febris

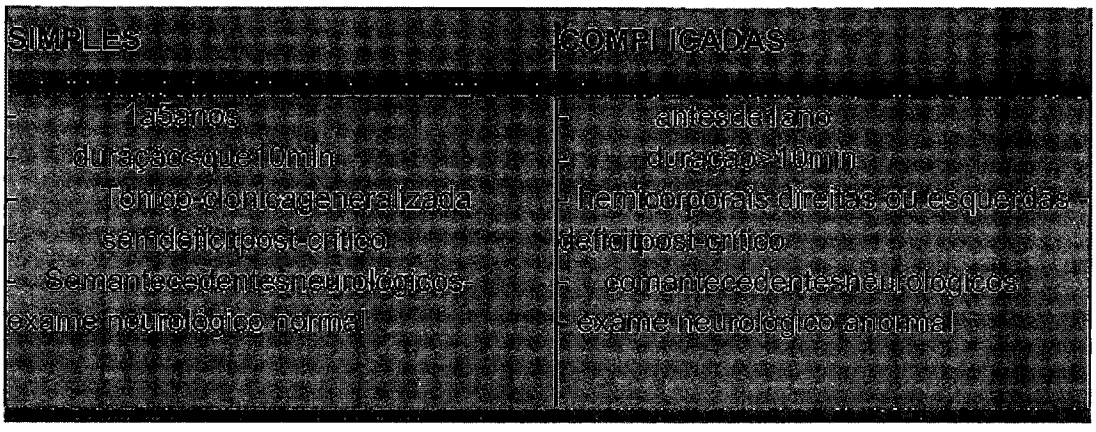
Constituem a maior parte das convulsões ocasionais.

Trata-se de um diagnóstico de exclusão, após descartar se de imediato,

infecção do sistema nervoso central (a punção lombar é obrigatória). Podem ser:

Tratamento

- Manter as vias aéreas permeáveis (aspirar secreções, cânula orofaringe)
- Decúbito lateral o O2 a 100%
- Avaliar coloração, movimentos torácicos, FR, AP, FC, TA e perfusão periférica
- Canalizar veia periférica com SG 5%
- Paracetamol 15 a 20 mg/kg, via oral ou via retal Diazepam 0,3 mg/kg/dose, sob a forma de enema ou ev, nas crises que duram mais de 10 minutos.



Repetir 5 minutos depois, até 2 mg/kg (dose comulativa).

Seguimento

Um bom relacionamento médico/doente/família é importante no seguimento da

criança com convulsão febril.

A convulsão febril complicada, deve ser investigada e a criança deve ficar com tratamento antiepiléptico desde a 1a crise, até ao esclarecimento da situação e tratamento específico definitivo.

EPILEPSIA

Quando as crises convulsivas são recorrentes, falamos em **epilepsia,** que deve ser investigada e classificada, para se poder instituir um tratamento preciso.

Para a **classificação** são determinantes:

- A descrição das crises
- A observação dos fundos oculares
- Os exames complementares, principalmente o electro-encefalograma (EEG)

As descrições electroclínicas das crises permitem classificar as epilepsias em:

- Epilepsia generalizada (grande e pequeno mal)
- Epilepsia parcial

A maioria dos casos tem evolução benigna.

Quando se trata de situações graves (ver critérios de gravidade em baixo),
impõe-se imagiologia neuro radiológica - TAC e/ou Ressonância Magnética.

Critérios de gravidade

- Início precoce das crises
- Duração prolongada das crises
- Associação de vários tipos de crise
- Aspectos electroencefalográficos
- Lesão cerebral preexistente

- Resposta parcial ou ausência de resposta ao tratamen

Tratamento

Antes de mais, devemos desdramatizar a situação perante a criança e a
família.
Explicar claramente as regras, os constrangimentos e os resultados de um
tratamento anti-epiléptico.

A escolha do medicamento depende do tipo de epilepsia.

Começar sempre por **monoterapia**.

A mudança para um 2o medicamento só deve ser feita em caso de fracasso do
1o, após um período de ensaio sufi ciente de 2 a 3meses.

Nesse caso enquanto se introduz lentamente o 2o medicamento, vai-se fazendo o desmame do 1o.

Epilepsias generalizadas → Valproato de sódio. A dose inicial recomendada é de 15 mg/kg/dia, podendo ser aumentada em intervalos semanais de 5 a 10 mg/kg/dia, até que se obtenha o controle das convulsões ou até onde os efeitos colaterais permitam.

A dose máxima recomendada é de 60 mg/kg/dia.

Se a dose diária total exceder 250 mg esta deverá ser administrada de forma
fracionada 20 a 40 mg/kg de 12/12 h.

Epilepsias parciais – Carbamazepina 20 mg/Kg/dia, de12/12 h.

Quando não se consegue controlar as crises, apesar do tratamento correto, devemos rever o diagnóstico, considerar a necessidade de mais investigação, fazer doseamento sérico dos anti-epilépticos, mudar de antiepiléptico ou associar outros antiepilépticos.

Nas epilepsias benignas pode-se parar o tratamento de forma paulatina, após 2
anos sem crise.

Nas severas, mais tardiamente e, caso a caso. **Status Epilepticus** (Causas variadas a investigar) **Conceito**
Convulsão >30 min ou presença de 2 ou mais convulsões sucessivas sem
recuperação da consciência.

Tratamento

Diazepam

1a dose - 0,3 a 0,5 mg/kg ev lento (≥ 2 minutos), máximo 10 mg/dose. Se não
ceder 5 minutos depois:

2a dose - 0,3 a 0,5 mg/kg ev lento (≥ 2 minutos), máximo 10 mg/dose Se não
melhorar em 5 minutos:

3a dose - 0,3 a 0,5 mg/kg ev lento (≥ 2 minutos), máximo 10 mg/dose

Se não melhorar

Difenilhidantoína (Fenitoína) - 20 mg/kg (máximo 1g) ev lento, diluído em SF,
em 20 minutos.

Repetir 10 mg/kg ev lento, diluído em SF, em 20 minutos

Se não melhorar

Fenobarbital 20 mg/kg ev lento, diluído em SF, em 30 minutos

Repetir 2 doses extras de 5 mg/kg, com intervalo de 20 minutos, se não

melhorar. Se ceder, iniciar 24 h depois, manutenção com Fenobarbital, na dose de 3 a 5 mg/kg/dia, de 12/12 h

Se não melhorar, tentar:

Midazolam

Dose de ataque - 0,15 a 0,3 mg/kgManutenção ev contínuo - 0,05 mg/kg/h, reajustar de 15 em15 minutos até controlar a crise, (até 1,4 mg/kg/h), manter por 12 horas e reduzir gradualmente, de 15 em15 minutos.

CORPO ESTRANHO NAS VIAS RESPIRATÓRIAS

O corpo estranho nas vias respiratórias, acontece com frequência nas crianças pequenas de 1 a 4 anos, mais frequentemente no sexo

masculino e deve ser evocado de maneira sistemática, perante toda a dificuldade respiratória obstrutiva aguda (sibilância ou estridor, cianose, e retração torácica, apneia, etc).

A noção precisa de aspiração de corpo estranho é rara, sobretudo em crianças
pequenas, com ausência de testemunhas.

Esta circunstância implica, por isso, elevado índice de suspeita.

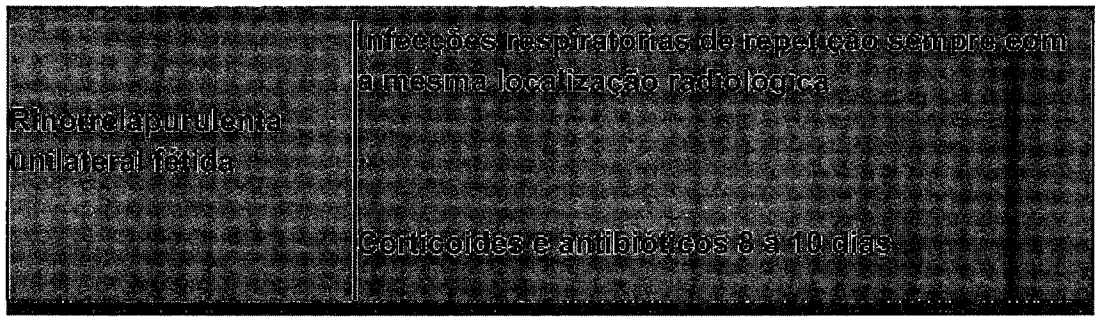
Quando é presenciado, sempre há referência a um episódio de engasgamento,
seguido de tosse intensa.

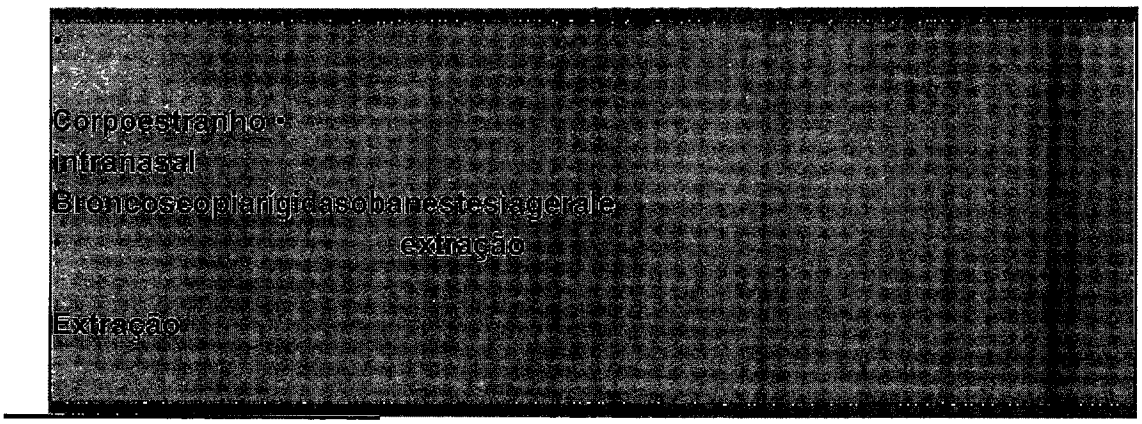
O agente responsável é qualquer objeto de pequenas dimensões (peças de jogos ou de brinquedos, balões, tampa de esferográfica, tipo bic, feijões, amendoim, botões, pilha de relógio, etc).

De um modo geral, os sinais e sintomas dependem da natureza, tamanho, localização e grau de obstrução do corpo estranho nas vias respiratórias e, se se trata duma situação antiga ou recente.

Conduta:

Corpo Estranho Antigo e Desconhecido





1. **Corpo Estranho Recente e/ou Conhecido**

a) Obstrução nasal unilateral = corpo estranho intranasal - extração com pinça.

b) Asfixia aguda, paragem respiratória ou dispneia alta com tiragem/estridor, disfonia, cianose = corpo estranho na laringe.

Se a criança está em apneia e tiver > 1ano, proceder à manobra de Heimlich

(forte e brusca compressão epigástrica com os punhos, de baixo para cima).

Se tiver < 1ano, proceder à percussão forte no dorso.

- Supraglote - extração com pinça sob laringoscopia.
- Subglote - intubar com uma sonda e empurrar para um brônquio,

seguido de extração por broncoscopia rígida.

c) Alternância de dispneia laríngea com dispneia asmatiforme = corpo estranho traqueal - traqueobroncoscopia rígida.

d) Tosse, por vezes sem dispneia = corpo estranho rônquico - Rx (atelectasia, enfisema, desvio do mediastino e imagem do próprio corpo estranho, se este for radiopaco) - broncoscopia rígida.

Chama-se a atenção para as situações intermitentes, em que, após um episódio de sufocação, tosse persistente e cianose, a criança pode apresentar- se assintomática, reiniciando sintomas posteriormente.

O Rx de tórax PA e perfil e/ou cervical é muito importante para o diagnóstico, podendo visualizar-se o corpo estranho, se for radiopaco ou as

alterações do RX (atelectasia ou insuflação).

Interconsulta com ORL e/ou pneumologista e, quando necessário, endoscopia.

CRIANÇA VÍTIMA DE MAUS-TRATOS

Conceito

Trata-se de qualquer forma de atuação física e/ou emocional, inadequada e não acidental, resultante de disfunções e/ou carências nas relações entre crianças e adolescentes/ jovens e pessoas mais velhas, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e/ou poder.

Constituindo uma patologia de abordagem multifacetada, por equipas multidisciplinares, espera-se que o médico não perca a oportunidade de fazer o diagnóstico precoce, o tratamento e seguimento de eventuais lesões físicas e o encaminhamento adequado.

Fisiopatologia dos maus-tratos

É classicamente considerada uma tríade de fatores e situações de risco:

1 - Fatores inerentes aos pais

- Antecedentes de maus-tratos na sua própria infância
- Mães com menos de 20 anos, solteiras e sem apoio familiar
- Personalidade imatura e impulsiva
- Maior vulnerabilidade ao stress
- Fraca tolerância às frustrações
- Atraso mental
- Mudança frequente de companheiro(a)
- Mudança frequente de residência
- Antecedentes de criminalidade
- Toxicodependência (alcoolismo e outras drogas)

2 - Fatores de risco inerentes às crianças

- Crianças nascidas de uma gravidez não desejada ou gemelar.
- Crianças que sofreram separação da mãe no período neonatal.
- Crianças que não correspondem às expectativas dos pais.
- Crianças < 3anos.
- Crianças deficientes ou portadoras de doença crônica.
- Crianças hiperativas, teimosas ou com outras alterações do comportamento.

3 - Situações de crise →precipitantes

- Perda de emprego.
- Agravamento das dificuldades econômicas.
- Morte de um familiar.
- Diagnóstico de doença grave num familiar.
- Separação ou divórcio dos pais.
- Depressão da mãe ou qualquer outro acontecimento, que perturbe, o já instável equilíbrio familiar.

Tipologia dos maus-tratos

A violência para com as crianças manifesta-se como maus-tratos físicos (que no limite, se traduzem por infanticídio), abuso emocional ou psicológico, abuso sexual, negligência, exploração no trabalho, exercício abusivo de autoridade, tráfico de crianças e adolescentes/jovens.

As crianças e os jovens podem ser maltratados por um dos progenitores ou por ambos, pelos padrastos e madrastas, por um(a) cuidador(a), uma pessoa conhecida e raramente por um estranho.

Pela sua frequência e relevância, apenas serão abordadas as seguintes formas:

1 - Maus-tratos físicos - qualquer ação não acidental por parte dos pais ou pessoa com responsabilidade, poder ou confiança, que provoque ou possa provocar na criança ou adolescente/jovem, dano físico, lesões traumáticas (fraturas, equimoses, hematomas, hemorragias retinianas), sufocação, intoxicação e síndrome da criança abandonada.Entre nós, é frequente a "criança batida," com o corpo marcado por cicatrizes de formas e idades diferentes.

2 - Abuso emocional ou psicológico - ato de natureza intencional,

caracterizado pela ausência ou inadequação persistente, ativa ou passiva, do suporte afetivo e do reconhecimento das necessidades emocionais da criança ou jovem adolescente, tudo fazendo para diminuir a sua auto-estima, como sendo: insultos verbais, humilhação, ridicularização, desvalorização, ameaças, indiferença, discriminação, rejeição, culpabilização, crítica, etc.

3 - Abuso sexual - O abuso sexual traduz-se pelo envolvimento da criança ou adolescente em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual do adulto ou jovem adolescente mais velho, numa situação de poder ou de autoridade sobre aquele.

O mais frequente é ser intra-familiar e de forma repetida ao longo da infância.

São exemplo desse tipo de abuso:

- Obrigar a criança/jovem a presenciar conversa ou escritos obscenos.
- Espetáculos ou objetos pornográficos ou atos de carácter exibicionista.
- Utilização do menor em fotografias, filmes, gravações pornográficas ou em práticas sexuais de relevo.
- A realização de coito (penetração oral, anal e/ou vaginal). Considera-se violação sempre que há penetração.
- Até os 5-6 anos, o pênis ereto do adulto não consegue penetrar a vagina, pelo que é considerado atentado ao pudor.
- Dos 6 aos 9 anos, embora possa haver penetração, há lacerações extensas e desgarros do períneo e vagina.
- A partir dos 10 anos, diminui a gravidade das lesões traumáticas perineais e vaginais, começando o risco da gravidez.

4 - Negligência - Constitui um comportamento passivo de omissão, relativamente aos cuidados básicos de higiene, alimentação, afeto, saúde, segurança, educação, estimulação e apoio.

Pode ser **voluntária** (com a intenção de causar dano) ou **involuntária** (incompetência dos pais para assegurar os cuidados necessários e adequados.)

Inclui diversos tipos como:

- Negligência intra-uterina.

- Negligência física.
- Negligência emocional.
- Negligência escolar.
- Mendicidade.
- Abandono.

5 - Síndrome de Munchausen por Procuração - É um quadro clínico em que a mãe da criança (a maioria com doenças do foro psiquiátrico) está sempre implicada, simulando ou causando doença no (a) fi lho(a).

O cenário habitual é o de um pai que tem um papel passivo e distante.

Esta situação é perpetrada em crianças incapazes ou não desejosas de

identificar a agressão e o agressor.

Etiopatogenese

Existem várias possibilidades:

- Historia clínica inventada.
- Falsificação dos resultados ou do nome do titular de exames complementares.
- Lesão traumática em condições especiais.
- Simulação de febre.
- Convulsões provocadas por sufocação.

- Coloração de fezes e urina com sangue, simulando retorragias e hematúria. Diagnóstico de maus-tratos

As manifestações clínicas são muito variadas, dependendo do tipo de mau trato, não existindo lesões patognomônicas, pelo que temos de estar atentos e ter um elevado índice de suspeita diagnóstica.

Uma anamnese cuidada e um exame físico minucioso, serão os passos

decisivos.

São sinais evocadores, entre outros: criança mal-cuidada, malnutrida, com calendário vacinal desatualiza do, sinais de pavor ou timidez sempre que um adulto se aproxima.

Atenção a uma história clínica inverosímil, com contradições, diferentes versões, discrepância entre a história e o tipo de lesões observadas e, atraso na procura de cuidados médicos.

Conduta a seguir:

- Internação para avaliação e proteção (sempre que a situação se
- justifique).
- Investigação radiológica (sistemática em crianças com menos de 2 anos,
- procurando fraturas ou calo ósseo).
- Fazer o diagnóstico diferencial, importante sobretudo pelas consequências e implicações sociais e legais que daí possam advir, podendo haver necessidade de efetuar outros exames complementares, de acordo com cada situação.
- Contactar o ICCA ou a Procuradoria de Menores.
- Afastar a criança do meio familiar, até esclarecimento da situação, se o agressor for um membro da família.
- Tomar condutas específicas para cada caso, de acordo com a avaliação de eventuais lesões.
- Reabilitação da família por entidades para isso vocacionadas (é um imperativo).

Em caso de violação sexual, seguir o seguinte protocolo:

1 - Exame sexual – O mais precocemente possível. Não confundir com exames ginecológicos, feitos pelos ginecologistas e com objetivos diferentes, o que não quer dizer que não possam ser chamados a intervir de forma complementar.

Quesitos obrigatórios:

- Pesquisar a existência de esperma e/ou sangue na vagina, no ânus (tanto em meninas como em meninos), nas roupas da vítima e eventual colheita de amostras para exame laboratorial.
- Observar existência de equimoses, escoriações, unhadas, mordeduras,

lacerações, incluindo as do períneo, ânus, vulva e vagina.

- Pesquisar presença de distorção do ânus, pregas engrossadas ou seu desaparecimento, fissuras profundas, dilatações varicosas e o tônus do ânus, devem ser pesquisadas.
- Referir e descrever sinais próprios de desfloramento – lacerações himeniais, orifício himenial permeável aos dedos indicador e médios

justapostos, presença de esperma nos genitais, para lá do introito vaginal. O desfloramento será classificado como recente se houver sinais inflamatórios nos bordos das lacerações e, caso contrário, como não recente.

- Mais tardiamente podem aparecer sinais de gravidez que confirmam o desfloramento.
- Sem sinais de desfloramento
- Presença de hímen complacente – orifício himenial permeável aos dedos indicador e médio justapostos, mas sem lacerações dos bordos.

- Presença de lacerações nos bordos do hímen, mas orifício himenial não permeável aos dedos indicador e médios justapostos→sinais de atentado ao pudor ou tentativa de desfloramento.

2 – Prevenção das infecções sexualmente transmissíveis

- Recolha imediata de sangue para sorologia para Sífilis, HIV, Hepatites B e C (para conhecimento do estado sorológico no momento de atendimento e posterior comparação).
- Agendamento do retorno para acompanhamento psicológico e repetir a sorologia para Sífilis (após 30 d) e para HIV (após 3 meses)
- Fazer profilaxia das IST não virais

PROFILAXIA DA ISTS NÃO VIRAIS		
ISTs virais	não	Crianças e adolescentes ≤ 45 kg	Adolescentes > 45 kg
Sífilis	PenicilinaBenzatínica 50.000UI/kg IM dose única Se alergia: Eritromicina - 5mg/kg/dia VO de 6/6 h durante 15 dias	2,4 milhões UI, dose única, IM Ou 500mg 6/6h, via oral, durante 15 dias
Gonorreia	Ceftriaxona 125 mg IM, dose única	250 mg IM, dose única

Clamídia	Azitromicina 20 mg/kg VO, dose única Ou Eritromicina 50 mg/kg/dia VO de 6/6h, durante 14 dias	1g VO, dose única Ou 500mg 6/6h VO, durante 14 dias
Tricomoníase	Metronidazol 15mg/kg/dia a 8/8h durante 7 dias Ou Secnidazol 10 mg/kg VO dose única	2g dose única Ou Secnidazol ou Tinidazol 2g VO, dose única

Profilaxia da Hepatite B (vítima não vacinada ou com esquema vacinal

incompleto)

- Administrar **Imunoglobulina hiperimune** para hepatite B - **0,06ml/kg IM**

- dose única (dose máxima 5 ml), nas primeiras 48h, até no máximo, 14dias.

- Iniciar ou completar o esquema vacinal para hepatite B.

Profilaxia da infecção pelo HIV

- Conhecer a sorologia do agressor (teste rápido para HIV).
- Contatar a Procuradoria de Menores, com a maior brevidade possível.

O uso de antiretrovirais deve ser iniciado no menor prazo possível, com limite

de 72 h após a violação sexual.

Recomenda-se a associação Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC), havendo ainda a possibilidade de escolha de uma terceira droga entre o Nelfinavir (NFV) e o Ritonavir (RTV).

O tratamento deve ser mantido durante 4 semanas consecutivas, sem

Interrupção.

3 – Prevenção da gravidez

- Anticoncepcional oral (utilizar a pílula combinada, existente na estrutura

de saúde): 2 cp 12/12h ou 4 cp dose única, até 72 h após coito desprotegido.

- Levonorgestrel (cp 0,75 mg) - 2 cp.VO, dose única ou 1cp de12/12 h, se a vítima está a fazer Nelfinavir ou Ritonavir que diminuem o nível sérico dos estrogêneos).

PROFILAXIA DA INFECÇÃO PELO HIV

ARV	Crianças	Adolescentes	Dose Máxima
Zidovudina (AZT)	90-180mg/ m2 de 12/12 h	300mgde 12/12h	300mgde 12/12h
Lamivudina	4mg/kg de 12/12 h	150mg 12/12h	de 150mg 12/12h de
Lopinavir+Ritonavir	230mg/m2 de 12/12h	400mg 12/12h	de 400mg 12/12h de

Em caso de gravidez por violação, propor IVG.

VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) NEONATAL

Considerando-se cerca de três milhões de nascimentos por ano em nosso país, em torno de 12.000 crianças brasileiras seriam expostas anualmente à infecção materna pelo HIV, com risco de adquirir a infecção.

Programas de prevenção bem-sucedidos reduziram a transmissão para menos

de 2%, com a implementação das seguintes medidas principais:

- Aconselhamento e triagem pré-natal.

- Profilaxia antirretroviral.
- Cesárea eletiva.
- Suspensão do aleitamento materno.

Recomendações e profilaxia para transmissão vertical do HIV - Cuidados na sala de parto

Os profissionais devem adotar as precauções básicas e universais para evitar a sua própria contaminação na manipulação de sangue e secreções. Recomenda-se o uso de luvas, máscaras, óculos e aventais de proteção.

O trabalho de parto e o parto são os momentos em que a maior parte das infecções pelo HIV são transmitidas da mãe para o RN.

A transmissão ocorre devido à exposição de mucosas do RN às partículas virais presentes no sangue e secreções maternas. Dessa forma, devem ser tomados cuidados no sentido de se evitar o prolongamento dessa exposição ou lesões de mucosas que rompam barreiras protetoras à penetração viral.

A aspiração de boca, narinas ou vias aéreas deve ser evitada e, se for necessária, deve ser cuidadosa.

Caso tenha havido deglutição de sangue ou mecônio, pode-se promover a lavagem gástrica cuidadosa, evitando-se traumas de mucosas tanto durante a passagem da sonda gástrica quanto durante a aspiração.

O RN deve ser banhado com água e sabão logo após o parto, assim que esteja estável.

Somente após a remoção de secreções maternas, pode-se administrar medicações injetáveis.

Identificação dos RN expostos à infecção materna pelo HIV e instituição da profilaxia antirretroviral (ARV)

Quando o teste sorológico anti-HIV não tiver sido realizado na gestante segundo as recomendações vigentes (na primeira consulta pré-natal e, sempre que possível, repetido no início do 3° trimestre, utilizando-se testes

rápidos, se necessário), o profissional que a atende no momento da resolução da gravidez deve garantir que a parturiente seja testada, preferencialmente antes do parto. Dessa forma, será possível a instituição das medidas profiláticas recomendadas: ARV intraparto, parto cesáreo eletivo quando indicado e ARV para o RN.

A profilaxia com ARV deve ser administrada à criança logo após o nascimento, dentro de 12 horas de vida, **preferencialmente nas primeiras 2 horas**, mesmo que seja indicada com base apenas em um resultado positivo de teste rápido. Não é necessário aguardar testes confirmatórios.

A parturiente deve receber zidovudina por meio de infusão endovenosa desde
o início do trabalho de parto (ver capítulo específico).

Segundo Nota Técnica no388/2012 CQV/D-DST-AIDS-HV/SVS/MS foi introduzida nevirapina (NVP) ao esquema de quimioprofilaxia da transmissão vertical do HIV, para recém-nascidos de mãe vivendo com HIV/aids que não receberam antirretrovirais na gestação, mesmo que tenha recebido AZT injetável no momento do parto.

Esquema de Quimioprofilaxia Neonatal

ARV	Posologia	Duração
AZT+ NVP	AZT: 4 mg/kg/dose, via oral, a cada 12h*	6 semanas
	NVP: - Peso de nascimento 1,5 a 2 kg: 8 mg (0,8 mL)/dose, via oral - Peso de nascimento >2 kg: 12 mg (1,2 mL)/dose, via oral	- 1a dose nas primeiras 48h de vida - 2a dose 48h após a 1a dose - 3a dose 96h após a 2a dose

* Posologia para neonatos com idade gestacional >35 semanas.

A quimioprofilaxia dos recém-nascidos expostos ao HIV cujas mães receberam ARV durante a gestação contínua a ser o AZT em solução oral, 4 mg/Kg/dose, via oral, a cada 12 h, por 6 semanas.

Se o recém-nascido tiver idade gestacional menor que 35 semanas ou peso de nascimento menor que 1,5 kg, a quimioprofilaxia para o HIV indicada é apenas o AZT por 6 semanas.

Em casos de recém-nascidos graves que não possam receber a medicação por via oral ou por sonda orogástrica até 48 horas de vida, a quimioprofilaxia indicada é apenas o AZT intravenoso, na dose de 1,5 mg/kg/dose a cada 6 horas, mesmo que a mãe não tenha recebido ARV na gestação.

Cuidados com a Alimentação

A transmissão do HIV por meio da ingestão de leite de mães infectadas é bem documentada. O Ministério da Saúde do Brasil, por meio do Programa Nacional de DST/AIDS, disponibiliza fórmula infantil durante seis meses para filhos de mães infectadas pelo HIV.

Além da garantia do fornecimento da fórmula alimentar, é fundamental que haja orientação cuidadosa sobre as razões da contraindicação do aleitamento materno e os cuidados com relação ao preparo do leite, procurando reduzir o risco de doença no RN.

Nas situações em que o resultado do teste rápido não estiver disponível até o momento da primeira mamada, a orientação da amamentação, antes do conhecimento do resultado do teste, deve ser analisada individualmente.

Nessa situação, deve-se levar em consideração a história e o risco de exposição da mãe ao HIV, os riscos e benefícios da privação do aleitamento materno imediatamente após o parto e os riscos e benefícios do oferecimento de outros leites que não o materno. Essa decisão deve ser compartilhada com a família e documentada no prontuário médico.

Os testes sorológicos rotineiros para detecção de anticorpos não auxiliam no diagnóstico da criança antes dos 18 meses de idade, já que, durante a gestação, ocorre transferência dos anticorpos maternos IgG contra o HIV para o feto.

Recomenda-se que sejam feitos dois testes de detecção de RNA viral (carga viral) em amostras de sangue (plasma), sendo o primeiro em torno

de 4 semanas de idade. Se o resultado for negativo, deve se repetir o teste em torno de 12 semanas de idade.

Dois testes negativos (carga viral indetectável), na ausência de manifestações clínicas sugestivas de infecção pelo HIV, permitem o diagnóstico presumível de não infecção.

Notificação

É obrigatória a notificação de gestantes infectadas pelo HIV e de RN exposto à infecção materna. Assim como para sífilis, as instruções encontram-se no sítio

doMinistériodaSaúdedoBrasil
(http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS4A323161PTBRIE.htm).

DOR ABDOMINAL NA CRIANÇA

Conceito

Dor abdominal aguda - crise dolorosa abdominal não diagnosticada, com

duração inferior a uma semana.

A dor abdominal recorrente (DAR) ou crônica é a que ocorre em 3 ou mais episódios, ao longo de um período superior a 3 meses, com intensidade sufi ciente para interferir com as atividades quotidianas da criança.

Clínica

A dor abdominal é um sintoma multifacetado e constitui uma das queixas mais

frequentes em idade pediátrica, que engloba um largo espectro de situações.

Dor abdominal aguda

Interessa diagnosticar em tempo útil, se está perante um abdômen agudo (situação clínica em que existem sintomas abdominais agudos que sugerem a probabilidade de risco de vida para o doente) ou, se a dor reflete patologia extra-abdominal.

Uma história clínica detalhada e um exame objetivo correto

fornecem muita
informação.

Devemos caracterizar a dor abdominal, tendo em conta os seguintes aspectos:

- Início – insidioso ou agudo.
- Causalidade – relação causa/efeito: trauma, relação com alimentos, doença prévia
- Duração – constante ou intermitente.
- Localização.
- Sintomas associados –febre, vômitos, diarreia, queixas urinárias, etc.
- Fatores de alívio ou agravamento.

Dor abdominal aguda de causa cirúrgica

É prudente considerar qualquer dor abdominal aguda intensa e contínua, com
duração superior a 4 h, como potencialmente cirúrgica.

Procurar:

- Sinais de irritação peritoneal: dor e defesa. Chama-se a atenção para a delicadeza na palpação abdominal a fim de evitar exacerbação desnecessária do sofrimento no doente (apendicite aguda, perfuração do intestino, peritonite, trauma, etc).
- Sinais de oclusão intestinal: vômitos, paragem de gases e fezes, silêncio
- abdominal ou hiper-peristaltismo (invaginação intestinal, volvo).
- Presença de sangue nas luvas, ao toque retal a Característica do pulso.
- Dor abdominal aguda de causa orgânica, mas não cirúrgica
- Cólicas no lactente, até aos 3 meses de idade.
- Obstipação.
- Gastroenterite aguda.
- Amigdalite estreptocócica.
- Hepatite aguda.
- Infecção urinária aguda.
- Pneumonia da base.
- Adenite mesentérica (ex. Adenovirus).
- Crise de falciformação.

Exames complementares

- Hemograma.
- Urina tipo II, com pesquisa de nitritos e pigmentos biliares.
- RX tóraco-abdominal.
- Ecografia Abdomino-pélvica

Tratamento

Dependendo da idade da criança, da história clínica, do exame físico e dos exames complementares, são várias as situações que podem debutar com um quadro de abdômen agudo e, a conduta deve ser tomada, em função da etiologia.

Em qualquer circunstância não mascarar a dor. Os antiespasmódicos e os analgésicos estão contra-indicados.

CIRURGIA IMEDIATA	URGÊNCIA CIRURGIA	NÃO CIRURGICA
Apendicite aguda	Obstrução Intestinal	GEA

Peritonite Oclusão Intestinal	Adenite Mesentérica
Invaginação Intestinal Malformações Congênitas	Pneumonia da base
Hérnia Encarcerada Estrangulada Abcesso Intraperitoneal	Hepatite
Rotura de Órgão Solido Ingestão de Corpo Estranho	Obstipação
Malrotação Intestinal com volvo	Aerofagia

Diverticulo de Meckel	**Ingestãodecorpo estranho**
Enterocolite necrosante (quando há evidencias de perfuração intestinal)	**Púrpurahenoch Schonlein**

Dor Abdominal Recorrente (DAR)

A DAR pode estar associado a uma causa orgânica (5 a 33% dos casos, conforme se tenha ou não acesso a exames endoscópicos ou radiológicos) ou funcional.

As variáveis que apontam para um diagnóstico funcional são o exame físico normal e a ausência de sinais de alarme relativamente a doença orgânica **- critérios de Roma.**

II (ver quadro).

CRITÉRIOS DE ROMA II
Sinais de Alarme: causas orgânicas de DAR

- Dor bem localizada, longe do umbigo.
- Dor que condiciona despertar noturno.
- Vômitos.
- Alterações dos hábitos intestinais.
- Diarreia crônica grave.
- Atraso do crescimento.
- Perda de peso.
- Rectorragias, febre, artralgias ou exantema.
- Fistula/fissura anal.
- Alterações menstruais (adolescentes).
- Hemorragia Oculta.
- Alterações laboratoriais (sangue e urina).
- Histórico familiar de doença péptica.
- Idade < 4 anos.

Diagnóstico

Os critérios de Roma permitem diagnosticar as doenças gastrointestinais funcionais, com base nos sintomas, recorrendo apenas à história clínica e ao exame físico **(fazer sempre a palpação abdominal)**, sem utilização de exames complementares. Estes deverão ser realizados quando houver os sinais de alarme de doença orgânica e dependem da hipótese formulada (mais frequente entre nós tem sido: obstipação, giardíase, amebíase, litíase, hidronefrose e neoplasias. Não esquecer situações menos frequentes como doença inflamatória intestinal, intolerância à lactose e doença celíaca).

Exames complementares - de forma individualizada, tendo em conta a

história clínica e a suspeita diagnóstica:

- Hemograma completo com VS.
- Urina tipo II.
- Exame parasitológico das fezes.
- Pesquisa de sangue oculto nas fezes.
- Ecografia abdominal /renal.
- Endoscopia digestiva alta e baixa.

Considerações sobre o Tratamento:

- O mais importante é a definição diagnóstica.
- O tratamento deve ser baseado na etiologia.
- Evitar tratar apenas o sintoma.

GASTROENTERITE AGUDA (GEA/DESIDRATAÇÃO)

Conceito

Quadro clínico resultante da inflamação aguda das mucosas do estômago e intestino, que se traduz por vomito e diarreia, por vezes acompanhados de dor abdominal e febre.

Há uma perda intestinal aumentada de nutrientes, água e eletrólitos. Apresenta

uma evolução autolimitada, com duração média de 5 dias e máxima de 14 dias.

Etiologia

Nos países industrializados a causa mais frequente de gastroenterite é o

rotavirus.

Manifestações clínicas

Depende de vários fatores: aleitamento materno exclusivo ou não, idade, estado imunitário, estado nutricional, características do agente infeccioso, etc. No exame físico, é fundamental pesquisar os sinais de desidratação.

A desidratação terá de ser classificada quanto ao **grau** e ao **tipo** (ver quadros)

Quadro 1 - Avaliação clínica do grau de desidratação

SINAIS LIGEIRA MODERADA
Pulso Cheio Rapido Filiforme
TA Sistolica Normal, Normal ou
Diurese Oligoanuria
Lingua Ligeiramente seca Seca Muito
Fontanela anterior Normal Deprimida
Olhos Normal Encovoados Muito
Prega cutânea Ausente Desfaz
Pele Normal Fria Fria, pegajosa

Estado geral	Bom	Intranquilo/Irritável	Letargico/Inconsciente
Lagrimas	Presente	Ausente	Ausente
Perda Ponderal	< 5%	5-10 %	>10%

Quadro 2 - Sinais físicos consoante o tipo de desidratação

SINAIS FÍSICOS ISOTÔNICA

- Pele Fria
- Temperatura Turgor Seca
- Língua Seca
- Olhos Encovados
- Fontanela
- Deprimida
- Psiquismo
- Prostrado
- Pulso Rápido

HIPOTÔNICA

- Rápido
- Pegjosa
- Pastosa
- Encovados
- Deprimida
- Letárgico
- Rápido

HIPERTÔNICA

- Quente
- Satisfatório
- Espessada, pastosa
- Muito seca
- Avidez pela água

Exames complementares (nos casos graves)

- Urina tipo II → densidade < 1,020, cilindros hialinos, granulosos, alguns leucócitos e hemácias e albuminúria 30 a100mg/dl, traduzem desidratação.
- Ureia/creatinina.
- Hemograma com plaquetas.
- Ionograma.

Tratamento

A principal complicação da gastroenterite é a desidratação e a desnutrição

aguda, pelo que o tratamento visa, antes de mais, gerir esses aspectos.

Os antibióticos só têm indicação em casos muito selecionados.

1. Medidas dietéticas

- Não interromper o aleitamento materno.
- Evitar bebidas muito açucaradas.
- Evitar chás.
- Retomar o regime alimentar habitual, após 4 h de reidratação. (Preferir arroz, trigo, banana e iogurte natural). Quando a diarreia se prolonga, pensar na possibilidade de intolerância transitória a lactose e substituir o leite de vaca por leite de soja e iogurte natural.

2. Reidratação

A maioria das vezes o tratamento é feito no ambulatório ou com internação de curta duração. As crianças com desidratação, deverão permanecer na estrutura sanitária até a reidratação completa (entre 4 a 48 h).

Usar soro de hidratação oral - eficaz em 90% dos casos.

Recorrer a gastroclise se a criança não aceita a oferta.

os casos de insucesso da via oral devido a vômitos persistentes (3% dos casos), usar a via endovenosa e, voltar a via oral, logo que a criança passe a tolerá-la.

Administração oral de **SORO**

- Sem sinais de desidratação – 10 ml/Kg por dejeção ou 20 ml/Kg por vomito.
- Desidratação leve: 30 – 50 ml/Kg durante 4 h + 10 ml/ kg por dejecção ou 20 ml/Kg por vomito.

Indicações para internação

- Desidratação moderada a grave.
- Insucesso hidratação oral.
- Casos sociais.

Na desidratação grave e/ou outra classificação de doença grave, a criança deverá ser transferida imediatamente para o Hospital, depois de iniciar a reidratação.

Que soro utilizar por via endovenosa?

Utilizar Ringer, Soro fisiológico a 0,9% ou Soro a 1/2.

O mais importante é a velocidade das reposições hidroelectroliticas em função
do tipo e gravidade da desidratação.

O volume total é calculado segundo a regra de Holiday-Segar:

- Peso até 10 kg→100ml/kg
- Peso entre 10-20kg→1000ml+50ml por kg acima de 10 kg
- Peso acima de 20 kg→1500ml+20ml por kg acima de 20 kg deve ser subdividido por períodos de 8 ou 12 h.

A reposição deve ser feita de acordo com as perdas, que serão quantificadas.

Na suspeita de desidratação hipertônica ou hipernatremica, as particularidades a considerar são:

- A velocidade de infusão e a concentração de sódina solução - 75meq/l.
- O SGF1:1 serve perfeitamente. O volume de 120 a 150 ml/kg/ deve ser administrado em 48 h.
- Quando o doente tiver diurese franca, acrescenta-se ao soro, o K+ e o Ca+ basais.
- Em caso de choque (raro nesse tipo de desidratação), pode-se fazer uma fase rápida com SF a 0,9%→20ml/kg a correr em 1 h, seguido de reavaliação. Se necessário, repetir a fase rápida e depois passar para SGF 1:1.

No recém- nascido (de termo)

Devemos ter em conta os volumes para o período neonatal, quando preparamos o soro de manutenção:

- 1o dia de vida - 70 a 80ml/kg/d.
- 2 o dia de vida - 80 a 90ml/kg/d.
- 3o-7o dia de vida - 90 a 100ml/kg/d.
- 2a semana de vida - 100 a 120ml/kg/d.

Nos RN pré-termo, adiciona-se 10 ml/kg à dose diária estimada para o RN de
termo.

Monitorização da hidratação

- Sinais vitais (FR, FC).
- Balanço hídrico (ofertas e perdas).
- Registo do peso cada 12 h.
- Medição da diurese.

A medicação sintomática (antidiarreica e antiemética) está contra-indicada.

3 . Antibioticoterapia

São restritas as suas indicações.
Avaliar a sua introdução após a reidratação:

a) No Recém Nascido

b) **Nos doentes imunodeprimidos ou com infecção generalizada:**

Ceftriaxone- 100 mg/kg/dia, dose única EV, 10d (atenção ao RN com ícterícia
nas quais deve-se usar Cefotaxime 100 mg/kg/dia 6/6 h) **+**

Gentamicina- 5 a 7 mg/kg/dia, dose única EV, 7 a 10 d (só iniciar após
rehidratação e controle de ureia).

c) **Disenteria**

Se houver suspeita de Shigellose:

- **Acido Nalidíxico** 50mg/kg/d de 6/ 6h (não administrar em RN) ou **Amoxacilina + Ácido clavulânico** o **Ceftriaxone 100 mg**/kg/dia, dose única EV, 5d.

Se houver suspeita de Salmonelose:

1a escolha - **Cloranfenicol** 100 mg/kg/dia de 6/6 h 14 dias 2a

escolha - **Ceftriaxone 100 mg**/kg/d 14 dias
3a escolha - **Amoxacilina + Ácido clavulânico**

d) Cólera

Doxiciclina, Cotrimoxazol ou Eritromicina, de acordo com eventual teste de
sensibilidade antibiótica.

4. Suplemento de zinco 10 a 14dias

- Até aos 6meses – 10 mg/d = 1/2 comp.

6 meses ou mais – 20 mg/d = 1comp.

5. Alimentação

Reintroduçãoprecoce,semrestrições,logoquesecorrijaa desidratação.

- Manter o aleitamento materno.
- Nãodiluiroleiteouutilizarfórmulasespeciais(semlactose, hidrolizados)

GLOMERULONEFRITE DIFUSA AGUDA (GNDA)

Conceito

Processo inflamatório (origem imunológica), que acomete os glomérulos de ambos os rins, sendo considerado sequela tardia, de uma estreptococia (tipo beta-hemolítico do grupo A).

Diagnóstico

Ter sempre presente essa patologia nas crianças que procuram os serviços de saúde por edema, hematúria, oligúria, dispneia, hipertensão e sinais de ICC, referindo infecção estreptocócica da pele ou da orofaringe, nos últimos 10 a 30 dias.

Surge habitualmente em crianças entre os 3 e 7 anos de idade, com

período de latência de 7 a 14 dias, após amigdalite ou faringite e de 4 a 6 semanas após infecção cutânea.

Os sintomas e/ou sinais podem não estar todos presentes.

Exames complementares de diagnóstico

Exame sumário de urina com albuminúria (+ ou ++), hematúria (+++) e

cilindrúria (eritrócitos e leucócitos).

Complemento sérico (C3) diminuído em 96 a 98% dos casos.

TASO elevado.

Ureia e creatinina geralmente elevados. Anemia, hipercaliemia e hiponatremia. **Tratamento**

Medidas gerais

- Repouso.
- Restrição hídrica → 20ml/kg/dia + diurese do dia anterior + perdas insensíveis.
- Restrição de Na+ enquanto houver oligúria, edema e hipertensão.
- Restrição proteica e de potássio, se houver retenção azotada.
- Controle da diurese, peso e tensão arterial.

Medicamentos

- Penicilina procaínica 10 d (infecção estreptocócica ainda em fase ativa).
- Penicilina benzatínica IM 600000U < 25kg, 1200000U ≥ 25KG **ou** Eritromicina

30mg/kg/d de 6/6h, 10d, nos alérgicos à Penicilina (**sempre**).

- Furosemida 2 mg/kg/d ev, indicado no edema com hipertensão sintomática, oligúria e dispneia. Passar a via oral de 12/12, logo que a situação esteja hemodinamicamente estabilizada e depois, só uma dose, de manhã.
- Baixar a dose progressivamente, até parar.
- Nifedipina 0,25-0,50 mg/kg (dose ataque), 0,50 a 1mg/kg/d em 3 a 4 doses VO ou sub-lingual (dose manutenção) **ou** - Hidralazina 0,5 a 2 mg/kg/d EV, IM ou VO, se hipertensão arterial diastólica ≥ 100 mmHg.

Complicações

- Insuficiência cardíaca congestiva, por hipervolemia.
- Encefalopatia hipertensiva.
- Insuficiência renal aguda.

Prognóstico

A evolução é favorável, na maioria dos casos A oligúria melhora em 2 semanas. A hematúria macroscópica regride em menos de um mês e a hematúria microscópica pode persistir 6 a 12 meses.

A proteinúria diminui rapidamente, para desaparecer em menos de um mês.

A diurese, ureia e creatinina normalizam em 10 a 15 dias.

A normalização da fração C3 do complemento, ocorre entre 6 a 8 semanas.

Em regra, não há recidiva hematúrica.

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU)

Conceito e importância

Consiste na multiplicação de bactérias no aparelho urinário.

A importância da ITU advêm, não só da sua frequência, mas também de poder ser o sinal revelador de malformação do aparelho urinário, que contribui para cerca de 21% dos casos de insuficiência renal crônica na 1a década da vida e de insuficiência renal crônica e HTA no adulto.

Há quatro formas básicas de ITU's:

Pielonefrite (com envolvimento do parênquima renal).

Pielite (infecção urinária alta sem envolvimento do parênquima renal), **Cistite** (envolvimento da bexiga) e **Bacteriúria assintomática** (urocultura positiva sem manifestação alguma de infecção, quase exclusivamente em meninas).

A pielonefrite pode manifestar-se como um episódio isolado, recorrente ou persistente, deixando sequela – **cicatriz renal pielonefrítica** - em 5 a 10% das crianças com menos de 2 anos, condicionando mais tarde hipertensão arterial.

Etiopatogenia

Os germens mais frequentes são a **E.coli, Klebsiella e Proteus**.

As bactérias atingem o aparelho urinário, mais frequentemente, por via

ascendente e menos por via hematógena.

Nos recém-nascidos, os germens responsáveis são os da infecção materno- fetal.

Apresentação clínica

1 - Período Neotanatal

- Irritabilidade
- Perda de Peso
- Hiperatividade
- Recusa alimentar
- Hipotermia
- Hematúria
- Sepsis
- Icterícia prolongada

2 - Lactente e crianças até 2-3 anos

Febre a esclarecer é a queixa mais frequente. Podem apresentar os sintomas

inespecífi cos acima citados.

3 - Pré-Escolar e Escolar – Começam a referir queixas dirigidas ao aparelho urinário: disúria, polaquiúria, aparecimento de incontinência urinária e/ou enurese noturna, dor lombar e/ou abdominal, febre, etc.

Confirmação Laboratorial

Urina Tipo II (Sumário de Urina) com leucocitúria (leucócitos >

10/campo, no sexo masculino e leucócitos > 50/campo, no sexo feminino) e piúria (sugestivo).

Multistix-8 – Pesquisa de Nitritos (a presença de bactérias na urina, reduz os
nitratos a nitritos, exepto proteus) e Leucócitos.

Nitritos – Valor preditivo positivo 65%; valor preditivo negativo 98%.
Cultura de urina se nitritos positivos e, se nitritos negativos, sempre que a clínica o justificar.

Tratamento

**Nos RN e lactentes, toda a infecção urinária febril deve ser tratada, à
priori, como pielonefrite.**
O tratamento empírico deve ser iniciado, após a colheita da amostra de urina
para a cultura e antibiograma.

Nos menores de 6 meses e em crianças de qualquer idade, com Sépsis associada: Ceftriaxona - 100 mg/kg/dia ev, dose única, 10 dias + Gentamicina - 5 a 7 mg/kg/dia ev dose única, 5 a 7 dias.

A antibioticoterapia deve ser feita por via parentérica, passando a oral (Cefixime, Cefuroxime ou Amoxacilina + Ácido Clavulânico, de acordo com o antibiograma, sempre que possível), após 48 h de apirexia e melhoria clínica significativa.

A partir dos 6 meses e sem Sépsis, e sem intolerância gástrica, fazer Amoxicilina + Ácido Clavulânico 50 mg/kg/dia ou Cefixime 8 mg/kg/dia, durante 10 a 14 dias ou Ceftriaxona 100 mg/kg/dia IM dose única diária, durante 10 dias.

A bacteriúria assintomática é benigna e não carece de tratamento.

Nas crianças com mais de 2 anos, em que as queixas são mais valorizadas e
dirigidas, a infecção urinária pode ser tratada ambulatorialmente:

Infecção urinária alta

Amoxicilina + Ácido Clavulânico – 75 a 90 mg/kg/dia de 8/8 h 10

dias. Cefuroxime – 30 mg/kg/dia 12/12 h ou Cefixime 8 mg/kg/dia.

Infecção urinária baixa

Nitrofurantoína 3 a 5 mg/kg/dia, 5 a 7 dias.

Ácido Nalidíxico 50 mg/kg/dia, de 6/6 h, 10 dias.

Sulfametoxazol + Trimetroprim → 8-10mg/kg/dia (de Trimetropim) de 12/12 h, durante 10 dias.

Seguimento

Evitar as recorrências:

a) - Identificar e corrigir as causas subjacentes da ITU. Daí a importância da investigação por imagem em todos os casos, com Ultrassonografia e Uretrocistografia miccional, após urocultura de controle negativa.

Dependendo dos achados, far-se-á o acompanhamento clínico (cada 3 – 6 meses) ou o encaminhamento para a Urologia, para tratamento cirúrgico (RVU grau III, IV ou V e processos obstrutivos das vias urinárias).

b) - Instituir a quimioprofi laxia, até realização de uretrocistografia miccional Nitrofurantoina 1-2mg/kg/dia, à noite (1a escolha) Trimetroprim 1-2 mg/kg/dia, à noite.

Nos portadores de refluxo vesico-ureteral (RVU) grau IV ou V. ITU recorrente.

Litíase.

Obstrução.

INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

Conceito

Intoxicação é definida como a ação exercida por substância tóxica (veneno) no

organismo e, o conjunto de perturbações daí resultantes.

Trata-se de uma situação extremamente frequente no serviço de urgência.

Ocorrem, geralmente, no domicílio e atingem mais o grupo etário de 1 a 5 anos, de forma acidental.

A intoxicação voluntária acontece no grupo > 6anos, particularmente nos adolescentes.

O quadro clínico é variado, dependendo do agente tóxico.

Diagnóstico

É difícil naqueles casos em que não existe registo da intoxicação, pelos pais ou acompanhantes.

Suspeitar naqueles casos de instalação mais ou menos súbita, especialmente em crianças previamente sadias e que muitas vezes ficaram sozinhas em casa.

Questionar uso de drogas entre os familiares e, se necessário, solicitar aos acompanhantes que retornem ao domicílio, para investigar a falta de algum medicamento.

Os sintomas particularmente associados às intoxicações são: alterações psíquicas (agitação, delírio, alucinações), alterações neurológicas (sonolência, coma, movimentos anormais, convulsões), sialorreia, sudorese, midríase, miose, vômitos, diarreia, etc.

Tratamento

1 – Reanimação

- Manutenção das vias aéreas permeáveis, com aspiração de secreções e ventilação adequada (O2 e intubação se necessário).
- Estabilização cardiovascular (acesso venoso, se compromisso

circulatório administrar SF 20 ml/kg se estiver em choque, se arritmia administrar fármacos antiarrítmicos).

- Suporte às condições neurológicas (convulsões, distúrbios da consciência – manter via área permeável, administrar O2 e determinar glicemia).

Tratamento dos distúrbios hidro-eletrolíticos Em simultâneo, obter informação sobre:

- Nome do produto tóxico ou embalagem do mesmo Tempo decorrido desde o contato com o tóxico.
- Via de intoxicação: digestiva, inalatória, contato com pele e mucosas.
- Quantidade estimada.
- Presença de vômitos.
- Possíveis alergias ou intolerâncias.
- Outras doenças.

2 – Descontaminação (diminuir absorção do tóxico)

- **Banho** - Nos casos em que tenha havido contato com a pele, remover a roupa e lavar a superfície corpórea com água abundante.
- Em caso de contato ocular, fazer irrigação demorada com água e encaminhar ao Serviço de Oftalmologia.
- Lavagem gástrica – Não deve ser feita de rotina. Está contra-indicada na ingestão de cáusticos e derivados de petróleo e se diátese hemorrágica, coma ou convulsões.
- Só tem indicação na ingestão de substâncias potencialmente fatais, cuja urgência na remoção contraindique qualquer atraso: opiáceos, antidepressivos tricíclicos, estricnina, cânfora. De referir a necessidade de proteger antes as vias aéreas com intubação endotraqueal.
- A lavagem deve ser realizada com SF (0.9%) ou água morna, utilizando grandes volumes -1 a 5 litros, por sonda/ tubo de grande calibre.
- Manter o paciente em posição de Trendelemburg, com decúbito lateral esquerdo.
- **Carvão ativado** (técnica de eleição) - Dose de 0.5 a 1.0 g/kg (máximo de 25 g) a cada 4 horas, por SNG e associado a 100 - 200 ml de água, nas primeiras 12 horas. Em seguida passar para 6/6 horas por 36 a 48 horas.
- É útil na maioria das ingestões, exceto na ingestão de metais pesados, álcool, cáusticos e hidrocarbonetos.

Procedimentos a seguir:

a) Proteger a via área e, se paciente inconsciente, intubação endotraqueal
prévia.

b) Colocar sonda oro gástrica de grande calibre e confirmar sempre a situação
da mesma.

c) Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo, com a cabeça mais baixa.

d) Aspirar o conteúdo gástrico

e) Administrar uma dose de carvão ativado e esperar 5 minutos.

f) Administrar 10 ml/kg (Max. 300ml) de SF a 38°C.

g) Aspirar o conteúdo gástrico e administrar de novo, carvão ativado.

h) Continuar até que o fluído de lavagem seja claro (até 2l).

i) Administrar nova dose de carvão ativado ou antídoto, se indicado.

Limpeza intestinal

Purgantes salinos – administrar após carvão ativado.

Sulfato de magnésio (250 mg/kg a cada 12 horas).

3 - Aumento da excreção do tóxico já absorvido.

Diurese forçada - Glicose a 10% e diuréticos (Manitol ou Furosemida). (contra- indicado nos casos de Insuficiência Renal aguda e Insuficiência Cardíaca congestiva).

4 - Antídotos – São poucos os tóxicos em que existe a opção de utilização de
antídotos.

A seguir alguns exemplos:

INTOXICAÇÕES

- Neurolepticos, Fenotiazinicos, Metoclopramida
- Opiáceos
- Benzodiazepínicos
- Inseticidas Organofosforados Carbamatos
- Anticolinérgicos

ANTÍDOTOS

- Biperideno
- Naloxone
- Flumazenil
- Atropina
- Fisiostigmina
- Glucagon
- N-acetilcisteina
- Vit K

DOSE

- 0.15 mg/kg, IM. Repetir após 6h, se persistirem as queixas
- 0.1mg/kg ev ou sc 0,2 a 0,3 ml ev em 15 seg. Repetir 0,1 ml em intervalos de 1 min, até melhorar
- 0,03 a 0,05mg/kg ev ou im. Repetir cada 15 ou 30 min, até melhorar ou
- atropinização. Em regra manter 48 h
- 0,02 mg/kg de 202 em 20 min ev, im ou sc. (Max 1 mg)

- 0,03-0,01mg/kg de 202 em 20 min ev, im ou sc. (Max 1 mg) 140 mg/kg seguido de 70 mg/kg 4/4 h (17 doses)
- 25-50mg/dia, im ou ev
- Coma insulínico, sobre dose de B2
- antagonista Ca+
- Paracetamol bloqueante,
- Anticuagulantes cumarinicos

Tratamento específico de alguns Síndromes Tóxicos

Intoxicação por petróleo (risco de pneumonite/pneumonia química).

- Não fazer lavagem gástrica Não dar carvão ativado.
- Não dar antibiótico ou corticoide profilaticamente.
- Na ausência de dificuldade respiratória e não tendo havido indução do vomito, fica em observação no CS durante 12 h.
- Vigilânciadurante12h.**Intoxicaçãoalcoólicaaguda**(riscode convulsões, hipoglicemia, hipotermia): Ingestão < 2h:

- Esvaziamento gástrico, por sonda orogástrica. Ingestão > 2h: Glicemia capilar <45→glicose a10%, 4ml/kg, seguido de glicose a 5% em perfusão.
- Glicemia > 45 →glicose a 5% (2/3 das necessidades diárias).
- Doente em coma: **Naloxona**, ev ou im.
- 0.2mg/kg (crianças com **< 20kg**).
- 2 mg/dose (crianças com **> 20kg)**, podendo ser repetido 3 min depois, várias vezes.

É desejável a determinação da alcoolemia, que tem a seguinte relação com as manifestações clínicas:

- Incoordenação→ 0,5 a 1,5 mg/ml.
- Sonolência→1,5 a 3 mg/ml (risco de hipoglicemia).
- Estupor →3 a 5 mg/ml (risco de convulsões).
- Coma ≥ 5 mg/ml.
- Vigilância durante 12 h.

Intoxicação por Benzodiazepinas

- Criança com sonolência, ataxia, descoordenação e fala arrastada.
- Risco de depressão respiratória.
- Transferir para o hospital, aonde poderá receber Flumazenil→10 µg/kg/dose (maximo1mg) ev.
- A evolução clínica é em regra boa.
- Não esquecer a hipótese de se tratar de uma intoxicação não acidental, nas crianças com mais de 6 anos e adolescentes.

Intoxicação por cáusticos (alcalinos 80% e ácidos 20%)→ **Todos os casos devem ser internados.**

- Hidratação
- Analgesia – Paracetamol 20 mg/kg/dose de 6/6 h em SOS; Morfina.
- Antiulcerosos (Cimetidina).
- Antibiótico se necessário.
- Metilprednisolona – 1 a 2 mg/kg/dia, antes de transferir para

o hospital, se edema labial ou suspeita de edema laríngeo. Contraindicado em caso de perfuração ou sangramento.

- Não fazer lavagem gástrica.
- Não provocar o vômito.
- Não dar carvão ativado ou neutralizante.
- Não dar leite ou água, pois a lesão já está estabelecida.
- A endoscopia é obrigatória dentro de 36 h após a ingestão ou, esofagograma com contraste hidrossolúvel, para caracterizar as lesões a nível do esófago e do estômago.

Intoxicação por organofosforados

É gravíssima e quase sempre letal, a atuação no local pode ser salvadora:

1o- Aspirar secreções da orofaringe, administrar O2 e ventilar, se necessário, com ambu.

2o- Dar banho, se contaminação por via cutânea.

3o- Lavagem gástrica, se ingestão recente.

4o- Administrar carvão ativado.

5o- **Atropina** 0,03 a 0,05 mg/kg ev ou im. Repetir cada 15 ou 30 min até melhoria ou atropinização (taquicardia, midríase, língua seca). Manter, em regra, até 48 h.

6o- No hospital, manter a criança na Sala de Observação, continuando a atropinização, até ficar midriática, taquicárdica e com a língua seca, em regra, durante 48 h.

5 - Nos casos não contemplados especificamente, por serem menos graves ou

mais raros, fazer tratamento sintomático.

MENINGITE BACTERIANA AGUDA

Conceito

Processo inflamatório das meninges e vasos cerebrais, provocado pela

infecção bacteriana do sistema nervoso central.

Os agentes infecciosos chegam ao SNC, mais comummente, por via hematógena, mas a meningite pode ser decorrente de mastoidites, focos paranasais, otite média

(excepcional), trauma craniano e de malformações do SNC, como o mielomeningocele.

Trata-se de uma doença muito grave, que pode levar à morte ou deixar sequelas graves para toda a vida, pelo que devemos estar atentos ao seu reconhecimento atempado, pois trata-se de uma emergência.

Quando há atingimento do parênquima cerebral, falamos de **encefalite**.

Há doentes que têm evidências de envolvimento meníngeo e parenquimatoso e, nesses casos, falamos em **meningoencefalite** (mais frequentemente causados por enterovírus, vírus da parotidite, vírus da herpes, etc).

Etiologia

Há uma distribuição etária característica dos vários agentes de meningite (ver
quadro).

Nos recém-nascidos, predominam E. coli K1, Streptococcus do grupo B e Listeria monocytogenes.

A meningite por Hemofilus influenza ocorre mais entre os 3 meses e os 3 anos.

As meningites meningocócicas e pneumocócicas têm incidência mais elevada no 1o ano de vida, raras vezes antes dos 3 meses, mas podem atingir qualquer idade. 80% das infecções meningocócicas ocorrem antes dos 3 anos.

Todas as meningites ocorrem esporadicamente, mas só a meningocócica pode
adotar forma epidêmica.

Nesse contexto, o serviço de vigilância epidemiológica integrada das doenças, em resposta, vem implementando desde 2005, a vigilância ativa de agentes etiológicos da meningite, através do Laboratório Nacional de Referência, integrado no HAN, tendo sido identificados por ordem de

frequência: Streptococcus, Hemofilus influenza, Neisseria meningitidis w135, Neisseria meningitidis e Neisseria meningitidis grupo A.

FAIXA ETARIA	AGENTES MAIS FREQUENTES
Recém-nascidos ate 3 meses	1o Escherichia coli, presente na região perineal da mãe; 2o Streptococcus agalactie, geralmente colonizados no canal vaginal materno; 3o Listeria monocytogenes, Klebsiella spp, Streptococcus pneumoniae
3 meses a 3 anos	Haemophilus influenzae do tipo B, seguida por Neisseria meningitidis e Streptococcus pneumoniae
	Neisseriameningitidis, seguida pelo Streptococcus pneumoniae
>10 e adultos	Streptococcus pneumoniae, geralmente associado a um foco infeccioso.

Apresentação clínica

Os sinais e sintomas não dependem do tipo de gérmen mas, em grande parte, da idade do doente, da duração da doença e utilização previa de antibióticos (meningite decapitada).

No RN e em lactentes, o quadro clínico é pouco característico.

É a criança que "não está bem". Merecem destaque, os seguintes sintomas: febre elevada, vômitos, prostração, irritabilidade, choro persistente, gemido, recusa alimentar, fontanela abaulada, olhar fixo, convulsões (não esquecer convulsões subtis) ou coma.

Em crianças maiores, é frequente o achado de: mal estar, cefaleia, vômitos,

convulsões e sinais de irritação meníngea (rigidez da nuca).

Na presença de síndrome purpúrea, a etiologia meningocócica deve ser

considerada, até prova em contrário.

Nenhum sinal é patognomônico de meningite, nenhum teste substitui a argúcia e o senso clínico do médico, na identificação de uma criança

com manifestações precoces de meningite.

Diagnóstico

A suspeita clínica inicial deve ser confirmada com a avaliação laboratorial do líquido cefalorraquidiano (LCR), que deve ser colhido de imediato (exceto nas crianças em estado grave, shock e na suspeita de hipertensão intra craniana), devendo ser solicitado o exame citoquímico e bacteriológico direto e cultural, com eventual TSA.

Se o líquido for turvo, colher sangue para hemocultura e iniciar Terapêutica Antibiótica empírica, antes do resultado laboratorial que, tipicamente, revela presença de microrganismos no exame bacteriológico direto e cultural, pleocitose com neutrofilia, glicorraquia baixa (<40 mg/ dl), hiperproteinorráquia (100 a 500 mg/dl).

Nas situações de suspeita de meningite, em que a criança irá ser transferida,
poderá ser administrada 1 dose de Ceftriaxone IM.

Além de LCR, outros exames a solicitar são: hemograma, PCR, glicemia, ecografia transfontanelar e em casos selecionados e de acordo com a evolução clínica do doente (sinais focais, coma após 72h de tratamento,
meningite de repetição, otite média crônica, aumento do perímetro cefálico), a
TAC deve ser solicitada.

Diagnóstico diferencial – Além dos germens acima referidos, muitos outros microrganismos podem causar infecção/infestação generalizada do SNC, com manifestações clínicas semelhantes.

Importa lembrar alguns:

- Vírus
- Mycobacterium tuberculosis.
- Treponema pallidum (sífilis).
- Cryptococos, cândidas e aspergilus (nos imunodeprimidos).
- Toxoplasma (nos imunodeprimidos).

- Tênia solium – neurocisticercose.

A determinação da causa específica, passa pelo exame cuidadoso do LCR e

de outros exames, em função da suspeita clínica.

Tratamento hospitalar 1 - De suporte

- Cabeceira da cama elevada a 30°, com cabeça centralizada
- Dieta adequada para a idade e o estado clínico. Usar SNG quando não for possível a via oral.
- Hidratação - oferta hídrica normal, a não ser quando suspeitamos de secreção inapropriada de hormona antidiuretica, em que devemos reduzir para 50–70 ml/kg/dia.

2 – **Corticoterapia** (nos casos de exame direto positivo para Hib).

3 Dexametazona→0,15 mg/kg/dose, de 6/6 h, durante 2 a 4 dias. A 1a dose deve ser feita 30 - 60 minutos antes da administração inicial do antibiótico. Uma alternativa eficaz é 0,4 mg/kg/dose de 12/12 h por 2 dias.

4 – **Antibioticoterapia**

0 – 2 meses

Cefotaxime 200 a 300 mg/kg/dia de 8/8 h na 1a semana de vida e de 6/6 h, após 7 dias de vida **+ Ampicilina** 200 mg/kg/dia ev, de 12/12 h na 1a semana de vida e de 6/6 h nas crianças com idade compreendida entre 2a e 4a semana de vida **e Gentamicina** 5 mg/kg/ dia, de 12/12 h (7 a 10 dias). O tratamento deve ser efetuado durante 21 dias.

≥ 2 meses e ≤ 2 anos**1a escolha – Ceftriaxona** 100 mg/kg/dia (ou 100 mg/kg/dose de 12/12 h nas 1as 24 h) + **Gentamicina** 5 a 7 mg/kg/dia.

2a escolha – Penicilina Cristalizada 400.000U/kg/ dia, ev de 4/4h, associada a **Cloranfenicol** 100 mg/ kg/dia, ev de 6/ 6h.

> 2 anos

Penicilina cristalizada – 400.000UI/kg/dia, ev de 4/4h, associada ao

Cloranfenicol 100 mg/kg/dia, ev de 6/6h.

Em todos os casos, após a confirmação do agente etiológico pela cultura,

manter apenas o antibiótico mais específico para o gérmen isolado.

Se o exame bacteriológico for negativo, mas a suspeita clínica e laboratorial for

de meningite bacteriana, manter o tratamento, pelo menos, 10 dias.

Avalia-se a evolução pela clínica e evolução do PCR.

Só se justifica repetir PL, em casos de evolução desfavorável e nas meningites

por Pneumococo.

Se suspeita de complicações, realizar TAC crânio-encefálica.

Duração do tratamento antibiótico	
Pneumococo	21 dias
Meningococo	7 dias
	10 a 14 dias
S. Agalactiae ou Listeria	10 a 21 dias
Bacilos Gram	21 dias

Complicações

- Crises convulsivas.
- Hipertensão intracraniana.
- Herniação cerebral ou cerebelar.
- Paralisia dos nervos cranianos.
- Trombose dos seios venosos.
- Coleções subdurais.
- Empiemas subdurais.
- Ventriculites.
- Abcessos cerebrais.

Sequelas

- Perda auditiva (10 a 20%)
- Amaurose
- Sinais neurológicos focais
- Atraso intelectual
- Epilepsia

4 – **Isolamento**

Isolar o doente nas 24 - 48 h iniciais, nos casos de etiologia meningocócica ou
a Haemofilus influenzae.
- Profilaxia dos contatos

A. Haemofilus influenzae.

Contatos íntimos < 5 anos, não vacinados Adultos (excepto grávidas), que
tenham estado em contato com crianças < 5a.

PROFILAXIA DOS CONTATOS HEMOPHILUS		
	Rifampicina (dose única diária 4dias)	Ceftriaxona IM (dose única)
Adulto	600mg	200mg
>1mes	20mg/kg	125mg
1q<1mes	10mg/kg	125mg

B. Neisseria meningitidis

Contatos íntimos.

Doentes tratados com Penicilina e Cloranfenicol, antes da alta hospitalar.

Prognóstico

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado, contribuíram para a diminuição da mortalidade e a prevenção das sequelas. Uma avaliação cuidadosa da capacidade auditiva, deve ser feita a todos os doentes, antes ou logo após a alta hospitalar.

PROFILAXIA DOS CONTATOS MENINGOCOCO		
	Rifampicina (dose de 2/2h durante 2 dias)	Ceftriaxona IM (dose única)
Adulto	**600**	200mg
>1mes	**10mg/kg**	125mg
<1mes	**5-10mg/kh**	125mg

OTITES

A - Otite externa Conceito

Infecção do canal auditivo externo. O estreitamento congênito ou adquirido do
CAE predispõe a esta infecção.

O agente etiológico mais frequente é o S. Aureus. A Pseudomona aeroginosa e outros germens são mais frequentes nos indivíduos imunodeprimidos e nos que praticam atação. Tipicamente, observa-se oclusão parcial ou completa do canal auditivo externo (CAE) pela secreção ou edema. Nas crianças mais pequenas, deve ser excluído a presença de corpo estranho.
Quando o edema dificulta a penetração da medicação, a drenagem ou
lavagem, deve ser considerada.
A cultura da secreção purulenta pode ser uma ajuda ao Tratamento.

Diagnóstico

Otalgia, secreção purulenta, espessamento dos tecidos do CAE e periauricular
e dor à pressão do tragus, por manipulação do lóbulo da orelha.

Tratamento

Local: Solução 1% de Ácido acético, Gentamicina, Cloranfenicol ou Ofloxacina
0,3% (gotas), podem ser eficazes, durante 5 a 10 dias.

Sistêmico (nos casos moderados a graves):

1. Oral: Amoxacilina + ácido clavulânico ou Oxacilina (anti-estafilococo).

2. Parentérica (casos graves ou imunodeprimidos):

Oxacilina (anti-estafilococo), Ciprofloxacina (antipseudomonas).

B - Otite média aguda

Conceito

Inflamação de natureza infecciosa, geralmente bacteriana, do ouvido médio e anexos.

É a infecção bacteriana mais comum em idade pediátrica e a principal causa de uso de antimicrobianos em crianças.

O espectro da doença inclui: **otite media aguda (OMA), Otite supurada**, inflamação não infecciosa acompanhada por derrame - **Otite media não supurada ou secretória otite media crônica.**

Etiopatogenia

Há obstrução tubária com comprometimento da ventilação do ouvido médio, inflamação, derrame estéril, com posterior infecção bacteriana por secreção nasofaríngea infectada, que ocorre por aspiração, durante o choro ou obstrução nasal.

Agentes etiológicos mais frequentes, segundo dados da literatura médica mundial: S.pneumoniae, H.influenzae, Moraxella catarrhalis.

Nos RN os agentes mais frequentes são: Estafilococos aureus e bacilos entéricos Gram negativos.

As infecções víricas são fatores favorecedores de OMA.

Considerando a OMA um processo fundamentalmente bacteriano, discute-se o papel etiológico dos vírus, uma vez que vírus respiratórios podem ser encontrados também, nos exsudados do ouvido médio

Clínica da OMA

O pico de incidência e prevalência ocorre entre os 6 e os 20 meses de idade.

Há várias formas clínicas de apresentação da doença:

- Febre + otalgia (traduzida habitualmente pelo acordar súbito, com choro persistente, várias horas após sono profundo, irritabilidade diurna injustificada e prolongada).

É bom lembrar, no entanto, que **nem toda a otalgia significa otite**

e esta pode cursar sem otalgia. Em geral a **otalgia** também está associada à inflamação do ouvido externo- **otite externa**, ou pode ser **dor referida**, consequente ao envolvimento da orofaringe, dos dentes, da articulação temporomandibular ou das parótidas.

- Febre isolada (embora possa haver otite sem febre).
- Coriza, rinofaringite que se prolonga para além dos 10 dias.
- Tímpano difusamente congestionado ou distendido e/ou otorreia por perfuração timpânica.
- Coriza associada a diarreia ou diarreia isolada.
- Na ausência de otorreia é obrigatório proceder a otoscopia, sem a qual não se estabelece o diagnóstico. A membrana timpânica pode estar opalescente, abaulada
- e/ou hiperemiada. Numa fase inicial, pode estar apenas retraída.

O exame otoscópico deve ser sistemático, em toda a criança com infecção das

vias aéreas superiores, mesmo sem otalgia. **Tratamento ambulatorial**

Desobstrução nasal com soro fisiológico.

Antipiréticos/analgésicos (Paracetamol ou Ibuprofeno).

Durante 24 - 48h em crianças saudáveis com > 2 anos, sem fator de mau prognóstico. Se não resolver, instituir terapêutica antibiótica.

Tratamento antibiótico:

1a Linha – Amoxacilina 80 a 100 mg/kg/dia, de 8/8 h, durante 10 dias.

2a Linha – Amoxacilina + ácido clavulanico 50mg/kg/dia, de 8/8h, durante 10dias.

Controle após 3 dias de tratamento.

Se boa evolução, completa os 10 dias de tratamento;

Se evolução desfavorável, dependendo da clínica, considerar a introdução do antibiótico de 2a linha ou interconsulta com ORL, para tímpanocentese, meringotomia ou eventual internação.

Sempre que possível, adequar o tratamento antibiótico ao Antibiograma

(TSA)

Se alergia aos beta-lactâmicos:

- Eritromicina – 30-50 mg/kg/dia, de 6/6h (crianças < 6 meses).
- Azitromicina – 10mg/kg/dia, dose única diária, durante 3 dias (crianças >6 meses).

Quando internar?

- RN e lactentes < 3 meses
- Casos complicados com: mastoidite, meningite, otoantrite, paralisia do facial e ainda os imunodeprimidos.
- Medicar com Cefriaxone 100 mg/kg/dia + Gentamicina 5-7 mg/kg/dia, durante 10 a 21dias, conforme etiologia e evolução.

C - Otite média crônica

Conceito

Supuração crônica, intermitente ou contínua, com ou sem odor fétido, em geral com perfuração da membrana timpânica e granulações no ouvido médio, decorrentes de má evolução de uma otite média aguda, que persiste por mais de 1 mês.

Agentes etiológicos: pseudomonas, colibacilos, estafilococos e proteus.

Conduta

- Não tapar o ouvido.
- Não usar cotonetes.
- Secar e Limpar com mechas secas de algodão ou pano limpo, pelo menos 3 vezes por dia.
- **Norfloxacina** – instilar 2 gotas no ouvido, 3 vezes por dia, durante duas semanas.

Quando encaminhar à ORL?

- OMA que não melhora após 1a e 2a linha de antibióticos e/ou surgimento de complicações, altura em que uma paracentese ou meringotomia, com colheita do exsudado para cultura e antibiograma, é pertinente.
- Otites de repetição ou otite seromucosa crônica, em que uma etiologia alérgica ou uma hipertrofia das adenoides, deve ser

considerada, havendo eventual necessidade de adenoidectomia e/ou colocação de tubos de ventilação.

Suspeita de presença de corpo estranho (às vezes mais perigoso pelas tentativas de extração mal realizadas do que pela sua presença):

- Mais de 3 episódios de OMA, em 3 meses.
- Mais de 4 episódios de OMA, em 12 meses.
- Presença de líquido no ouvido médio, após 3 meses do episódio agudo.
- Membrana timpânica retraída e/ou com perfuração mantida por 6 semanas.
- Presença de complicações→ déficit auditivo.

PNEUMONIAS/BRONCOPNEUMONIAS

Conceito

Processo inflamatório, quase sempre infeccioso, de evolução geralmente inferior a 15 dias, que acomete o parênquima pulmonar (alvéolos e/ou infiltração do tecido intersticial pulmonar).

Nas infecções descendentes, associam-se frequentemente exsudados inflamatórios dos pequenos brônquios e bronquíolos.

Etiologia

Em todas as idades, excetuando o período neonatal, os **vírus são mais frequentes**.

A incidência precisa de pneumonia bacteriana não é conhecida, pois a sua investigação teria de ser invasiva e cruenta.

O diagnóstico etiológico de presunção, baseia-se na clínica, epidemiologia, aspectos radiológicos e idade do doente.

Os fatores predisponentes são: a idade, o baixo peso ao nascer,

o estado nutricional e imunitário, o tipo de aleitamento, a anemia de células falciformes e condições particulares do ambiente (habitação, fumo de tabaco, de lenha, etc.)

Anamnese

Valorizar:

- Antecedentes de doença respiratória (Asma brônquica, Fibrose Quística, etc.), cardiopatia congênita, imunodeficiência, drepanocitose ou hospitalizações prévias.
- História de contágio.
- Características e evolução da tosse, dificuldade respiratória, poeira,vômitos, diarreia e recusa alimentar.
- Medicação em curso e alergias medicamentosas.
- Situação familiar.

Formas de apresentação clínica

Contornos diferentes, conforme a idade do doente, o agente etiológico e a gravidade da doença.

As manifestações clínicas são diversas, inespecíficas e subtis, sobretudo no *período neonatal, em que o gemido e a taquipneia podem ser os únicos sinais.*

Maiores de um mês: tosse, em geral acompanhado de febre.

Crianças mais velhas podem queixar-se de dor abdominal e/ou dor torácica.

Diagnóstico sindrómico (critérios da OMS/Estratégia AIDI)

Historia clínica de febre e/ou tosse

Exame físico

- FR ≥ 60/min – 0 a <2meses
- FR ≥ 50/min – 2m a <12meses
- FR≥40/min–1a5anos

(Criança a dormir sossegada ao colo da mãe e fora de um pico febril).

Sinais característicos ao exame físico do aparelho respiratório: submacicez à percussão, sopro tubário, diminuição do murmúrio vesicular, roncos, fervores ou sibilos à auscultação.

CRITERIOS DE GRAVIDADE E INTERNAÇÃO – OMS

0 A 2 meses

AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	TRATAMENTO
Sinaisdeperigo:nãomama, sonolento, convulsões, estridor, etc.	Doença muito grave	Internação
Tiragem e taquipneia sem sinais de perigo	Pneumonia grave	Internação
Tosse ou resfriado Sem tiragem e taquipneia		Cuidados em casa

3 a 59 meses

Sinais de perigo: não bebe líquidos, sonolento,convulsões,estridor,	Doença muito grave	Internação
desnutrição. Pneumonia grave		Internação
Tiragem e taquipneia sem sinais de perigoPneumoniaantibioticos em casa		Cuidados em casa
Taquipneia sem tiragem Tosse ou resfriado Sem tiragem e taquipneia		Cuidados em casa

Exames complementares

Quando possível, confirmar de imediato o diagnóstico por Rx, nos casos clínicos moderados ou graves, para descartar complicações: derrame pleural, pneumatocelos, abcessos, atelectasias, pneumotórax e piopneumotórax.

Nos casos sem critério de gravidade, não se recomenda Rx de rotina.

Hemograma, PCR, VS, são pouco específicos e de escassa utilidade na
orientação terapêutica.
Nas infecções por Pneumococo há, frequentemente, leucocitose muito elevada
com neutrofilia e, na infecção a Clamydia trachomatis, eosinofilia.

Tratamento ambulatorial

Medidas gerais (antipiréticos, hidratação e alimentação adequada)

Pneumonia bacteriana.

Crianças de 3 meses a 5 anos, sem critério de gravidade:

- **Amoxacilina -** 80 a 100 mg/kg/dia, de 8/8 h, durante 7 a 10 dias.
- Alternativas :
- **Cefuroxime axetil** - 30 mg/kg/dia, de 12/12 h, durante 10 dias.
- **Amoxilina + Ác. Clavulânico - 50 mg**/kg/dia, de 8/8 h, durante 7-10dias.

Criança com mais de 5 anos:

- **Penicilina procaínica -** 1.200.000 unidades IM/dia, durante 7 dias **ou**
- **Amoxacilina -** 80 a 100 mg/kg/dia, de 8/8 h **ou**
- **Cefuroxime axetil,** ou ainda
- Amoxacilina + Ácido Clavulânico. Pneunomia atípica
- **Eritromicina** - 40 mg/kg/dia, 6/6 h, 14 dias **ou**
- **Claritromicina -** 15 mg/kg/dia, 12/12 h, 14 dias **ou**
- **Azitromicina** - 10 mg/kg/dia, durante 5 dias.

Indicações de hospitalização de crianças com pneumonia:

- Idade < 6 meses (principalmente < 2 meses).
- Prematuridade ou baixo peso ao nascer.
- Tiragem subcostal.
- Sinais de hipoxemia.
- Co-morbidades: anemia, cardiopatia, pneumopatia crônica, desnutrição

e outras.

- Recusa a ingerir líquidos.
- Desidratação.
- Convulsões/apneia.
- Sinais radiológicos de gravidade: derrame pleural, pneumatocele ou abscesso
- Falha do tratamento ambulatorial.
- Problema social. **Tratamento hospitalar**
- Medidas gerais (antipiréticos, hidratação e alimentação adequada).
- Monitorização dos sinais vitais.
- O2 por catéter nasal, quando necessário, por forma a manter uma saturação ≥ 92%.

Iniciar Terapêutica antibiótica empírica, o mais precocemente possível:

- RN e lactentes com menos de 3 meses.
- **Ampicilina - 100 mg**/kg/dia ev + **Gentamicina** 5 a 7 mg/kg/dia, durante 10dias.
- **Eritromicina** - 50 mg/kg/dia, oral, de 6/6 h, durante 10 dias, se houver suspeita de Clamydia.
- Crianças de 3 meses a 5anos
- **Penicilina cristalizada** - 100000U/kg/dia, de 4/4 h **ou**
- **Ampicilina** - 100 mg/kg/dia, ev de 6/6 h, durante 10dias.

Após melhoria do quadro clínico (em regra 3 dias), passar para IM e VO
respectivamente, por mais **5 dias.**

Não modificar a Terapêutica antibiótica nas primeiras 72 h, exceto nos casos de
deterioração clínica marcada ou complicações.

Na ausência de melhoria, reconsiderar a etiologia ou modificar o Tratamento,
alargando a cobertura antibiótica.

No grupo etário 3 meses a 2 anos, se a evolução não for favorável, suspeitar
de:
Haemophilus e tratar com Cloranfenicol - 100 mg/kg/dia, durante 14

dias, inicialmente ev, passando a via oral, logo que o estado clínico permita; **ou - Staphylococcus** (sobretudo se coexiste infecção da pele e/ou tecido celular subcutâneo; presença de derrame pleural ou enfisema) e tratar com Flucloxacilina 100 - 200 mg/kg/dia, ev de 8/8 h.

Complicações

- Atelectasia (sobretudo pneumonias virais).
- Derrame pleural.
- Pneumatocele.
- Piopneumotórax.
- Infecção associada (otite, meningite, sinusite, sepsis).

Não há necessidade de Rx de controlo, quando a evolução clínica é favorável

Nas pneumonias complicadas, repetir Rx 4 semanas após alta.

Não esquecer a Tuberculose, se não houver resposta ao Tratamento, com os esquemas indicados.

Paciente Politraumatizado

Resposta Sistêmica à Perda Saguinea em Pacientes Pediátricos

	PERDA DE VOLUME SANGUUINEO		
	< 25%	25 a 45%	> 45%
Cardíaco	Pulso fraco, aumento da FC	Aumento da FC	Hipotensão Taquicardia para bradicardia
SNC	Letárgico, irritável, confuso	Mudança de nível de consciência, resposta à dor	Comatoso
Pele	Fria, pegajosa	Cianótica, enchimento capilar diminuído, extremidades frias	Pálida e fria
Rins	Débito urinário diminuído, aumento de densidade	Débito urinário mínimo	Sem débito urinário

Sinais Vitais Normais em Crianças

	Frequência máxima de pulso (bat/min)	Limite inferior da PA sistólica (mmHg)	Frequência máxima respiratória (inc./min)
Infantes	160	80	40
Pré-escolares	120	90	30
Adolescentes	100	100	20

QUEIMADURAS EM CRIANÇAS

As queimaduras além de ser importante causa de morbilidade, com internações hospitalares prolongados, podem deixar sequelas permanentes, num número significativo de crianças.

Normalmente são acidental, por negligência, falta de supervisão das crianças e trabalho doméstico, sendo os agentes causais mais frequentes, líquidos quentes (água, sopa, óleo, etc), fogo (chamas) e queimaduras elétricas.

Clínica

Como ocorre com qualquer tipo de trauma, a atenção inicial deve dirigir-se às vias aéreas, à respiração e à circulação.

As queimaduras na pele são evidentes ao exame físico, mas importa classificar o queimado em **grave**, **moderado** ou **ligeiro,** antes de se definir a conduta a seguir.

Critérios de gravidade (parâmetros):

A. **Extensão** – uma queimadura exprime-se em % de superfície corporal (ver figura1).

B. **Profundidade** – 1o, 2o ou 3o grau, conforme se limita à epiderme, atinge a derme ou vai além da hipoderme, respectivamente.

C. **Localização** – face, mãos, pés, períneo e áreas articulares, implicam maior gravidade, pela possibilidade de sequelas estéticas e/ou funcionais.

Queimaduras circulares nos membros, representam perigo de compromisso

circulatório, por isso merecem atenção especial.

D. **Agente causal** – as queimaduras pelo fogo são potencialmente mais graves, contudo, o fator importante de gravidade é o tempo de contato entre o agente causal e o indivíduo.**Idade do queimado** – o fator mais importante, que diferencia a criança do adulto, é a grande superfície corporal em relação ao peso, determinante de grande importância no equilíbrio hidro-electrolítico e na regulação da temperatura corporal, onde ainda pesa a menor espessura do tecido celular subcutâneo.

E. **Doenças associadas**

Conhecendo os aspectos acima descritos podemos classificar uma queimadura em grave, moderada ou ligeira.

GRAVE	MODERADA	LIGEIRA
Inalação >30%	>15%<30%	<15%
3ograu>10%	3ograu	3ograu
Face,mãos,períneoQueimaduraselétricas	<10%>2%	<2%
Queimaduras químicas Traumatismo associado		

TRATAMENTO

As queimaduras **ligeiras** podem ser tratadas no ambulatório.

- Estimular a hidratação oral.
- Analgesia se absolutamente necessário.
- Lavagem com clorexidina – cetrimida a 0,5% + soro fisiológico (mornos).
- Limpeza dos restos cutâneos **sem rebentar as flictenas íntegras.**
- Penso com gaze gorda ou sulfadiazina argêntica.
- Profilaxia do tétano, se não houver vacinação prévia.

As queimaduras **moderadas,** podem ser tratadas num centro de saúde com

unidade de internação ou no Hospital Regional.

As queimaduras **graves** devem ser transferidas para **o** Hospital.

Tratamento das queimaduras moderadas ou graves

1o Estabelecer via de perfusão endovenosa.

2o Perfusão de lactato de Ringer - volume total nas primeiras 24h, estimado da seguinte forma: 3ml× % queim× peso kg antes da queimadura. Metade desse volume deve correr em 8 h, contado a partir da hora do acidente e a outra metade nas 16 h seguintes.

Controle do débito urinário > 1ml/kg/hora, do estado de consciência, dos sinais
vitais e da circulação periférica.

3o Analgesia com paracetamol e sedação, se necessário, com diazepam – 0,1 a 0,2 mg/kg/dose ev ou retal.

4o Algaliação vesical (se for queimadura do períneo ou > 30%).

5o Colocar SNG (em SOS ou se queimadura > 30%). 6o Cuidados com a área queimada:

- Lavagem com cetrimida a 0,5% + soro fisiológico (mornos).
- Limpeza dos restos cutâneos **sem rebentar as flíctenas.**
- Penso com gaze gorda ou Sulfadiazina Argêntica ou Bacitracina.
- Penso aberto nas queimaduras da face e do períneo.
- Aplicação de Betadine creme, na face.
- Cuidados especiais com os pensos nas zonas de flexão, para prevenir cicatrizes. retráteis e das mãos e pés, para evitar sinequias.

7o Isolar o doente, quando a situação o indicar.

8o Profilaxia do tétano, se não for vacinado previamente.

9o Transferir o doente, quando necessário.

Antibioticos Sistêmicos

A causa mais comum de morte entre os doentes queimados é a infecção, pelo que há que respeitar escrupulosamente as regras de assepsia, desde o primeiro contato com o doente.

Nenhum acesso venoso deve ser mantido por mais de 7 dias.

Há controvérsia sobre a eficácia de Penicilina profilática durante 5 dias.

Uma vez que a zona de coagulação das queimaduras é vascularizada, nem os mecanismos de defesa do próprio organismo, nem os antimicrobianos sistêmicos, são eficazes no combate às bactérias nessa região.

Devem ser aplicados à queimaduras agentes anti-bacterianos tópicos.

O agente tópico de 1a escolha é a **Sulfadiazina argêntica**. A **Solução de nitrato de prata** a 0,5% é uma alternativa. Decidir quando uma criança queimada se encontra séptica e necessitando de antibiótico sistêmico, nem sempre é uma tarefa fácil. É preciso estar vigilante, para se reconhecer os sinais evocadores de infecção e tratá-la adequada e antecipadamente.

Por idade em anos

- Área 0 1 5 10
- Cabeça (A/D) 10% 9% 7% 6%
- Coxa (B/E) 3% 3% 4% 5%
- Perna (C/F) 2% 3% 3% 3%

SÍNDROME FEBRIL NA CRIANÇA

A febre é o sintoma que motiva maior número de consultas, tanto no ambulatório como na Urgência.

A maioria ocorre em crianças com menos de 3 anos de idade.

A metodologia da abordagem de uma criança com febre, varia conforme a
duração da mesma e o grupo etário.

Para fins práticos, é útil ter uma classificação dos síndromes febris, após
anamnese e exame físico minucioso.

1. Febre com sinais de localização específica – Tratamento específico. A doença respiratória é a mais frequente. A maior parte é de etiologia viral, auto limitada, emorando em média 5 dias. Não esquecer a possibilidade de paludismo.

2. Febre recente (até 7d) sem sinais localizatórios – 2 a 5% terá bacteriemia oculta (presença de hemoculturas positivas para bactérias patogênicas, numa criança febril, mas sem ar séptico e sem foco de infecção identificado).

O grupo mais susceptível é de crianças < 3 anos, malnutridas, com febre mantida, leucócitos < 5000 ou > 15000 e anemia. Quanto menor a idade, maior o risco.

Segundo alguns autores, febre que não desce 0.8°C em 2 horas, após administração de paracetamol, em crianças entre os 2 meses e 6 anos, sugere bacteriemia oculta.

Os agentes etiológicos mais frequentes da bacteriemia oculta são os Streptococus pneumoniae, Hemophilus influenzae, Neisseria miningitidis e Samonella.

3. Febre prolongada de origem indeterminada – FPOI – mais de 7d de

duração, em que os exames preliminares são negativos.

Nesses casos deveremos internar o doente para investigação, ter uma atitude conservadora, com monitorização clínica e, utilização criteriosa e racional dos meios complementares ao nosso dispor, como segue:

Fase I – Ambulatorial

- Anamnese
- Exame objetivo
- Exames complementares:

1a linha

- Hemograma e VS
- PCR
- Gota espessa
- Sorologia para dengue
- Urina tipo II
- Urocultura

2a linha

- Widal
- Rosa de Bengala
- Rx do Tórax
- Mantoux

Fase II – Internação

- Hemocultura
- Repetir exames da Fase I
- Sorologias específica (HIV, Fascíola, Brucela, Toxoplasma)
- Função hepática
- Urocultura
- Rx dos seios perinasais/mastoides
- Punção lombar

Fase III – Outros exames

TAC

- Biopsia
- Endoscopia
- Ecografia

Enquanto se investiga, só se deve baixar a febre caso a criança não a tolerar (desconforto) ou tiver história de convulsão febril, tax > 38,5°, encefalopatia ou cardiopatia. A febre pode ser útil no controlo da infecção, aumentando a produção de interferon e a capacidade bactericida dos neutrófilos.

Deve-se recorrer a medidas antitérmicas gerais:

a) Remoção da roupa

b) Ambiente pouco aquecido

c) Banho morno (não usar água gelada nem álcool)

d) Oferecer líquidos frescos

e) Repouso

f) Paracetamol (de preferência) →20 a 40 mg/kg/dia, retal ou vo, de 8/8 h. Alernativas: AAS - 50 mg/kg/dia, 6/6 h oral (contraindicado na varicela e influenza).

- Ibuprofeno - 5 a 10 mg/kg/dose de 8/8 horas.

Os Antipiréticos são também analgésicos, pelo que podem mascarar os dados clínicos. O diagnóstico da FPOI exige rigor e perícia. As provas terapêuticas com antibióticos não são permitidas, porque podem mascarar o curso de uma doença infecciosa, induzindo a erros diagnósticos. São exceções os tuberculostáticos, numa criança gravemente doente, com hipótese de tuberculose, AAS ou outro anti- inflamatório não esteroide, numa criança com suspeita de Artrite Reumatoide Juvenil (ARJ).

Quanto mais prolongada for a febre, maiores serão as probabilidades de ser

uma doença do tecido conectivo ou neoplasia.

Estudos feitos concluíram que na FPOI (ver quadro em baixo):

- 35 a 50% - Infecção
- 16 a 20% - Conectivite
- 10% - Neoplásico
- 10% - Doenças comuns, com apresentação atípica.
- 10% -Sem diagnóstico

SÍNDROME NEFRÓTICO

Conceito

Define -se como síndrome nefrótico, a associação de:

- Proteinúria ≥ 40 mg/m2/h = 50 mg/kg/d = 2 mg/dl
- Hipoalbuminemia (< 2,5 g/dl)
- Hiperlipidemia (colesterol e triglicéridos elevados)

- Edema

Etiologia

A maioria das crianças (90%) apresenta uma forma de síndrome

nefrótico
idiopática.

Os restantes 10% apresentam síndrome nefrótico secundário, relacionado a doenças glomerulares, tais como, nefropatia membranosa ou glomerulonefrite membrano proliferativa e outras.

Fisiopatologia

Aumento da permeabilidade renal à filtração das proteínas, que induz à
proteinúria maciça e hipoalbuminemia.

A causa do aumento da permeabilidade não é conhecida.

Apresentação clínica do síndrome nefrótico idiopático.

Grupo etário mais frequente - 2 a 6 anos, com predomínio do sexo masculino
(2:1).

Edema discreto periorbitário e nas extremidades inferiores, que desaparece ao
longo do dia, por vezes indevidamente diagnosticado como uma crise alérgica.

Com o passar do tempo, o edema torna-se generalizado, evoluindo para ascite,
derrame pleural e edema genital, levando a diagnóstico diferencial comglomerulonefrite aguda ou crônica, insuficiência hepática, insuficiência cardíaca congestiva e desnutrição proteica.

Na criança com idade inferior a 8 anos, a base histológica caracteriza-se em 90
% por lesões mínimas – síndrome nefrótico puro.

Síndrome nefrótico congênito

Crianças que desenvolvem síndrome nefrótico nos 3 primeiros meses de vida, são consideradas como portadoras de **síndrome nefrótica congénita** (causa genética, infecções como sífi lis, rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus, HIV, hepatite B, Amiloidose, Diabetes mellitus, Artrite reumatoide, doenças infecciosas, secundária a drogas (Captopril, AINE, Sais

de ouro), secundário a neoplasias (Hodgkin, Linfomas).

Síndrome nefrótico secundário

A síndrome nefrótico também ocorre como característica secundária de muitas formas de doenças glomerulares (nefropatia membranosa, glomerulonefrite membrano proliferativa, glomerulonefrite pós-infecciosa, nefrite lúpica, púrpura de Henoch- Schönlein).

Em geral, deve ser considerada em doentes acima de 8 anos, com hematúria, hipertensão, disfunção renal, sintomatologia extrarrenal (exantema, artralgias) ou com níveis reduzidos de complemento sérico.

As complicações mais frequentes da fase aguda da síndrome nefrótico são:

Insuficiência renal aguda, secundária ou não à hipovolêmica.
Peritonite primária por pneumococo e acidentes tromboembólicos.

Laboratório

- Exame sumário de urina (proteinúria 3 a 4+, hematúria microscópica em
20% dos casos).
Proteinúria de 24 h superior a 40 mg/m 2/h.
- Ureia/creatinina pode estar aumentado, se houver hipovolêmica.
- C3 (normal na nefrose pura, alterada na secundária).
- Proteínas totais e fracção albumina (< 2,5 g%).
- Perfil lipídico, colesterol e triglicéridos elevados.

Se os dados laboratoriais iniciais apontarem para uma nefrose secundária,
prossegue- se a investigação no sentido de apurar a etiologia.

Tratamento

- Dieta hipossódica (enquanto houver edema e hipertensão), normoproteica e Normocalórica.

- Antibióticos: dependentes do local da infecção e do possível agente etiológico (geralmente as infecções desencadeiam as recaídas de síndrome nefrótico).

Diuréticos são indicados nos casos de edema e hipertensão arterial, de forma criteriosa:

- Hidroclorotiazida→1a 4 mg/kg/dia ou
- Furosemida →1a 4 mg/kg/dia ou
- Espironolactona →1 a 2 mg/kg/dia ou
- Associação de Hidroclorotiazida ou Furosemida com Espironolactona nas situações graves ou refractárias.
- Albumina 20% →0,5 a 1 g/kg ev durante 2h, seguida de Furosemida 1 a 2 mg/kg (nos casos de hipoalbuminemia intensa). Pode ser repetido uma ou duas vezes se necessário.
- Suplemento de Ca+ e Vit D em doses profilácticas a Corticoterapia
- Prednisolona →2 mg/kg/dia, dose única de manhã, durante 4 a 6 semanas. Se não houver resposta:
- Metilprednisolona em bolus 30 mg/kg em dias alternados, até 3 bolus. Se

proteinúria negativa – cortico sensível:

- 1,5 mg/kg/dia, em dias alternados, durante 4 a 6 semanas.
- Reduzir 0,5 mg/kg/semana de prednisona, até á suspensão desta.

Se proteinúria positiva, depois de 8 semanas de corticoterapia – cortico resistente.

Quando o edema é discreto a moderado, pode ser tratado em regime ambulatorial.

A síndrome nefrótico secundário, deve ser tratado de acordo com as causas.

Cenários após a suspensão do tratamento

- **Remissão total** – Em 80 a 90%, nas lesões mínimas.
- **Recidiva** – proteinúria (albustix) +++ ≥ 3dias consecutivos. Se acontece até um mês após a suspensão da prednisolona – **corticodependente.**

- **Recidivas múltiplas** ≥ 2 em 6 meses ou ≥ 4 em 12 meses.

Tratamento das Recaídas:

Prednisolona → 60mg/m2/dia, até ausência de proteinuria por 3 dias consecutivos; e 40mg/m2 em dias alternados, durante 4 semanas. Depois desmame lento.

Os casos cortico resistentes e cortidependentes devem fazer tratamento com **Ciclofosfamida** 2 a 3mg/kg/dia, em média durante 2 meses e nunca superior a 6 meses.

A biópsia renal está indicada, à partida, na síndrome nefrótico não puro, isto é, com hematúria e/ou hipertensão e nos casos resistentes ao tratamento com corticóide ou ciclofosfamida, altura em que o doente deverá ser encaminhado para o Nefrologista.

PROTOCOLOS PARA DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

SÍNDROME GRIPAL E SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

Caso suspeito de síndrome gripal (SG)

1 Indivíduos maiores de 6 meses de idade que apresentem febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhado de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia.

Para crianças menores de 6 meses de idade considerar apenas febre de início súbito mesmo que referida e sintomas respiratórios.

Caso suspeito de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) que necessitem de internação.

Sinais de agravamento do paciente com SG:

- Aparecimento de dispneia ou taquipneia ou hipoxemia;
- Persistência ou aumento da febre por mais de 3 dias (pode indicar pneumonite primária pelo vírus influenza ou secundária a uma infecção bacteriana)
- Exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica
- Exacerbação de doença cardíaca pré-existente
- Miosite comprovada por exames laboratoriais
- Alteração do sensório
- Exacerbação dos sintomas gastrointestinais em crianças
- Desidratação.

Alerta: deve ser dada atenção especial a essas alterações quando ocorrerem em pacientes que apresentem fatores de risco para a complicação da síndrome respiratória aguda.

1- Fatores de risco para complicações:

• Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal).

• Pneumopatias (incluindo asma).

• Cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica).

• Nefropatias.

• Hepatopatias.

• Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme).

• Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus descompensado).

• Transtornos neurológicos que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, atraso de desenvolvimento, AVC ou doenças neuromusculares).

• Imunossupressão (incluindo medicamentosa ou pelo vírus da imunodeficiência humana).

• Obesidade.

• Idade < 19 anos em uso prolongado do ácido acetilsalicílico (risco de Síndrome de Reye).

• Idade ≥ 60 anos.

• Idade < 2 anos.

• População indígena.

2- Período de incubação

Varia de 1 a 7 dias, sendo mais comum de 1 a 4 dias.

3- Transmissão

Varia de 1 a 7 dias, sendo mais comum de 1 a 4 dias.

A transmissibilidade em adultos ocorre principalmente 24 horas antes do início dos sintomas até 24 horas após o final da febre.

Nas crianças pode durar em média 10 dias e nos pacientes imunossuprimidos por mais tempo. Os vírus respiratórios são facilmente transmitidos de pessoa a pessoa, por intermédio de gotículas de saliva eliminadas pela tosse, espirros ou fala. A transmissão por contato também pode ocorrer: direto, em caso de contato com mãos contaminadas, e indireto, em caso de contato com superfícies contaminadas pelo vírus, após tocar olhos, nariz ou boca.

A lavagem de mãos, a precaução padrão e por gotículas são as medidas mais importantes para prevenir a transmissão nosocomial. Em caso de procedimentos com risco de gerar aerossol (intubação oro-traqueal e aspiração traqueal, micronebulização, coleta de espécime respiratória, realização de broncoscopia), devem ser adotadas medidas de precaução para

aerossóis.

4- Agentes etiológicos e manifestações clínicas

4.1 Vírus Influenza

Dentre esses agentes, os vírus influenza, da família Ortomixiviridae, são os mais comuns.

São vírus com RNA de hélice única, que se subdividem em três tipos antigenicamente distintos: A, B e C. Os vírus influenza A são mais suscetíveis a variações antigênicas, periodicamente sofrem alterações em sua estrutura genômica, contribuindo para a existência de diversos subtipos.

São responsáveis pela ocorrência da maioria das epidemias de gripe.

Os vírus influenza B sofrem menos variações antigênicas e, por isso, estão associados com epidemias mais localizadas.

Os vírus influenza C são antigenicamente estáveis, provocam doença subclínica e não ocasionam epidemias em humanos, motivo pelo qual merecem menos destaque em saúde pública.

Os vírus influenza do tipo A infectam seres humanos, suínos, cavalos, mamíferos marinhos e aves; os do tipo B ocorrem exclusivamente em seres humanos; e os do tipo C, em seres humanos e suínos.

Manifestações clínicas

A infecção aguda das vias aéreas apresenta quadro febril (temperatura ≥ 37,8°C), com a curva térmica usualmente declinando após o período de 2 a 3 dias e normalizando em torno do 6º dia de evolução. Além dos sintomas que definem a síndrome gripal, podem estar presentes diarreia, vômito, fadiga, prostração, rinorreia, rouquidão e hiperemia conjuntival.

As queixas respiratórias mantêm-se, em geral, por 3 a 4 dias após o desaparecimento da febre, e a resolução espontânea ocorre em torno de 7 dias, embora a tosse, o mal-estar e a fadiga possam permanecer por algumas semanas.

4.2 Coronavírus

Os coronavírus foram responsáveis por epidemias em 2002 e 2003. Em 2003, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), durante a epidemia de SRAG foram registrados 8.422 casos prováveis, com 916 óbitos (letalidade de 11%).

No Brasil, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde contabilizou 53 casos, informados por 13 unidades federadas do país. Destes, 1 caso suspeito, 3 casos prováveis e 49 descartados no decorrer de 2003.

Após conclusão da investigação todos os casos foram descartados. Desde julho de 2003, o coronavírus associado a SRAG (SARS-CoV)

reapareceu em quatro ocasiões. Três desses incidentes foram atribuídos a violações de biossegurança em laboratórios, resultando em um ou mais casos de SRAG (Cingapura, Taipei e Pequim). Desde setembro de 2012, a OMS recebeu a notificação de nove casos de infecção humana por um novo coronavírus: cinco casos da Arábia Saudita (com três óbitos), dois casos do Qatar e outros dois casos da Jordânia (ambos faleceram em abril/12: diagnóstico feito com amostras respiratórias armazenadas).

A identificação desses coronavírus mostrou que tratam-se de novos coronavírus humanos, que não correspondem ao vírus de 2002/2003. A origem ainda é desconhecida, podendo corresponder a alguma mutação de um vírus já existente ou a algum vírus circulante entre animais e pássaros. Não há evidências que se trate de uma zoonose. A OMS e o Centers for Diseases Control and Prevention não estabeleceram nenhuma restrição de turismo ou comércio para a Arábia Saudita ou Qatar.

O grau de contagiosidade ainda é desconhecido e não há evidências de transmissão homem a homem nem de transmissão associada aos cuidados de saúde. O tratamento é suportivo, visto que nenhuma terapia específica mostrou-se efetiva; tampouco há vacina disponível. Pessoas que desenvolverem doença respiratória aguda dentro de 10 dias após retorno da Arábia Saudita, Qatar ou Jordânia devem consultar um médico e mencionar a viagem recente.

De acordo com a orientação do Ministério da Saúde, em relação aos casos de 2012, caso um paciente tenha visitado o Oriente Médio e apresentado sintomas respiratórios leves, a maior probabilidade é de que ele apresente uma infecção do trato respiratório superior por agentes respiratórios comuns, como ocorre no resfriado. No entanto, deve-se orientar o paciente a procurar o serviço médico diante de agravamento dos sintomas ou desconforto respiratório e solicitar que informe os países que visitou.

Mesmo diante de doença respiratória grave, é mais provável que não seja por coronavírus e o diagnóstico seja confirmado para algum agente respiratório conhecido. Portanto, deve-se investigar inicialmente para esses agentes, segundo os protocolos vigentes.

Manifestações clínicas

Os primeiros achados clínicos da SRAG-Cov (síndrome respiratória aguda grave por Coronavírus) podem ser similares aos de outras doenças virais e não são suficientes para realizar o diagnóstico específico. A doença inicia com sintomas sistêmicos como febre, cefaleia e mialgia.

Queixas respiratórias geralmente surgem 2 a 7 dias após o início da doença e usualmente incluem tosse seca e dispneia.

Rinorreia e odinofagia podem ocorrer, mas não são comuns. Quase todos os pacientes com evidência laboratorial de SRAG-Cov avaliados até hoje desenvolveram evidência radiológica de pneumonia por volta do 7º ao 10º dia

de doença, e a maioria desenvolveu linfopenia (70 a 90%). A taxa global de letali dade que é aproximadamente 10% pode aumentar para mais de 50% em pessoas acima dos 60 anos.

O coronavírus de 2012 é muito frágil, facilmente destruído por detergentes e agentes de limpeza e não sobrevive fora do corpo por mais de 24 horas.

Podem haver outras vias de transmissão não conhecidas porém, até o momento, não foram devidamente esclarecidas. Dados epidemiológicos sugerem que pessoas contaminadas não transmitem o coronavírus antes do início dos sintomas e evidências indicam que alguns pacientes não transmitem o vírus eficientemente; outros, os "supertransmissores", o fazem em determinadas situações de forma altamente eficiente. Até o momento, não existe vacina disponível.

Não está claro se a doença confere imunidade duradoura ou se as pessoas que a apresentaram continuam suscetíveis à reinfecção e à doença. O tratamento recomendado consiste de medidas de suporte (hidratação, sintomáticos, etc.).

4.3- Adenovírus

Família de vírus associados a síndromes do trato respiratório superior como faringite e coriza, mas que também pode causar pneumonia. Menos comumente, pode causar doenças gastrointestinais, oftalmológicas, genitourinárias e neurológicas. A maioria das infecções por adenovírus são autolimitadas, mas infecções fatais podem ocorrer em hospedeiros imunocomprometidos e, ocasionalmente, em crianças e adultos saudáveis.

O grupo é composto por mais de 50 sorotipos, sendo os sorotipos 1, 2 e 3, os mais frequentes. Manifestações clínicas Variam de acordo com a idade e a imunocompetência do hospedeiro.

É o vírus isolado mais comum de crianças com doenças respiratórias febris.

A duração usual da doença é de 5 a 7 dias, apesar de alguns sintomas persistirem por mais de 2 semanas.

Manifestações clínicas

As manifestações mais comuns são faringite e coriza. A faringite é comumente associada a conjuntivite, laringotraqueíte, bronquite, ou pneumonia. Otite média é outra manifestação comum, especialmente em crianças menores de 1 ano.

A radiografia de tórax pode mostrar infiltrado pulmonar bilateral. Outras complicações respiratórias agudas incluem a pneumonia, bronquiolite obliterante e bronquiectasia.

4.4- Vírus sincicial respiratório (VSR)

O VSR causa surtos sazonais de doença respiratória aguda em pessoas de todas as idades. Os pacientes de alto risco para infecções do trato respiratório inferior são: crianças com menos de 6 meses de idade, crianças com doenças pulmonares crônicas ou cardiopatias congênitas, prematuros, crianças expostas a tabagismo passivo, pacientes imunocomprometidos, asmáticos, adultos com doenças cardiopulmonares e idosos institucionalizados.

Manifestações clínicas

O VSR pode causar doença do trato respiratório inferior, bronquiolite, broncoespasmo, pneumonia e insuficiência respiratória em crianças. Pode associar-se a sibilância torácica no primeiro ano de vida. Sibilância e dispneia são descritos em adultos jovens com e sem comorbidades e hiperreatividade de vias aéreas. Pode associar-se à síndrome de secreção inapropriada de ADH, resultando em hiponatremia, particularmente nos pacientes em ventilação mecânica. Infecções repetidas por VSR ocorrem frequentemente em crianças e adultos jovens, e resultam em sintomas significativos do trato respiratório superior, como tosse, coriza, rinorreia e conjuntivite. Comparado com outros vírus respiratórios, VRS é mais provável para causar envolvimento de ouvido e seios nasais.

4.5 Metapneumovírus

Pode causar quadro de infecção de vias aéreas superiores e, em casos mais graves, envolver o trato respiratório inferior, levando a sibilância e tosse. Em pacientes que requerem internação, as manifestações clínicas variam de bronquiolite e exacerbação de asma a pneumonia grave e síndrome respiratória aguda.

4.6 Parainfluenza

Vírus da família Paramyxoviridae, que possui quatro sorotipos (1, 2, 3 e 4) descritos. O sorotipo 3 é o mais prevalente entre crianças e adultos, sendo associado a pneumonia e bronquiolite. Os sorotipos 1 e 2 são detectados com menos frequência em adultos e são usualmente associados a infecções do trato respiratório superior. O sorotipo 4 causa doença das vias aéreas superiores, mas é raro. A maioria dos adultos apresenta achados não específicos como febre, rinorreia, tosse e/ou feridas em orofaringe.

Nos adultos imunocompetentes, as infecções são geralmente assintomáticas ou leves, com infecções das vias aéreas superiores autolimitadas. O risco de doença grave é maior entre idosos, particularmente os institucionalizados. Pode causar morbimortalidade importante em adultos imunocomprometidos, com quadros graves de pneumonia.

4.7- Hantavírus

Engloba um conjunto de vírus, sendo os únicos da família Bunyaviridae que não são arbovírus. Nas Américas já há relatos de ocorrência de casos de hantavirose desde o Canadá até o sul da Argentina. A doença já foi detectada nas cinco regiões brasileiras, mas a distribuição não é uniforme: os casos se concentram no Sudeste, Centro-Oeste e Sul do país, com destaque para Minas Gerais, São Paulo, Mato Grosso, Distrito Federal, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, segundo dados do Ministério da Saúde de 1993 a maio de 2012.

A transmissão ao homem se dá principalmente pela inalação de aerossóis formados pelas secreções e excreções de roedores contaminados.

A doença se manifesta sob as seguintes formas: doença inespecífica, febre hemorrágica com síndrome renal (Europa e Ásia) e febre hemorrágica com síndrome cardiopulmonar (Américas), com quadro de SRAG. Outras formas de transmissão: ingestão de alimentos/água contaminados, pela pele através de escoriações cutâneas e mordidas do roedor; pelo contato do vírus com mucosas, por exemplo, conjuntival; acidentalmente, em trabalhadores e visitantes de laboratórios. Há também a possibilidade de transmissão pessoa a pessoa, na forma cardiopulmonar.

Manifestações clínicas

Os sintomas inespecíficos incluem febre, fadiga, dores musculares, erupção cutânea, cefaleia, tonturas, calafrios, náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal; dor de ouvido e de garganta, coriza e prurido são raros. Na forma cardiopulmonar, podem ocorrer tosse seca, taquicardia, taquidispneia e hipoxemia; edema pulmonar não-cardiogênico (há importante aumento da permeabilidade vascular, com a radiografia de tórax mostrando infiltrado intersticial difuso bilateral, que rapidamente evolui com preenchimento alveolar, especialmente nos hilos e bases pulmonares), insuficiência respiratória e colapso circulatório.

O óbito pode ocorrer em até 6 dias. Os exames laboratoriais podem mostrar plaquetopenia, linfócitos atípicos > 10%, leucócitos normais ou leucocitose com desvio à esquerda, hemoconcentração.

5-Medidas de controle e prevenção

5.1- Vacinação de bloqueio para influenza

Não está recomendada vacinação de bloqueio. A imunização é realizada anualmente nas campanhas de vacinação nacional. As indicações para 2013, segundo o Ministério da Saúde, são para crianças de 6 meses a 2 anos, pessoas com 60 anos ou mais, trabalhadores da saúde, indígenas, presidiários, grávidas e mães até 4 semanas após o parto e portadores de doenças crônicas.

5.2- Tratamento

À exceção do primeiro mês de vida, quando outros agentes etiológicos podem estar envolvidos, os mais frequentes causadores de quadros respiratórios graves, principalmente pneumonia, invariavelmente são Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Staphylococcus aureus e vírus respiratórios.

5.2.1- Uso de antivirais

O tratamento com o fosfato de oseltamivir deve ser iniciado imediatamente na suspeita clínica de SRAG ou em casos de SG com fator de risco/indicação médica, independentemente do tempo de início dos sintomas, da situação vacinal e da presença de fatores de risco para complicações, sem necessidade de coleta de material para exame laboratorial ou do resultado deste (não se deve aguardar confirmação laboratorial para o início do tratamento), baseado no Protocolo de Tratamento de Influenza de 2012, do Ministério da Saúde (Quadro 1).

Em casos de síndrome gripal sem fatores de risco, além dos medicamentos sintomáticos e da hidratação, a prescrição do fosfato de oseltamivir deve ocorrer de acordo com critério médico.

A dose de oseltamivir para adultos é de 75mg, duas vezes ao dia, por 5 dias e atualmente não há evidência científica consistente para indicar o aumento da dose ou do tempo de utilização do antiviral. Entretanto, relatos de séries de casos sugerem possível benefício em casos graves (insuficiência respiratória, imunodepressão, neutropenia, obesidade grau III e pacientes com sonda nasoentérica), com dose dobrada e prolongamento do tratamento acima de cinco dias. Para os pacientes que vomitam até 1 hora após a ingestão do medicamento, deve ser administrada uma dose adicional.

A dose deve ser ajustada no caso de insuficiência renal.

Com clearence de creatinina menor que 30ml/min a dose deve ser 75mg de 24/24h; em hemodiálise a dose deve ser 30mg após cada sessão de hemodiálise; em diálise peritoneal a dose deve ser 30mg uma vez por semana.

Orientar o afastamento temporário, de acordo com cada caso, das atividades de rotina (trabalho, escola, etc.), avaliando o período de transmissibilidade da doença.

O paciente deve ser orientado a retornar imediatamente ao serviço de saúde caso persistam ou se agravem algumas de suas queixas nas 24 a 48 horas consecutivas ao exame clínico.

A indicação de zanamivir somente está autorizada em casos de impossibilidade clínica da manutenção do uso do oseltamivir.

O zanamivir é contraindicado em menores de 7 anos para tratamento, em menores de 5 anos para quimioprofilaxia e em todo paciente com doença respiratória crônica pelo risco de broncoespasmo grave.

O zanamivir não pode ser administrado para paciente em ventilação mecânica porque essa medicação pode obstruir os circuitos do ventilador.

5.2.2 Antibióticos

O uso de antibióticos está indicado nos casos em que há suspeita de infecção bacteriana associada, ou seja, quando há secreção de vias aéreas purulenta, consolidação com broncograma aéreo na radiografia de tórax, leucocitose significativa com ou sem desvio à esquerda.

a) Pacientes adultos com indicação de tratamento ambulatorial com pneumonia adquirida na comunidade (PAC):

• Paciente previamente hígido: macrolídeo (azitromicina ou claritromicina) ou betalactâmico (amoxicilina, associada ou não a inibidor da betalactamase, de acordo com o perfil de resistência bacteriana local) em monoterapia.

• Paciente com comorbidades ou uso recente de antimicrobianos (nos últimos 3 meses): quinolona respiratória (levofloxacino ou moxifloxacino) ou betalactâmico associado a macrolídeo.

b) Pacientes adultos com indicação de tratamento hospitalar (aguardando internação, internados em enfermarias ou unidades de terapia intensiva): betalactâmico (preferencialmente associado a inibidor da betalactamase) associado a macrolídeo ou quinolona respiratória.

Em pacientes internados em unidades de terapia intensiva, avaliar o risco de infecção por Pseudomonas sp. Em caso de suspeita de infecção por agente, utilizar medicamentos com cobertura para esta bactéria: betalactâmico (piperacilina/tazobactam, cefepime, imipenem ou meropenem) ou quinolona (levofloxacina ou ciprofloxacina) com cobertura para esta bactéria. c) Pacientes pediátricos: O tratamento de pacientes pediátricos com PAC deve ser feito preferencialmente em ambiente hospitalar. Os agentes etiológicos mais frequentes e o tipo de tratamento variam de acordo com a idade.

5.3 Quimioprofilaxia

O uso do oseltamivir para profilaxia está indicado nas seguintes situações:

• Em profissionais de laboratório NÃO vacinados, que tenham manipulado amostras clínicas de origem respiratória que contenham o vírus influenza sem o uso adequado de equipamento de proteção individual (EPI).

• Em trabalhadores de saúde NÃO vacinados que estiveram envolvidos na realização de procedimentos invasivos (geradores de aerossóis) ou manipulação de secreções de um caso suspeito ou confirmado de infecção por influenza, sem o uso adequado de EPI.

• Em indivíduos com fator de risco para complicações para influenza e NÃO vacinados e com exposição a pacientes suspeitos de infecção por influenza nas últimas 48 horas.

Fluxogramas

Fluxo da vigilância de Síndrome Gripal (SG)

Fluxo de coleta

1- Unidade sentinela identifica os pacientes com SG, preenche formulário específico (MS), coleta a amostra e acondiciona no laboratório específico.

2- O laboratório cadastra amostra no GAL e acondiciona até a busca pela responsável ou envio pelo SAD.

3- O responsável cadastra resultado

Fluxo de notificação

1- Unidade sentinela faz busca diária no SAME de todos os pacientes atendidos no Pronto Socorro identificando os casos com SG, em seguida lança no Sivep_Gripe os dados agregados por faixa etária por SE.

2- Unidade sentinela lança no Sivep_Gripe este dado agregado por faixa etária por SE.

3- CIEVS-BH analisa o banco do Sivep_Gripe.

RUBÉOLA E SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA

Definição

Caso suspeito de rubéola

Caso suspeito de síndrome da rubéola congênita (SRC)

A rubéola é uma doença infecciosa exantemática aguda, de etiologia viral. O exantema é caracteristicamente máculo-papular, mais concentrado em face e tronco e com polimorfismo regional. As principais complicações são as infecções bacterianas secundárias em pele.

• Todo paciente que apresente febre e exantema máculo-papular, acompanhado de linfoadenopatia retroauricular, occipital e cervical, independentemente da idade e situação vacinal.

• Todo indivíduo suspeito com história de viagem ao exterior nos últimos 30 dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior.

• Todo recém-nascido cuja mãe foi caso suspeito ou confirmado de rubéola durante a gestação.

• Toda criança, até 12 meses de idade, independentemente da história materna, que apresente sinais clínicos compatíveis com infecção congênita pelo vírus da rubéola, ou complicações de forma isolada ou associada, como catarata, glaucoma, cardiopatia e surdez.

Periodo de incubação

Duração média de 17 dias, podendo variar de 12 a 23 dias

Transmissão

Ocorre através do contato com secreções nasofaríngeas de pessoas infectadas e por via transplacentária. A transmissão indireta, pouco frequente, ocorre mediante contato com objetos contaminados com secreções nasofaríngeas, sangue e urina.

O período de transmissibilidade é de aproximadamente 5 a 7 dias antes do início do exantema e de 5 a 7 dias após. Recém-nascidos com SRC podem excretar o vírus nas secreções nasofaríngeas, sangue, urina e fezes por longos períodos.

Diagnósticos diferenciais

Sarampo, escarlatina, dengue, exantema súbito (crianças até 2 anos), eritema infeccioso, enteroviroses (coxsackievírus e echovírus) e, também, com outras doenças que podem causar síndromes congênitas, como mononucleose infecciosa, toxoplasmose e infecção por citomegalovírus. São diagnósticos diferenciais da SRC: infecções congênitas por citomegalovirus, varicela-zoster, coxsackievírus, echovírus, herpes simples, HIV, hepatite B, parvovírus B19, Toxoplasma gondii, Treponema pallidum, malária e Tripanosoma cruzi.

Tratamento

Não existe tratamento específico para a rubéola. O tratamento deve ser sintomático e suporte, de acordo com o quadro clínico do paciente,

Medidas de controle

• Crianças e adultos acometidos por rubéola devem ser afastados da escola, da creche ou do local de trabalho durante o período de transmissibilidade,

• Identificar os contatos de casos suspeitos ou confirmados (pessoas que estiveram em contato com um caso suspeito ou confirmado de rubéola, no período compreendido entre 10 dias antes e 10 dias após o início do exantema ou sintomas) e fazer o seguimento até 30 dias a partir da data de exantema ou início dos sintomas do caso ao qual foram expostos, para verificar se não desenvolvem a doença; e vaciná-los conforme orientações abaixo.

• Bloqueio vacinal imediato dos contatos suscetíveis do caso suspeito, de preferência dentro de 72 horas após a exposição para faixa etária de 6 meses até 39 anos de idade para homens e até 49 anos de idade para mulheres. Porém, a redução ou ampliação dessa faixa para a realização do bloqueio vacinal deverá ser avaliada, de acordo com a situação epidemiológica apresentada na localidade.

• Afastamento das gestantes suscetíveis (sem relato da doença no passado comprovada por laboratório e com vacinação incompleta, ou vacinação completa: duas doses com intervalo mínimo de 30 dias para os

menores de 20 anos e pelo menos 1 dose para os indivíduos com 20 anos ou mais) do contato com casos e comunicantes, durante o período de transmissibilidade e incubação da doença. A gestante que teve contato com um doente deve ser avaliada sorologicamente, o mais precocemente possível .

• Precauções de rotina e respiratórias por sete dias, após o início do exantema para pacientes internados.

Diagnóstico laboratorial

Sorologia

Os anticorpos IgM podem ser detectados no sangue, na fase aguda, desde os primeiros dias até 4 semanas após o aparecimento do exantema. Os anticorpos IgG podem eventualmente aparecer na fase aguda, mas geralmente são detectados após a resolução do quadro, podendo permanecer detectáveis por anos.

As amostras dos casos suspeitos devem ser colhidas no primeiro atendimento e serão consideradas oportunas as amostras coletadas entre 1º e o 28º dias do aparecimento do exantema ou início dos sintomas. Após o 28º dia as amostras são consideradas tardias, mas mesmo assim devem ser coletadas e enviadas ao laboratório. A presença de anticorpos IgM específicos para rubéola no sangue do recém-nascido é evidência de infecção congênita, pois esse tipo de imunogloblina não ultrapassa a barreira placentária.

Anticorpos maternos, da classe IgG, podem ser transferidos passivamente ao feto através da placenta, sendo portanto encontrados em recém-nascidos normais de mães imunes à rubéola. Não é possível diferenciar os anticorpos IgG maternos dos produzidos pelo próprio feto, quando o mesmo é infectado intra-útero. Como a quantidade de IgG materno transferido ao feto vai diminuindo com o tempo, desaparecendo por volta do 6º mês, a persistência dos níveis de anticorpos IgG no sangue do RN é altamente sugestiva de infecção intra-uterina.

A investigação laboratorial de casos suspeitos de SRC se faz colhendo uma amostra de sangue do recém-nascido para realização dos testes sorológicos logo após o nascimento, quando há suspeita ou confirmação de infecção materna durante a gestação (Quadros 3 e 5), ou no momento da suspeita diagnóstica, nas crianças menores de 1 ano (Quadro 6). Orientações sobre a coleta, conservação e transporte de amostras:

• Coleta: sangue venoso sem anticoagulante, na quantidade de 5 a 10 ml. Separar o soro por centrifugação ou após retração do coágulo, em temperatura ambiente ou a 37ºC.

• Conservação: refrigeração de 2º a 8ºC, por no máximo 7 dias. Para períodos superiores, congelar a -20ºC.

• Acondicionamento para transporte: acondicionar as amostras em caixa de transporte com gelo reciclável. O prazo máximo para o envio ao laboratório é de 5 dias após a coleta.

Identificação viral

A identificação viral pode ser feita em amostras urina e secreções nasofaríngeas.

Seus objetivos são: identificar o padrão genético do vírus circulante, diferenciar os casos autóctones dos importados e diferenciar o vírus selvagem do vacinal. As amostras devem ser coletadas até o 5º dia a partir do início do exantema, preferencialmente nos 3 primeiros dias. Em casos esporádicos, o período pode ser estendido em até 7 dias após a data do início do exantema. As amostras para identificação viral devem ser coletadas em presença de surto, casos importados, independentemente do país de origem, em todos os casos com resultado laboratorial IgM positivo ou indeterminado.

Notificar todos os casos suspeitos de forma imediata

Orientar as unidades quanto aos procedimentos a serem realizados (conforme informações acima),

Acompanhar resultados de exames.

Dar entrada nas notificações SINAN e SISVE.

Fazer junto com a unidade notificadora a investigação do caso.

Fluxograma de investigação

Roteiro de investigação epidemiológica da síndrome da rubéola congênita.

1-Notificação de caso

1.1-Investigação

- Atenção médica/ Investigação dados clínicos
- Coleta de material para sorologia
- Enviar ao laboratório
- Resultado do exame

➢ Negativo - Encerrar o caso

➢ Positivo - Determinar a extensão da área de transmissão.

- Adotar medidas de prevenção e controle - Acompanhamento de mulheres grávidas expostas e recém-nascido
- Monitoramento da área durante 9 meses

Investigação

- Identificar ocorrência de surtos
- Sim
- Identificar área de transmissão
- Determinar a extensão da área de transmissão

➢ Adotar medidas de prevenção e controle -Acompanhamento de mulheres grávidas expostas e recém-nascido

- Monitoramento da área durante 9 meses

SARAMPO

O sarampo é doença infecciosa aguda, de natureza viral, transmissível e extremamente contagiosa.

Definição

Caso suspeito

• Todo paciente que, independentemente da idade e da situação vacinal, apresentar febre e exantema máculo-papular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite ou

• Todo indivíduo suspeito com história de viagem ao exterior nos últimos 30 dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior.

Período de incubação

Geralmente dura 10 dias (variando de 7 a 18 dias), desde a data da exposição à fonte de infecção até o aparecimento da febre, e cerca de 14 dias até o início do exantema.

Transmissão

Ocorre diretamente de pessoa a pessoa, através das secreções nasofaríngeas, expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar. Há também contágio por dispersão de partículas virais no ar, em ambientes fechados, como escolas, creches e clínicas (transmissão por aerossol).

O período de transmissibilidade é de 4 a 6 dias antes do aparecimento do exantema e até 4 dias após.

O período de maior transmissibilidade ocorre 2 dias antes e 2 dias após o início do exantema. O vírus vacinal não é transmissível.

Manifestações clínicas

O sarampo caracteriza-se por febre alta, acima de 38,5°C, exantema máculo-papular generalizado, tosse, coriza, conjuntivite e manchas de Koplik. A evolução apresenta três períodos bem definidos.

Período prodrômico ou catarral, que tem duração média de 6 dias.

No início da doença, surge febre alta, acompanhada de tosse produtiva, corrimento seromucoso do nariz, conjuntivite e fotofobia.

Nas últimas 24 horas deste período, surge, na altura dos pré-molares, o sinal de Koplik: pequenas manchas brancas com halo eritematoso, consideradas sinal patognomônico do sarampo.

Período exantemático.

Ocorre acentuação de todos os sintomas anteriormente descritos, com prostração importante do paciente e surgimento do exantema

característico: máculo-papular, de cor avermelhada, com distribuição em sentido céfalo-caudal, que surge na região retroarticular e face. De 2 a 3 dias depois, estende-se ao tronco e às extremidades, persistindo por 5 a 6 dias.

É durante o período exantemático que, geralmente, se instalam as complicações sistêmicas, embora a encefalite possa aparecer após o 20° dia.

Período de convalescença ou de descamação furfurácea.

As manchas tornam-se escurecidas e surge descamação fina, lembrando farinha. Complicações. A ocorrência de febre por mais de 3 dias após o aparecimento do exantema é um sinal de alerta, indicando o aparecimento de complicações.

As complicações mais comuns são as infecções respiratórias, as otites, as doenças diarréicas. Casos raros podem apresentar manifestações neurológicas tardias (panencefalite esclerosante subaguda).

Diagnósticos diferenciais

Os principais diagnósticos diferenciais são as doenças exantemáticas febris agudas tradicionais, como rubéola, exantema súbito, escarlatina, eritema infeccioso, dengue, sífilis secundária, enteroviroses, ricketioses e eventos adversos à vacina.

Vacinação de bloqueio

A vacinação de bloqueio deve ser limitada aos contatos do caso suspeito. A faixa etária prioritária para ações de bloqueio vacinal é entre 6 meses de vida e 39 anos de idade para homens e 49 anos para mulheres. Porém, a redução ou ampliação dessa faixa para a realização do bloqueio vacinal deverá ser avaliada, de acordo com a situação epidemiológica apresentada na localidade.

A vacina para os susceptíveis deve ser administrada, de preferência, dentro de 72 horas após a exposição. A vacinação de bloqueio deve abranger as pessoas do mesmo domicílio do caso suspeito, vizinhos próximos, colegas de creches, ou, quando for o caso, as pessoas da mesma sala de aula, do mesmo quarto de alojamento, da mesma enfermaria ou da sala de trabalho.

OBS= Nas gestantes a vacinação está contraindicada. Casos específicos devem ser discutidos com a Vigilância Epidemiológica.

Tratamento

Não existe tratamento específico para o sarampo. O tratamento é sintomático, podendo ser utilizados antitérmicos, hidratação oral, terapia nutricional com incentivo ao aleitamento materno e higiene adequada dos olhos, pele e vias aéreas superiores.

As complicações bacterianas do sarampo são tratadas especificamente com antibióticos adequados para cada quadro clínico e, se

possível, com identificação do agente bacteriano. Deve-se suspeitar de complicações infecciosas caso haja persistência da febre 3 dias após o aparecimento do exantema.

É recomendável a administração da vitamina A em crianças acometidas pela doença, a fim de reduzir a ocorrência de casos graves e fatais.

A OMS recomenda administrar a vitamina A, em todas as crianças, no mesmo dia do diagnóstico do sarampo, nas seguintes dosagens:

• Crianças < 6 meses de idade - 50.000 UI: uma dose em aerossol no dia do diagnóstico e outra dose no dia seguinte.

• Crianças entre 6 e 12 meses de idade - 100.000 UI: uma dose em aerossol no dia do diagnóstico e outra dose no dia seguinte.

• Crianças maiores de 12 meses de idade - 200.000 UI: uma dose em aerossol ou cápsula no dia do diagnóstico e outra dose no dia seguinte.

Para os casos sem complicações, manter a hidratação, o suporte nutricional e diminuir a hipertermia. Muitas crianças necessitam de 4 a 8 semanas para recuperar o estado nutricional que apresentavam antes do sarampo.

Fluxograma de Atendimento a Caso Suspeito de Sarampo

Caso Suspeito de Sarampo

Febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite; ou todo indivíduo suspeito com história de viagem ao exterior nos últimos 30 dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior, independente da idade e da situação vacinal.

Condutas imediatas

• Notificar imediatamente por telefone (ou plantão CIEVS se a noite [18h as 8h], final de semana ou feriados).

• Orientar isolamento do caso suspeito por aerossol por quatro dias após início do exantema

• Iniciar vacinação de bloqueio para os contatos susceptíveis.

• Coletar a 1ª amostra de sorologia (preferencialmente entre o 1º e o 28º dia do aparecimento do exantema) e amostra de urina e/ou secreção nasofaríngea para isolamento viral (preferencialmente até o 3º dia do aparecimento do exantema, podendo ser coletada até o 5º dia).

• IgM + Caso Confirmado - desde que descartado possibilidade de reação vacinal (vacinação de 5 a 12 dias antes).

• IgM indeterminado - • Manter isolamento por aerossol; • Coletar nova amostra de sorologia. Coletar segunda amostra (entre 20 a 25 dias após a data da primeira coleta) IgM + → Caso Confirmado IgM - → Caso Descartado IgM indeterminado → Titulação de Ac.

• IgM – Caso Descartado → Avaliar diagnósticos diferenciais

OBS: caso amostra tenha sido colhida entre 1º e 3º dia de exantema e suspeito seja contato de caso confirmado por laboratório, rever possibilidade de tratar-se de falso negativo. Manter paciente em isolamento.

Fluxo de atendimento e investigação dos casos

A) Todo caso suspeito deve:

• Procurar o serviço médico para as devidas providências; • evitar transitar em locais públicos.

• Evitar o contato com outras pessoas por quatro dias a partir do aparecimento do exantema.

B) Diante de um caso suspeito o profissional de saúde deve:

• Colocar o paciente em área isolada (isolamento respiratório por aerossol)

• Iniciar tratamento sintomático e suportivo.

• Notificar imediatamente a Vigilância Epidemiológica (por telefone), que notificará à Secretaria de Estado da Saúde/CIEVS-SP (notificação imediata em até 24 horas).

• Solicitar exames para o diagnóstico de sarampo

VARICELA

A varicela é uma doença infecciosa exantemática aguda, causada pelo vírus varicela-zoster. O exantema é caracteristicamente pápulo-vesicular, mais concentrado em face e tronco e com polimorfismo regional. As principais complicações são as infecções bacterianas secundárias em pele.

Caso suspeito

Quadro de febre moderada, de início súbito, que dura de 2 a 3 dias, e sintomas gerais inespecíficos (mal-estar, adinamia, anorexia, cefaleia e outros) e erupção cutânea pápulo-vesicular, que se inicia em face, couro cabeludo e tronco (distribuição centrípeta, mais lesões em cabeça e tronco).

Surto

Ocorrência de número de casos acima do limite esperado, com base nos anos anteriores, ou casos agregados em instituições, como creche e escolas. Em hospitais, um caso único de varicela já deve ser considerado e notificado como surto.

Varicela complicada

Todos os pacientes hospitalizados, independentemente do motivo de internação.

Período de incubação

Em média, de 14 a 16 dias, variando de 10 a 20 dias após o contato.

Pode ser mais curto em imunossuprimidos ou ser prolongado (até 28 dias) após administração de imunoglobulina anti- -varicela zoster (VZIG).

Transmissão

Pessoa a pessoa, por meio de contato de mucosas das vias aéreas superiores ou da conjuntiva de suscetíveis com fluido de lesões vesiculares de doentes com varicela ou herpes zoster ou com secreções respiratórias (aerossol) daqueles com varicela. Indiretamente, pode também ser transmitida por meio de objetos contaminados com as partículas virais.

É considerado contato significativo aquele superior a 1 hora em ambiente fechado, apesar de alguns autores sugerirem o período de 5 minutos, devido a transmissibilidade elevada do vírus. O período de transmissibilidade varia de 1 a 2 dias antes do aparecimento da erupção até quando houver vesículas.

Manifestações clínicas

A primo infecção leva a quadro de varicela (conhecido como "catapora"), caracterizada por exantema pápulo-vesicular, geralmente associado a febre e prurido. O exantema inicia-se em tronco e face, com disseminação centrífuga, do centro para periferia, e apresenta polimorfismo regional, com lesões próximas em diferentes estágios (máculas, pápulas, vesículas e crostas). Observam- -se, com frequência, lesões em mucosas.

A maioria dos casos de varicela são em menores de 5 anos de idade, nos quais a doença apresenta evolução benigna. Em adolescentes e adultos, apesar da menor incidência, a doença geralmente é mais grave.

Após resolução desta doença, o vírus, então, fica em latência em gânglios sensitivos dorsais e, caso haja sua reativação, leva a quadro de herpes zoster, com lesões também pápulo-vesiculares, restritas de um a três dermátomos, unilateralmente.

Complicações

Infecções bacterianas secundárias locais (impetigo, erisipela, celulite, abscesso), com possibilidade de evolução para quadro séptico.

Outras infecções bacterianas sistêmicas (pneumonia, endocardite) também podem ocorrer.

A síndrome de Reye (quadro neurológico com disfunção hepática) associa-se a uso de ácido acetilsalicílico na vigência da varicela.

Quadros neurológicos (cerebelite, encefalite) podem ser secundários ao próprio vírus ou a reação imune em sistema nervoso central.

Medidas de controle e prevenção

Vacinação

A vacina de varicela é de vírus vivo e deve ser administrada por via

subcutânea, na dose de 0,5 ml. Está liberada para indivíduos com idade acima de 12 meses, sendo que menores de 13 anos devem receber dose única e maiores de 13 anos devem receber duas doses da vacina, com intervalo de 4 a 8 semanas entre elas (inclusive durante bloqueios vacinais em hospitais). A administração de outras vacinas de vírus atenuados (tríplice viral e febre amarela) deve ser realizada no mesmo dia em locais diferentes ou após intervalo de 30 dias.

Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico da varicela é principalmente clínico, uma vez que o quadro é típico. Em laboratórios privados, são realizadas a reação em cadeia da polimerase (PCR) e sorologia (IgG e IgM) em sangue periférico e sorologia (IgG e IgM) em líquor.

Caso de varicela em hospital

No caso de diagnóstico de caso de varicela em paciente hospitalizado, deve-se fazer a notificação individual do caso como varicela complicada e também a notificação de surto. Para definição das medidas de profilaxia, seguir o fluxograma :

1. A solicitação dos imunobiológicos (vacina e/ou VZIG) deve ser feita pelo hospital ao CRIE.

Fluxograma de manejo de caso de varicela em hospital

Notificação do 1° caso de varicela em hospitais

Manter contatos do caso índice em uma mesma enfermaria, em precaução por aerossol, e avaliar a indicação de profilaxia

Avaliar apenas contatos suscetíveis

Idade < 1 ano?

Sim = Discutir administração de VZIG3 com CRIE

Não= Paciente é imunossuprimido ou apresenta contraindicação à vacina ?

Sim = Administrar VZIG

Não= Vacina

Unidades de Saúde

- Preencher a ficha de notificação,
- Realizar bloqueio vacinal oportuno ou uso de imunoglobulina .
- Recomendar aos casos suspeitos que evitem o contato com indivíduos sem a doença durante o período de duração das vesículas, para reduzir o risco de transmissão.

DENGUE

Definição de caso suspeito

Indivíduo com febre de duração máxima de 7 dias, com pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaleia, dor retro-orbitária, mialgia, artralgia, prostração, exantema. Além disso, deve ter estado nos últimos 15 dias, em área onde ocorra transmissão de dengue ou a presença do Aedes aegypti. A presença de sinais de alarme indica possibilidade de gravidade do caso.

Sinais de alarme:

- Vômitos persistentes.
- Sor abdominal intensa e contínua.
- Sangramento de mucosa ou hemorragias importantes (hematêmese ou melena).
- Hepatomegalia dolorosa.
- Desconforto respiratório.
- Letargia.
- Derrames pleural e pericárdico.
- Ascite.
- Cianose.
- Hipotensão arterial.
- Hipotensão postural.
- PA convergente.
- Oligúria.
- Agitação ou letargia.
- Pulso rápido e fraco.
- Extremidades frias.
- Diminuição da temperatura com sudorese.
- Taquicardia.
- Aumento repentino do hematócrito.
- Queda abrupta de plaquetas.

A maioria dos pacientes se recupera após evolução clínica leve e autolimitada. Nos casos graves, o fator determinante é o extravasamento plasmático, expresso por meio de hemoconcentração, hipoalbuminemia e/ou derrames cavitários. Os casos podem evoluir para choque cardiovascular e óbito, mesmo na ausência de fenômenos hemorrágicos.

As manifestações hemorrágicas (epistaxe, petéquias, gengivorragia, metrorragia, hematêmese, melena, hematúria e outras, plaquetopenia) podem ser observadas em todas as apresentações clínicas da dengue.

Fatores de risco para evolução desfavorável

- Gestantes.
- Menores de 13 ou maiores de 65 anos.
- Portadores de hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia, diabetes

mellitus, asma, DPOC, doença hematológica (especialmente anemia falciforme) ou renal crônica, hepatopatia, doença cloridro-péptica ou doença auto-imune.

• Uso de anticoagulante ou antiagregante plaquetário, imunossupressores, anti-inflamatórios.

• Indivíduos em risco social apresentam maior risco de evolução desfavorável.

Período de incubação

Pode variar varia de 3 a 15 dias, sendo em média de 5 a 6 dias.

Diagnóstico laboratorial

Todos os pacientes devem realizar exames para confirmação diagnóstica.

No entanto, os critérios de indicação de realização dos exames podem variar de acordo com a situação epidemiológica: a indicação de sorologia pode ser limitada, em determinada região, por determinado período, assim como a realização do isolamento viral e detecção do antígeno NS1 podem ser ampliadas em função da necessidade de monitoramento da circulação viral.

• Sorologia (ELISA IgM): deve ser solicitada para todos os casos suspeitos de dengue. A amostra deve ser coletada após o 6º dia do início dos sintomas.

• Teste para detecção de antígeno viral (NS1 está indicado apenas para pacientes com amostra de sangue coletada nos primeiros 4 dias do início dos sintomas.

• Isolamento viral: todas as amostras positivas no teste NS1 e um percentual das amostras negativas deverão ser submetidas a isolamento viral. Só poderá ser realizado em amostras colhidas até o 4º dia de início dos sintomas.

Tratamento

Baseia-se principalmente em hidratação adequada, levando em consideração o estadiamento da doença (grupo A, B, C e D), bem como o reconhecimento precoce dos sinais de alarme. Detalhes no Protocolo de Atendimento aos Pacientes com Suspeita de Dengue

Febre amarela

Definição de caso suspeito

Indivíduo com quadro febril agudo de até 7 dias de evolução, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, não vacinado contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado. OU Indivíduo com quadro febril agudo, mesmo que não apresente icterícia ou manifestação hemorrágica,

mas que tenha estado em área com transmissão viral (ocorrência de casos em humanos, epizootias ou com isolamento viral em mosquitos) nos últimos 15 dias, não vacinado contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado.

Manifestações clínicas frequentes:

Calafrios, pulso lento em relação à temperatura (sinal de Faget), cefaleia, mialgia, prostração, náuseas e vômitos.

A doença pode evoluir para cura (maioria dos casos) ou para a forma grave após 2 dias de melhora aparente, com aumento da febre, diarreia, reaparecimento de vômitos, instalação de insuficiência hepática e renal. Surgem também icterícia, manifestações hemorrágicas, oligúria e prostração intensa, além de comprometimento do sensório.

Período de incubação

Pode variar de 3 a 6 dias, após a picada do mosquito infectado.

Diagnóstico laboratorial

• Isolamento viral: até o 4° dia após o aparecimento dos primeiros sintomas.

• Sorologia IgM (Mac-ELISA): a partir do 6° dia do início dos sintomas. A vacina contra a febre amarela também induz a formação de anticorpos IgM. Portanto, é importante a informação sobre o estado vacinal do paciente, inclusive a data da última dose da vacina recebida.

Medidas de prevenção e controle

A medida preventiva mais eficaz é a vacinação rotineira, de crianças a partir de 9 meses, com reforços de 10 em 10 anos. Diante de um caso suspeito é importante identificar o local provável de infecção a fim de definir a área de transmissão silvestre ou urbana, identificando as populações sob risco e prevenir a ocorrência de novos casos. Deve-se realizar captura e identificação de mosquitos transmissores e a busca ativa de morte de macacos, sugestiva da circulação do vírus amarílico.

Vacinação de bloqueio: logo que se tenha o conhecimento da suspeita de caso de febre amarela, deve-se organizar um bloqueio vacinal nas áreas onde o paciente esteve no período de viremia, não sendo necessário aguardar resultados de exames laboratoriais para a confirmação do caso suspeito.

Atenção: a vacina da febre amarela é produzida com vírus vivo atenuado (cepa 17D), podendo apresentar efeitos colaterais leves em 2 a 5% dos pacientes.

Complicações potencialmente graves (tais como, encefalite pós-vacinal, reações de hipersensibilidade imediata e doença viscerotrópica, que é a mais grave) são incomuns, mas podem ocorrer principalmente em pacientes

imunodeprimidos.

O intervalo de tempo muito curto entre duas doses da vacina parece aumentar o risco de reações vacinais graves, sendo descritos inclusive casos de óbito.

Tratamento

Não existe tratamento específico. É apenas sintomático, com cuidadosa assistência ao paciente que, deve permanecer em repouso, com reposição de líquidos e das perdas sanguíneas, quando indicado. Nas formas graves, o paciente deve ser atendido em unidade de terapia intensiva.

Hepatite A

Definição de caso suspeito

• Sintomático ictérico: - indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente, com ou sem sintomas como febre, mal-estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocolia fecal, ou - indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para óbito, sem outro diagnóstico etiológico confirmado.

• Sintomático anictérico: indivíduo sem icterícia, que apresente um ou mais dos sintomas mencionados anteriormente e que, na investigação laboratorial, apresente valor aumentado das aminotransferases.

• Assintomático: indivíduo exposto a uma fonte bem documentada ou comunicante de caso confirmado de hepatite, independentemente da forma clínica e evolutiva do caso índice ou indivíduo com alteração de aminotransferases no soro, igual ou superior a três vezes o valor máximo normal dessas enzimas segundo o método utilizado.

Período de incubação

Pode variar de 15 a 45 dias, com média de 30 dias.

Diagnóstico laboratorial

• Sorologia (Elisa anti-HAV IgM): surge precocemente na fase aguda da doença e começa a declinar após a 2ª semana, desaparecendo após 3 meses.

• Sorologia (Elisa anti-HAV IgG): marcador presente na fase de convalescença e persiste indefinidamente,proporcionando imunidade específica. Positivo também em caso de pessoas vacinadas.

Medidas de prevenção e controle

É necessária a investigação.

investigação de fontes comuns e o controle da transmissão por meio de medidas preventivas; cuidados com o paciente, com o afastamento do mesmo das atividades normais (em caso de criança, orientar sua ausência temporária da creche, pré-escola ou escola, durante as primeiras duas

semanas da doença). A desinfecção de objetos, limpeza de bancadas, chão, entre outros, pode ser feita utilizando cloro ou água sanitária.

A imunização contra hepatite A é realizada a partir de 12 meses de idade, em duas doses, com intervalo de 6 meses entre elas.

A vacina para hepatite A não está disponível para vacinação de rotina nas unidades de saúde, mas em caso de surtos, doses podem ser eventualmente disponibilizadas.

Tratamento

Não existe tratamento específico para as formas agudas. Se necessário, apenas tratamento sintomático para náuseas, vômitos e prurido. Os pacientes precisam passar por avaliação médica e ser acompanhados pela equipe de saúde da família (ESF).

Medicamentos não devem ser administrados sem a recomendação médica, para que não agravem o dano hepático.

LEPTOSPIROSE

Definição de caso suspeito

Indivíduo com quadro de febre, cefaleia e mialgia que:

• Tenha tido contato, nos 30 dias anteriores ao início de sintomas, com enchentes, alagamentos, lama, fossas, esgoto, lixo, entulho ou com caso confirmado da doença OU

• Apresente também um dos seguintes sintomas: sufusão conjuntival, sinais de insuficiência renal aguda, icterícia e/ou aumento de bilirrubinas, fenômeno hemorrágico OU

• Que teve contato (ocupacional ou não) com águas de enchentes, alagamentos, lama ou coleções hídricas, fossas, esgoto, lixo e entulho, em áreas de risco para leptospirose, nos 30 dias anteriores ao início dos sintomas.

Período de incubação

Pode variar de 1 a 30 dias (em média, de 5 a 14 dias)

Diagnóstico laboratorial

• Sorologia (ELISA-IgM): método sensível e específico, que permite a detecção de anticorpos a partir da 1ª semana da doença até 1 ou 2 meses após. O período ideal de coleta é a partir do 5º dia após o início dos sintomas.

• Microaglutinação: exame laboratorial "padrão-ouro" para a confirmação diagnóstica. O período ideal de coleta é a partir do 7º dia após o início dos sintomas. Recomenda-se a coleta de amostras pareadas. A primeira na fase aguda e a segunda após 14 a 21 dias da primeira coleta. Coletar soro, volume mínimo 1 ml.

• PCR e isolamento viral: somente com consulta prévia e autorização

. Tratamento

A antibioticoterapia está indicada em qualquer período da doença, mas sua eficácia parece ser maior na 1ª semana do início dos sintomas. As principais opções terapêuticas na fase precoce são a amoxicilina e doxiciclina. Azitromicina e claritromicina são alternativas para pacientes com contraindicação para uso de amoxicilina ou doxiciclina.

Na fase tardia, o tratamento deve ser feito com penicilina G cristalina, ampicilina ou ceftriaxona, por pelo menos 7 dias. A doença pode apresentar evolução bimodal, com melhora do quadro clínico seguida de recaída.

A fase tardia (imune) geralmente se inicia após a 1ª semana da doença, sendo mais grave e relacionada ao aparecimento de manifestações hemorrágicas e insuficiência renal (Síndrome de Weil). Deve-se avaliar criteriosamente o momento mais adequado para a alta hospitalar.

MENINGOCOCCEMIA

Definição de caso suspeito

Paciente com quadro de prostração acentuada, palidez, hipotensão/choque, toxemia, exantema petequial, purpúrico e/ou equimoses, petéquias ou sufusões hemorrágicas, associado ou não a quadro de meningite. Pode haver história de contato recente com paciente com quadro de meningite ou meningococcemia.

Período de incubação

Pode variar de 2 a 10 dias (em média, de 3 a 4 dias)

Diagnóstico laboratorial

Quando houver suspeita de meningococemia, deve-se solicitar hemocultura e pesquisa de látex no soro.

Tratamento

Como a doença apresenta evolução rápida e alto índice de letalidade, o tratamento deve ser iniciado assim que houver a suspeita de meningococcemia. O antimicrobiano de escolha é uma cefalosporina de 3ª geração (ceftriaxona ou cefotaxima), podendo ser utilizada também penicilina cristalina, ampicilina ou cloranfenicol.

Corrigir os distúrbios hidroeletrolíticos precocemente. Por se tratar de paciente grave, deve ser transferido, assim que possível, para unidade com suporte avançado de vida. A realização de exames e o transporte não devem atrasar o início do tratamento antimicrobiano.

Para maiores informações sobre dose e esquema de quimioprofilaxia e tratamento, vide o item específico no capítulo de Doenças febris com manifestação neurológica - Meningite e encefalite.

BOTULISMO

O botulismo é uma doença neuroparalítica grave, não contagiosa, resultante da ação de uma potente toxina (toxina botulínica). Apresenta elevada letalidade.

Definição de caso

Caso suspeito de botulismo alimentar e por ferimentos

Caso suspeito de botulismo intestinal Indivíduo com paralisia flácida aguda, simétrica e descendente, com preservação do nível de consciência, com um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: visão turva, diplopia, ptose palpebral, boca seca, disartria, disfagia ou dispneia.

A exposição a alimentos potencialmente suspeitos de presença da toxina nos últimos 10 dias ou história de ferimentos nos últimos 21 dias reforça a suspeita.

a) Criança - menor de 1 ano com paralisia flácida aguda insidiosa e progressiva, que apresente um ou mais dos seguintes sintomas: constipação, sucção fraca, disfagia, choro fraco, dificuldade de controle dos movimentos da cabeça.

b) Adulto - paralisia flácida aguda, simétrica e descendente, com preservação do nível de consciência, associado a um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: visão turva, diplopia, ptose palpebral, boca seca, disartria, disfagia ou dispneia, na ausência de fontes prováveis de toxina botulínica (alimentos contaminados, ferimentos ou drogas).

A notificação de um caso suspeito é considerado surto e emergência de saúde pública. O botulismo tem potencial para uso como arma biológica.

Período de incubação

• Botulismo alimentar: varia de 2 horas a 10 dias, com média de 12 a 36 horas.

• Botulismo por ferimentos: varia de 4 a 21 dias, com média de 7 dias.

• Botulismo intestinal: não é conhecido devido à impossibilidade de determinar o momento da ingestão de esporos.

Transmissão

O modo de transmissão impacta na apresentação clínica da doença e na determinação das ações de vigilância epidemiológica. A dose de toxina na exposição será responsável pelo período de incubação e gravidade da doença. Não há transmissão entre pessoas.

Botulismo alimentar Ingestão de toxinas de alimentos contaminados, produzidos ou conservados de maneira inadequada.

Alimentos comumente envolvidos: conservas vegetais, principalmente as artesanais (palmito, picles, pequi); produtos derivados de carne cozidos, curados e defumados de forma artesanal (salsicha, presunto, carne frita conservada em gordura – "carne de lata"); pescados defumados, salgados e fermentados; queijos e pasta de queijos e, raramente, em alimentos enlatados industrializados. Botulismo por ferimentos Contaminação de ferimentos com esporos que, em condições de anaerobiose, assumem forma vegetativa e produzem toxina.

As principais portas de entrada são úlceras crônicas com tecido necrótico, fissuras, ferimentos em áreas profundas mal vascularizadas ou, produzidos por agulhas em usuários de drogas injetáveis e lesões nasais em usuários de drogas inalatórias. É uma forma rara de botulismo. Botulismo intestinal Ingestão de esporos presentes no alimento, seguida da fixação e multiplicação no ambiente intestinal, com produção e absorção de toxina.

A ausência da microbiota de proteção permite a germinação de esporos e a produção de toxina na luz intestinal. Mais frequente em crianças entre 3 e 26 semanas. Em adultos, há fatores predisponentes: cirurgias intestinais, acloridria gástrica, doença de Crohn e/ou uso de antibióticos por tempo prolongado.

Tratamento

Deve ser realizado em ambiente hospitalar que disponha de unidade de terapia intensiva. Apoia- -se em dois conjuntos de ações: tratamento de suporte e tratamento específico (antes de iniciar o tratamento específico, todas as amostras clínicas para exames diagnósticos devem ser coletadas).

a) O tratamento de suporte baseia-se na assistência ventilatória, lavagens gástricas, enemas e laxantes (para eliminar a toxina do aparelho digestivo), hidratação e reposição de eletrólitos, além de nutrição enteral.

b) O tratamento específico visa eliminar a toxina circulante e sua fonte de produção, o C. botulinum, pelo uso do soro antibotulínico (SAB) e antibióticos.

O SAB é um soro heterólogo, equino, geralmente em apresentação bi ou trivalente (contra os tipos A e B ou A, B e E de toxina botulínica) e deve ser administrado o mais precocemente possível para neutralização de maior quantidade de toxina não ligada (prazo máximo 7 dias após o início dos sintomas).

A dose é uma ampola de antitoxina botulínica por via intravenosa, diluída em solução fisiológica a 0,9%, na proporção de 1:10, infundido em aproximadamente 1 hora. A solicitação do SAB deve ser feita pelo médico que diagnosticou o caso para a vigilância epidemiológica.

A liberação do soro estará condicionada ao preenchimento da ficha de notificação do caso suspeito, com sua prescrição e relatório sucinto.

A indicação da antitoxina deve ser criteriosa, uma vez que 9 a 20%

das pessoas tratadas podem apresentar reações de hipersensibilidade.

Nos casos de botulismo por ferimentos, recomenda-se, além do SAB, o uso de penicilina cristalina na dose de 10 a 20 milhões UI/dia, para adultos, e 300.000UI/kg/dia, para crianças, em doses fracionadas de 4 em 4 horas, via intravenosa, por 7 a 10 dias.

O metronidazol também pode ser utilizado na dose de 2g/dia, para adultos, e 15mg/kg/dia, para crianças, via intravenosa, de 6 em 6 horas.

O debridamento cirúrgico deve ser realizado, preferencialmente após o uso do SAB, mesmo quando a ferida tem bom aspecto.

No botulismo intestinal a indicação de antibióticos ainda não está bem estabelecida. Em menores de 1 ano de idade, acredita-se que a lise de bactérias na luz intestinal, provocada pelo antibiótico, pode piorar a evolução da doença por aumento dos níveis de toxina circulante. Em adultos, esse efeito não tem sido descrito, mas deve ser considerado quando a porta de entrada para a doença for o trato digestivo.

O SAB e a antibioticoterapia não estão indicados para crianças menores de 1 ano de idade com botulismo intestinal.

Imunização

A imunização, realizada com toxóide botulínico polivalente, é recomendada apenas para pessoas com atividade na manipulação do micro-organismo.

Unidades de saúde

Notificar o caso nos finais de semana, feriados ou após as 18 horas notificar ao plantão do CIEVS-SP.

- Preencher a ficha de investigação do SINAN
- Coletar e enviar a amostra clínica para o laboratório

CÓLERA

A cólera é uma doença infecciosa intestinal aguda, causada pela enterotoxina do Vibrio cholerae. Pode se apresentar de forma grave, com diarreia aquosa e profusa, com ou sem vômitos, dor abdominal e câimbras.

Pode evoluir para desidratação, acidose metabólica e colapso circulatório, com choque hipovolêmico. Entretanto, frequentemente a infecção é assintomática ou oligossintomática, com diarreia leve.

Definição de caso

Caso suspeito em áreas sem evidência de circulação do Vibrio cholerae patogênico (sorogrupos O1 e O139)

- Qualquer indivíduo, independentemente da faixa etária, proveniente de áreas com ocorrência de cólera, que apresente diarreia aquosa aguda até o 10º dia de sua chegada (tempo correspondente a duas vezes o

período máximo de incubação da doença).

• Comunicantes domiciliares de caso suspeito, que apresentem diarreia.

• Qualquer indivíduo com diarreia, independente de faixa etária, que coabite com pessoas que retornaram de áreas endêmicas ou epidêmicas, há menos de 30 dias (tempo correspondente ao período de transmissibilidade do portador somado ao dobro do período de incubação da doença) ou

• Todo indivíduo com mais de 10 anos de idade, que apresente diarreia súbita, líquida e abundante. A presença de choque circulatório reforça a suspeita.

Caso suspeito em áreas com evidência de circulação do Vibrio cholerae patogênico (sorogrupos O1 e O139

• Qualquer indivíduo que apresente diarreia aguda, independentemente da faixa etária.

Período de incubação

Caso suspeito em áreas com evidência de circulação do Vibrio cholerae patogênico (sorogrupos O1 e O139)

• Qualquer indivíduo que apresente diarreia aguda, independentemente da faixa etária. De algumas horas a 5 dias (média de 2 a 3 dias)

Diagnóstico diferencial

Diarreias aquosas por vírus, bactérias, intoxicações exógenas, protozoários e helmintos.

Tratamento

A maioria dos casos pode ser tratada em nível ambulatorial. Os casos graves devem ser hospitalizados. Paciente com fatores de risco (diabetes mellitus, hipertensão arterial, cardiopatias, crianças com desnutrição grave), paciente idosos, gestantes, ou aqueles que não tolerarem a reposição oral de líquidos devem permanecer em observação até remissão do quadro e, se necessário, internados.

Os casos graves devem ser internados e receber antibioticoterapia, além de reidratação venosa. O tratamento baseia-se na reposição rápida e completa de líquidos e eletrólitos perdidos pelas fezes e vômitos. Os líquidos deverão ser administrados por via oral ou parenteral, conforme o estado do paciente.

Nas formas leves a moderadas pode-se realizar hidratação oral com soro de reidratação oral (SRO). Deve-se iniciar a administração do SRO na própria unidade de saúde, por um período mínimo de 4 horas, antes da liberação do paciente para domicílio.

Nas formas graves deve-se realizar hidratação venosa associada a antibioticoterapia. Em menores de 8 anos de idade deve-se utilizar o sulfametoxazol-trimetoprima na dose de 50mg/kg/dia de sulfametoxazol, dividido em duas doses de 12 em 12 horas, por 3 dias.

Em pacientes com 8 anos de idade ou mais, o medicamento de escolha é a tetraciclina 500mg de 6 em 6 horas por 3 dias. Gestantes e nutrizes devem ser tratadas com ampicilina 500mg de 6 em 6 horas por 3 dias.

Unidades de saúde

• Notificar o caso ,nos finais de semana, feriados ou após as 18 horas notificar ao plantão do CIEVS-SP

• Ppreencher a ficha de investigação do SINAN

• Coletar e enviar a amostra clínica para o laboratório.

FEBRE TIFÓIDE

A febre tifoide é uma doença bacteriana aguda, de distribuição mundial, causada pela Salmonella entérica, sorotipo typhi (S. typhi), associada a baixos níveis socioeconômicos, principalmente áreas com precárias condições de saneamento, higiene pessoal e ambiental. No Brasil, a febre tifóide ocorre sob a forma endêmica, com superposição de epidemias, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, refletindo as condições de vida de suas populações.

Caso suspeito

Qualquer indivíduo com febre persistente, que pode ou não ser acompanhada de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: cefaléia, mal-estar geral, dor abdominal, anorexia, dissociação pulso/temperatura, constipação ou diarréia, tosse seca, roséolas tíficas (manchas rosadas no tronco, achado raro) e hepatoesplenomegalia.

Período de incubação

Frequentemente de 1 a 3 semanas (em média, 2 semanas), de acordo com a dose infectante

Diagnóstico diferencial

Outras doenças entéricas:

• infecções por Salmonella entérica sorotipo paratyphi (sorogrupo A, B, C).

• infecção por Yersinia enterocolítica, que pode produzir uma enterite com febre, diarréia, vômito, dor abdominal e adenite mesentérica.

Outras doenças que apresentam febre prolongada:

• Abscesso hepático ou subfrênico.

- Brucelose.
- Colecistite ou apendicite aguda.
- Doença de Chagas aguda
- Doença de Hodgkin.
- Endocardite bacteriana
- Esquistossomose mansônica (forma toxêmica)
- Febre reumática
- Infecção do trato urinário.
- Malária
- Meningoencefalites
- mononucleose infecciosa
- Leptospirose
- Peritonite bacteriana
- Septicemia por agentes piogênicos
- Toxoplasmose
- Tuberculose (pulmonar, miliar, intestinal, meningoencefalite e peritonite).

Tratamento

O paciente deve ser tratado em nível ambulatorial e raramente necessita de internação. Tratamento específico deve ser feito com cloranfenicol (primeira escolha), mantido por 15 dias após o desaparecimento da febre, com tempo máximo de 21 dias.

As drogas de segunda escolha são: sulfametoxazol + trimetoprima, amoxicilina, quinolonas (ciprofloxacina ou ofloxacino) ou ceftriaxona, por 14 dias (Quadro 10).

O paciente deve ser afastado das atividades habituais até a cura, enquanto houver risco de disseminação.

Tratamento do portador são

O tratamento específico para o estado de portador deve ser feito com amoxicilina por 14 dias (Quadro 10). Sete dias após o término do tratamento, coleta-se três coproculturas, com intervalo de 30 dias entre cada uma. Caso uma delas seja positiva, o indivíduo deve ser novamente tratado, de preferência, com uma quinolona (ciprofloxacino ou ofloxacina, durante 4 semanas) e esclarecido quanto ao risco que ele representa para os seus comunicantes íntimos e para a comunidade em geral. Pacientes com litíase biliar ou anomalias biliares, que não respondem ao tratamento com antimicrobianos, devem ser colecistectomizados.

Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico laboratorial consiste no isolamento e identificação do agente etiológico a partir do sangue (hemocultura), fezes (coprocultura),

aspirado medular (mielocultura) e/ou urina (urocultura).

Coprocultura

Está indicada a pesquisa da S. typhi nas fezes entre 2ª a 5ª semana da doença, também no estágio de convalescença e na pesquisa de portadores. No estado de convalescença, a coleta do material (três amostras) deve ser feita com intervalos de 24 horas. Em portadores assintomáticos, particularmente aqueles envolvidos na manipulação de alimentos, recomenda-se a coleta de sete amostras sequenciais.

Mielocultura

Exame mais sensível (90% de sensibilidade). Tem a vantagem do resultado continuar positivo mesmo na vigência de antibioticoterapia prévia. Tem como desvantagens o desconforto para o doente e a necessidade de pessoal médico com treinamento específico para o procedimento de punção medular. Não se sabe qual o melhor período para coleta.

Urocultura

Valor diagnóstico limitado, positividade máxima na 3ª semana de doença.

Dados imprescindíveis da ficha de notificação do SINAN

Indicar na ficha se a amostra é pesquisa do paciente com suspeita da doença ou do portador assintomático. Colocar dados sobre uso de antibiótico e sua data de início.

Unidades de saúde

• Notificar o caso para GEREPI, nos finais de semana, feriados ou após as 18 horas notificar ao plantão do CIEVS-SP

• Preencher a ficha de investigação do SINAN

• Coletar e enviar a amostra clínica para o laboratório.

Meningite

Caso suspeito de meningite

• Crianças acima de 1 ano de idade e adultos com febre, cefaléia intensa, vômitos, rigidez de nuca, sinais de irritação meníngea (Kernig, Brudzinski), convulsões e/ou manchas vermelhas no corpo.

• Em crianças abaixo de 1 ano de idade, os sintomas clássicos acima referidos podem não ser tão evidentes. É importante considerar sinais de irritabilidade (choro persistente) e abaulamento de fontanela.

Caso suspeito de meningococcemia

Febre, prostração, sinais de sepse e exantema que no começo pode ser urticariforme ou maculopapular, evoluindo para exantema petequial.

Período de incubação

Em média de 3 a 4 dias, variando de 2 a 10 dias. Pode haver variação em função do agente etiológico responsável. A meningite tuberculosa, em geral, ocorre nos primeiros 6 meses após a primo-infecção.

Transmissão

O principal modo de transmissão da meningite é de pessoa a pessoa, através de gotículas de secreções das vias respiratórias do doente ou portador. Há necessidade de contato próximo para ocorrer transmissão (residentes na mesma casa, pessoas que compartilham o mesmo dormitório, comunicantes de creche ou escola, namorados).

A meningite tuberculosa, sem presença concomitante de infecção pulmonar, não é transmitida de pessoa a pessoa. O período de transmissibilidade é variável, dependendo do agente infeccioso e da instituição do tratamento precoce

No caso da doença meningocócica, a transmissibilidade persiste até que o meningococo desapareça da nasofaringe; o que ocorre, em geral, após 24 horas de antibioticoterapia adequada. Aproximadamente 10% da população pode apresentar-se como portadores assintomáticos do meningococo.

Meningites de etiologia bacteriana

Neisseria meningitidis (meningococo)

Bactéria Gram negativa em forma de diplococo. Possui diversos sorogrupos, sendo os mais frequentes: A, B, C, W135 e Y. Tem distribuição universal e potencial de causar epidemias. Acomete indivíduos de todas as idades, apresentando maior incidência em crianças menores de 5 anos de idade, especialmente em lactentes entre 3 e 12 meses de vida. Durante epidemia, observam-se mudanças nas faixas etárias afetadas, com aumento de casos entre adolescentes e adultos jovens.

Haemophilus influenzae

Bactéria Gram negativa em forma de bastão (bastonete gram negativo), que é classificada atualmente em seis sorotipos (A, B, C, D, E e F), encontrada nas vias respiratórias de forma saprófita, podendo causar doenças não invasivas, como bronquite, sinusite e otite em crianças e adultos. Representava a segunda causa de meningite bacteriana depois da doença meningocócica. Após o ano 2000, com a introdução da vacina conjugada contra o Haemophilus influenzae do grupo b (Hib), houve uma queda de 90% na incidência de meningites por esse agente.

Streptococcus pneumoniae (pneumococo)

Bactéria Gram positiva em forma de coco (coco Gram positivo aos pares ou em cadeias), com mais de 90 sorotipos capsulares. Os sorotipos mais frequentemente associados à doença invasiva nos Estados Unidos são 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F. No Brasil, além desses, são importantes os sorotipos 1 e 5. O pneumococo faz parte da microbiota normal da nasofaringe, sendo causa

frequente de otite média aguda, pneumonias, bacteremias e meningites. A maior incidência de doença pneumocócica ocorre em crianças menores de 5 anos e no idoso. É a segunda maior causa de meningite bacteriana, estando associada a uma letalidade mais elevada, quando comparada a N. meningitidis e Hib.

Mycobacterium tuberculosis

Bacilo não formador de esporos, sem flagelos e que não produz toxinas. Espécie aeróbica estrita. A meningite tuberculosa não sofre variações sazonais. A doença guarda íntima relação com as características socioeconômicas, principalmente nos países onde a população está sujeita à desnutrição e a condições precárias de habitação. Com relação à faixa etária, o risco de adoecimento é elevado nos primeiros anos de vida, muito baixo na idade escolar, voltando a se elevar na adolescência e no início da idade adulta. Os indivíduos HIV positivos têm um risco maior de adoecimento.

Listeria monocytogenes

Trata-se de bastonete Gram positivo, aeróbico, não esporulado. A listeriose é uma infecção grave causada por ingestão de alimentos contaminados (leite não pasteurizado, queijos e carnes). A doença afeta primariamente idosos, gestantes, recém-nascidos e adultos imunossuprimidos. Entretanto, raramente, pessoas sem fatores de risco podem ser afetadas. O período de incubação é variável, de 3 a 10 dias.

Meningites/encefalites de etiologia viral

São representadas principalmente pelos enterovírus, como os poliovírus, echovírus, coxsackievírus A e B, mais frequentes no verão.

O vírus Herpes simples, e outros herpesvírus que podem causar meningites ou meningoencefalites são: Epstein-Barr, varicela-zoster e citomegalovírus. Outros vírus são adenovírus, vírus do sarampo, vírus da caxumba e HIV-1.

Não há tratamento específico das meningites virais, exceto para a meningite por Herpes simples.

Alguns arbovírus (vírus transmitidos por artrópodes) podem causar meningite: vírus da dengue, vírus da febre ocidental do Nilo, vírus da encefalopatia equina, vírus da encefalite japonesa, vírus da encefalite de Saint Louis.

As meningites/encefalites causadas por arbovírus são importantes do ponto de vista de saúde pública, pelo potencial epidêmico, caso se estabeleçam no país.

Vírus da dengue

Estudo realizado em região endêmica para dengue no Brasil mostrou que em pacientes com quadro clínico de encefalite viral, o vírus da dengue foi a principal causa, com celularidade normal do líquor em 75% dos casos (Soares, 2011).

Herpes simples

A encefalite pelo vírus Herpes simples frequentemente tem início agudo com evolução fulminante, levando ao coma e morte nos pacientes não tratados. O tratamento específico é feito com aciclovir por 14 a 21 dias.

Febre do Nilo Ocidental

O vírus da Febre do Nilo Ocidental é de transmissão vetorial, cuja manifestação clínica varia de infecção assintomática a manifestações graves, caracterizadas por quadros de encefalite ou meningoencefalite. O período de incubação varia de 3 a 14 dias.

Pacientes com mais de 50 anos podem manifestar formas mais graves da doença. O vírus é comumente encontrado na África, Ásia Ocidental, Oriente Médio, Europa e, mais recentemente, na América do Norte, Central e do Sul, onde foi registrada em animais na Colômbia, Venezuela e Argentina.

Os estados brasileiros de maior risco são os fronteiriços com os países do Mercosul (RS, SC, PR, MS e SP). Os mosquitos do gênero Culex são os principais vetores da doença. No Brasil existe o Culex quiquefasciatus, como espécie mais próxima daquela que transmite a doença em outros países. Outros potenciais transmissores seriam Aedes albopictus e Anopheles spp.

Encefalopatia equina do leste

O vírus da encefalomielite equina do leste é transmitido ao homem pela picada de um mosquito infectado. É uma doença rara em humanos e apenas poucos casos são relatados nos Estados Unidos a cada ano. A maioria dos casos ocorre no Atlântico e na Costa do Golfo dos Estados Unidos.

Os casos graves iniciam com o aparecimento súbito de dor de cabeça, febre alta, calafrios e vômitos, podendo progredir para convulsões ou coma. É uma das mais graves doenças transmitidas por mosquitos nos Estados Unidos, com cerca de 33% de mortalidade e dano cerebral significativo. Não há tratamento específico para a encefalite equina do leste.

Encefalite japonesa

O vírus da encefalite japonesa é a principal causa de encefalite na Ásia e no Pacífico Ocidental. Para a maioria dos viajantes para a Ásia, o risco de encefalite japonesa é muito baixo, mas varia com base no destino, duração da viagem, estação e atividades. A maioria das infecções humanas são assintomáticas ou com sintomas leves. No entanto, em poucos casos, pode ocorrer início súbito de sintomas, incluindo dor de cabeça, febre alta, torpor, coma, tremores e convulsões. Cerca de um em quatro casos são fatais. Não há nenhum tratamento específico.

Primeiras medidas a serem adotadas

a) Assistência médica ao paciente: hospitalização imediata, coleta de líquor e sangue para esclarecimento diagnóstico, medidas de suporte geral e instituição de terapêutica específica, conforme a suspeita clínica.

b) Identificação e notificação de casos: todo caso suspeito deve ser notificado às autoridades de saúde das Gerências Regionais de Saúde imediatamente, com o objetivo de início da investigação epidemiológica e

adoção de medidas de controle pertinentes.

c) Proteção individual e da população: isolamento do paciente está indicado apenas durante as primeiras 24 horas do tratamento com antibiótico adequado. É importante a vigilância dos contatos por um período mínimo de 10 dias, orientando a população sobre os sinais e sintomas da doença e indicando os serviços e saúde que devem ser procurados frente a uma suspeita diagnóstica de meningite.

Vacinação de bloqueio

A vacinação de bloqueio está Indicada nas situações em que haja caracterização de um surto de doença meningocócica, para o qual seja conhecido o sorogrupo responsável e haja vacina eficaz disponível.

As vacinas somente serão utilizadas a partir de decisão conjunta das três esferas de gestão: Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, após comprovação do sorogrupo responsável pelo surto.

Após a vacinação, são necessários de 7 a 10 dias para a obtenção de títulos protetores de anticorpos. Casos ocorridos em pessoas vacinadas, no período de até 10 dias após a vacinação, não devem ser considerados falhas na vacinação. Esses casos podem ocorrer, visto que o indivíduo pode ainda não ter produzido imunidade ou estar em período de incubação da doença, que varia de 2 a 10 dias.

Tratamento

A abordagem inicial do paciente com suspeita de meningite bacteriana aguda depende do diagnóstico rápido, instituição de antibioticoterapia e terapia adjuvante. O início precoce do tratamento é determinante para o prognóstico do paciente.

O uso de corticosteroides no tratamento das meningites bacterianas agudas reduz significativamente a perda auditiva e as sequelas neurológicas. O corticoide deve ser iniciado 30 minutos antes da primeira dose do antimicrobiano, preferencialmente, ou no máximo junto com a primeira dose. Após resultados de cultura e látex a antibioticoterapia deve ser guiada de acordo com o perfil de sensibilidade do microorganismo.

Diagnóstico laboratorial

Deve-se coletar sangue, soro e líquor, preferencialmente antes da administração de antimicrobianos. Bacterioscopia A coloração do líquor pelo método de Gram permite, ainda que com baixo grau de especificidade, caracterizar morfológica e tintorialmente as bactérias presentes.

Cultura Exame de alto grau de especificidade tanto para o líquor quanto para o sangue. Permite a identificação do sorogrupo, de grande relevância para acompanhar as tendências e investigação de surtos e/ou epidemias e realização do teste de sensibilidade aos antimicrobianos.

Teste de aglutinação em látex Permite diagnóstico etiológico rápido das meningites bacterianas com maior sensibilidade comparado com a cultura

do líquor.

Exames que devem ser realizados no laboratório local:

• Sangue total: bacterioscopia (método de Gram) e cultura

• Líquor: coletar de 2 a 3ml. Em seguida distribuir de 0,5 a 2 ml em cada um dos frascos estéreis. Um dos frascos será utilizado para realização de látex e o outro para citoquímica, bacterioscopia, cultura

• Raspado de petéquias: bacterioscopia e cultura. Exames que são realizados no laboratório de referência

• Soro: aglutinação em látex.

• Liquor: aglutinação em látex e cultura. Quando a cultura do líquor ou hemocultura mostrar crescimento de Neisseria spp., Haemophilus spp. e S. pneumoniae enviar o micoorganismo isolado para confirmação.

Realizar o repique do micoorganismo isolado numa placa de meio de cultura adequado (ágar sangue ou ágar chocolate) e encaminhar a placa à temperatura ambiente.

Encaminhar um breve relatório das provas utilizadas na identificação da cepa, assim como o perfil de sensibilidade a antimicrobianos, caso já tenham sido realizados.

Encerramento do caso

Caso confirmado

• Caso suspeito confirmado através dos seguintes exames laboratoriais específicos (cultura, látex ou PCR).

• História de vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente por um dos exames especificados anteriormente.

• Caso suspeito com exames laboratoriais inespecíficos (bacterioscopia do líquor positiva e quimiocitológico do líquor alterado).

• Evolução clínica sugestiva com petéquias (meningoccemia).

Caso descartado

• Caso suspeito com diagnóstico confirmado de outra doença

Unidades de saúde

• Notificar o caso. Nos finais de semana, feriados ou após as 18 horas notificar ao plantão do CIEVS-SP imediatamente

• Preencher a ficha de investigação do SINAN

• Coletar e enviar a amostra clínica para o laboratório.

TÉTANO

. O tétano acidental é uma doença infecciosa aguda, não contagiosa, causada pela ação de exotoxinas produzidas por uma bactéria Gram positiva e anaeróbia, capaz de formar endosporos. A toxina produzida é chamada tetanospasmina e provoca um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central (SNC).

A doença se manifesta com hipertonia muscular mantida, hiperreflexia e espasmos ou contraturas paroxísticas espontâneas ou

provocadas por estímulos táteis, sonoros ou luminosos. Pode haver febre baixa e habitualmente o paciente está lúcido.

A hipertonia muscular é em geral descendente acometendo inicialmente os masseteres (trismo ou riso sardônico), pescoço (rigidez de nuca), faringe (disfagia), diafragma (insuficiência respiratória), membros superiores e inferiores (hiperextensão de membros), reto-abdominais (abdome em tábua) e paravertebrais (opistótono).

Os espasmos podem durar 3 a 4 semanas, e a recuperação completa pode levar meses. Pode acometer todas as faixas etárias, mas a maioria dos casos ocorre entre 25 a 64 anos. Mais no sexo masculino, em agricultores, aposentados e donas de casa. A letalidade média do Brasil é em torno de 30%, considerada alta em relação a países desenvolvidos (10 a 17%).

O tétano neonatal acomete o recém nascido nos primeiros 28 dias de vida, tendo como manifestação clínica inicial a dificuldade de sucção, irritabilidade e choro constante. Está relacionado a falta de acesso a serviços de saúde de qualidade.

Tétano acidental:

Paciente acima de 28 dias de vida que apresente um ou mais dos seguintes sinais/ sintomas: disfagia, trismo, riso sardônico, opistótono, contraturas musculares localizadas ou generalizadas, com ou sem espasmos, independente da situação vacinal, da história de tétano e de detecção ou não de solução de continuidade em pele ou mucosas.

Tétano neonatal:

Todo recém-nascido que nasceu bem e sugou normalmente nas primeiras horas e que entre o 2º e o 28º dias de vida apresentou dificuldade em mamar, choro constante, independente do estado vacinal da mãe, do local e das condições do parto.

Período de incubação

Para o tétano acidental varia de 1 dia a alguns meses, em geral de 3 a 21 dias (período que os esporos precisam para germinar e liberar as toxinas que atingirão o SNC, gerando alterações funcionais com aumento da excitabilidade).

Quanto menor o período de incubação, maior a gravidade da doença. Para o tétano neonatal o período de incubação médio é de 7 dias (varia de 4 a 14 dias).

Diagnóstico diferencial

• Intoxicação por estricnina (ausência de trismo e de hipertonia generalizada nos intervalos de espasmos).

• Meningites (febre desde o início, ausência de trismo, presença de cefaléia e vômitos, sinais de Kernig e Brudzinsky).

• Tetania (espasmos de extremidades, sinais de Trousseau e Chvostek, hipocalcemia e relaxamento muscular entre os paroxismos).

• Raiva (história de mordedura, arranhadura ou lambedura por

animais, convulsão, ausência de trismos, hipersensibilidade cutânea e alterações de comportamento).

• Histeria (ausência de ferimentos e de espasmos intensos, quando o paciente se distrai, os sintomas desaparecem).

• Intoxicação por metoclopramida ou neurolépticos (pode levar ao trismo e hipertonia muscular),

• Processos inflamatórios da boca e da faringe, acompanhados de trismo (abscesso dentário, periostite alvéolo-dentária, erupção viciosa do dente siso, fratura e/ou osteomielite de mandíbula, abscesso amigdalino e/ou retrofaríngeo).

• Doença do soro (pode cursar com trismo, se instala após uso de soro heterólogo).

• Osteoartrite cervical aguda com rigidez de nuca.

Tratamento

O tratamento dos casos de tétano baseia-se em:

• Sedação (benzodiazepínicos e miorrelaxantes).

• Neutralização da toxina tetânica (imunoglobulina humana anti-tetânica - IGHAT, ou soro antitetânico - SAT). Só há neutralização da toxina não ligada. - IGHAT (1ª opção) 1.000 a 3.000UI (a critério médico, pode chegar a 6.000UI) IM, administrar em duas massas musculares diferentes. Criança 3ml por grupo muscular e adulto e adolescente 5ml, ou - SAT 10.000 a 20.000UI IM (massas musculares diferentes) ou IV (SGI5%, com gotejamento lento).

• Erradicação da bactéria C. tetani com antibioticoterapia por 7 a 10 dias (Penicilina G cristalina, 1ª opção, ou metronidazol).

• Debridamento do foco infeccioso (lavar e retirar tecidos desvitalizados ou corpos estranhos); • medidas de suporte (manutenção de ambiente agradável, sem ruído, luz e com temperatura agradável e estável, avaliar necessidade de suporte ventilatório, prevenir escaras e TVP, analgesia pela dor provocada pelas contraturas musculares).

Fluxo de atendimento

Paciente suspeito de tétano:

• Internação em serviço com condições de fornecer suporte clínico avançado de vida se necessário, com boas condições de conforto (temperatura, luminosidade e ruído).

• Notificação.

• Sedação.

• Neutralização de início de SAT ou IGHAT.

• Antibioticoterapia.

• Limpeza do ferimento com água e sabão e debridamento para retirada de tecidos desvitalizados e corpos estranhos.

• Vacinação (uma vez que a doença não confere imunidade)

Esquema de sedação do paciente com tétano

Diazepam

• Adultos: 0,1 a 0,2mg/kg/dose (até 20mg) IV 12/12 horas. Pode ser repetido até quatro vezes, em 24 horas.

• Crianças: 0,1 a 0,2mg/kg/dose IV 12/12 horas. Pode ser repetido até três vezes, com intervalo de 15 a 30 minutos, até controlar as contraturas.

Midazolan

• Aadultos: 0,07 a 0,1mg/kg/dia.

• Crianças: 0,15 a 0,20mg/kg/dia.

Clorpromazina

• Adultos: 25mg a 50mg/kg/dia (até 1g/dia).

• Crianças acima de 6 meses: 0,55mg/kg/dia IV de 8/8 horas ou até 6/6 horas.

Esquemas de antibioticoterapia para paciente com tétano (7 a 10 dias)

Penicilina G cristalina

• Adultos 200.000UI/dose IV 4/4 horas.

• Crianças 50.000 a 100.000UI/Kg/dia EV 4/4 horas.

Metronidazol

• Adultos 500mg IV 8/8 horas,

• Crianças 7,5mg/kg IV 8/8 horas.

Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico do tétano é clínico e não depende de exames laboratoriais.

Unidade de saúde

• Preencher a ficha de notificação e comunicar à GEREPI do seu distrito sanitário de referência; todo caso suspeito de forma imediata nos finais de semana, feriados ou após as 18 horas notificar ao plantão do CIEVS-SP

• Providenciar instalação do paciente em ambiente adequado (sem luminosidade intensa e ruído)

• Iniciar tratamento adequado.

RAIVA HUMANA

A raiva é uma zoonose viral, que se caracteriza como uma encefalite progressiva aguda e letal. Apresenta letalidade aproximada de 100% e alto custo na assistência das pessoas expostas ao risco de adoecer e morrer.

O vírus rábico é neurotrópico e sua ação, no sistema nervoso central, causa um quadro clínico característico de encefalite aguda, decorrente da sua multiplicação entre os neurônios. O vírus da raiva penetra no organismo por meio de soluções de continuidade produzidas por mordeduras, lambeduras ou arranhaduras.

Podem ocorrer hiperestesia e parestesia nos trajetos de nervos

periféricos, próximos ao local da mordedura, e alterações de comportamento. A infecção progride, surgindo manifestações de ansiedade e hiperexcitabilidade crescentes, febre, delírios, espasmos musculares involuntários generalizados e/ou convulsões. Ocorrem espasmos dos músculos da laringe, faringe e língua, quando o paciente vê ou tenta ingerir líquido (hidrofobia), apresentando sialorréia intensa.

Os espasmos musculares evoluem para quadro de paralisia, levando a alterações cardiorrespiratórias, retenção urinária e intestinal. O paciente se mantém consciente, com períodos de alucinações, até a instalação do quadro comatoso e evolução para óbito. São ainda observadas disfagia, aerofobia, hiperacusia, fotofobia.

O período de evolução do quadro clínico, após instalados os sinais e sintomas até o óbito, varia, em média, de 5 a 7 dias.

Definição de caso

• Suspeito: todo doente que apresenta quadro clínico sugestivo de encefalite rábica, com antecedentes ou não de exposição ao vírus rábico.

• Confirmado: todo aquele comprovado laboratorialmente.

• Critério clínico-epidemiológico: todo indivíduo com quadro clínico compatível de encefalite rábica, associado a antecedentes de agressão ou contato com animal suspeito, evoluindo para óbito.

Período de incubação

Extremamente variável, desde dias até anos, com média de 45 dias, no homem, e de 10 dias a 2 meses, no cão. Em crianças, existe tendência para um período de incubação menor que o do indivíduo adulto. O período de incubação está intrinsecamente relacionado à localização e gravidade da mordedura, arranhadura ou lambedura de animais infectados, proximidade de troncos nervosos e concentração de partículas virais inoculadas.

Transmissão

Ocorre pela inoculação do vírus contido na saliva do animal infectado, principalmente pela mordedura e, mais raramente, pela arranhadura e/ou lambedura de mucosas. O vírus penetra no organismo, multiplica-se no ponto de inoculação, atinge o sistema nervoso periférico e, posteriormente, o sistema nervoso central.

A partir daí, dissemina-se para vários órgãos e para as glândulas salivares, onde também se replica. vírus é eliminado pela saliva das pessoas ou animais enfermos.

Diagnóstico diferencial

No caso da raiva humana transmitida por morcegos hematófagos, cuja forma é predominantemente paralítica, o diagnóstico é incerto e a suspeita recai em outros agravos que podem ser confundidos com raiva humana: tétano; pasteurelose, por mordedura de gato e de cão; infecção por vírus B (Herpesvirus simiae), por mordedura de macaco; botulismo e febre por mordida de rato (Sodoku); febre por arranhadura de gato (linforreticulose benigna de

inoculação); encefalite pós- -vacinal; quadros psiquiátricos; outras encefalites virais, especialmente as causadas por outros rabdovírus; e tularemia.

Tratamento

Deve ser orientado por protocolo elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) e consiste basicamente em indução de coma, uso de antivirais e reposição de enzimas, além da manutenção dos sinais vitais do paciente. O paciente deve ser atendido na unidade hospitalar de saúde mais próxima, sendo evitada sua remoção.

Diagnóstico laboratorial

Detecção de anticorpos específicos no soro ou líquido cefalorraquidiano, pela técnica de soroneutralização em cultura celular, em pacientes sem antecedentes de vacinação contra a raiva, demonstração do antígeno pela técnica de imunofluorescência direta, detecção de antígeno viral em tecido nervoso ou saliva e isolamento do vírus através da prova biológica (PB) em camundongos ou células, ou por meio da reação de cadeia de polimerase (PCR). Atualmente, importante instrumento é a tipificação antigênica através da imunofluorescência indireta com anticorpos monoclonais, que é uma técnica específica e rápida, e da caracterização genética.

Em caso de óbito, a possibilidade de exumação deve ser considerada, pela disponibilidade de técnicas laboratoriais diagnósticas de altas sensibilidade e especificidade, mesmo no pós-mortem. É da responsabilidade dos profissionais da vigilância epidemiológica e/ou dos laboratórios centrais ou de referência viabilizar, orientar ou mesmo proceder a essas coletas

Unidade de saúde

- Identificar pacientes suspeitos.
- Preencher a ficha de notificação seu distrito sanitário de referência todo caso suspeito de forma imediata nos finais de semana, feriados ou após as 18 horas notificar ao plantão do CIEVS-SP.
- Iniciar tratamento conforme protocolo do MS
- Providenciar coleta de material para diagnóstico laboratorial.

INFECÇÃO PELO ZIKA VIRUS

Descrição/Agente etiológico:

O zika virus (ZKV) é transmitido pelo Aedes aegypti, com comportamento neurotrópico, isto é, afinidade pelo sistema nervoso central (SNC).

Sinais e sintomas: A infecção por ZKV é assintomática na maioria dos casos (± 80 %), porém pode aparecer poucos dias após a picada, febre e exantema (manchas vermelhas pelo corpo), prurido. Conjuntivite, dor nas articulações, dor de cabeça, dor muscular e sensação cansaço. Estes sintomas duram em média 2 a 7 dias e são geralmente leve e autolimitados. Alguns casos

da Síndrome de Guillain-Barré (acomete neurônios motores da medula espinal) também foram associados à infecção.

Obs.: as dores musculares e articulares são mais leves do que aquelas encontradas na dengue e febre chikungunya.

Tratamento:

Febre e a cefaleia podem ser controladas com paracetamol. Evitar uso de aspirina ou ácido acetilsalicílico até exclusão do diagnóstico diferencial para dengue.

Para o prurido, a loratadina oral pode ser usada, assim como aplicações tópicas de loção de calamina ou agentes aquosos baseados em mentol.

O tratamento sistêmico anti-histamínico também é recomendado.

Recomenda-se beber muitos líquidos para evitar a desidratação decorrente da febre, transpiração, vômitos que podem acompanhar a fase virêmica.

A gestante deve repousar e usar medidas de proteção pessoal para reduzir a probabilidade de transmissão do vírus a outras pessoas, especialmente durante a primeira semana.

Repelentes tópicos:

As substâncias utilizadas em repelentes contra insetos podem ser utilizadas por gestantes e crianças acima de dois anos, seguindo-se a recomendação dos fabricantes quanto à frequência.

Os principais compostos são DEET (N-Diethyl-meta-toluamida) e substâncias repelentes também utilizadas em cosméticos como Hydroxyethyl isobutyl piperidine carboxylate (Icaridina ou Picaridina) e Ethyl butylacetylaminopropionate (EBAAP ou IR 3535).

Os mais conhecidos no mercado nacional e que contém DEET são Repelex®, Autan® e Off®. O Exposis® contém 25% de icaridina.

Para bebês abaixo de seis meses não é recomendado nenhum repelente tópico e sim barreiras físicas, como telas em janelas, mosquiteiros, etc.

A partir de seis meses, pode ser utilizada a loção antimosquito da Johnson's, à base de IR 3535. A duração da ação é mais curta, tendo que ser reaplicado conforme orientação do fabricante.

Caso suspeito de gestante com exantema em qualquer idade gestacional, com doença exantemática aguda, excluídas as hipóteses não infecciosa:

Caso confirmado de gestante com infecção pelo ZKV: caso suspeito com diagnóstico laboratorial conclusivo para ZKV.

Caso descartado: caso com identificação da causa do exantema que não seja a infecção por ZKV Notificação em ficha para o ZKV (COVISA/SUVIS).

Fluxo de atendimento de gestantes com suspeita ou

confirmação de infecção pelo ZKV, nos PAs.

Suspeita de infecção por ZKV?

Consulta Médica ou compartilhada com enfermagem

Notificação em ficha para o ZKV (COVISA/SUVIS)

Coleta de sangue identificada ZKV

Resultado Positivo e/ou microcefalia?

SIM

Pré-natal de baixo risco na UBS ou PA

NÃO

Pré-natal de baixo risco na UBS Atendimento da gestante conforme rotina sobre prevenção infecção ZKV

Pré-natal de alto risco e Ultrassom Morfológico

Acompanhamento e apoio equipe multiprofissional

NOTIFICAR TODO CASO DE MICROCEFALIA E GESTANTE COM EXANTEMA

Notificação de todo recém-nascido com sinal sugestivo de microcefalia e da gestante com exantema

Comunicar por e-mail ou telefone o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde e/ou da Supervisão de Vigilância em Saúde. A investigação inicial será realizada pelo órgão responsável pela área de abrangência do notificante.

ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

Acidentes Ofídicos

O que acontece quando alguém é picado Serpentes causam grande temor e, ao mesmo tempo, fascínio. Histórias fantásticas sugerem que esses animais hipnotizam e podem matar em poucos minutos. Essas e outras crenças populares dão uma dimensão irreal ao acidente ofídico, muitas vezes interferindo de forma negativa no convívio entre as pessoas e os animais.

Tratamento

A escolha do soro e a quantidade dependem do diagnóstico que deve ser feito para cada tipo de acidente. Antes de se administrar o soro é preciso avaliar se há manifestações clínicas que indiquem que o indivíduo foi picado por uma serpente peçonhenta. Há muito mais serpentes não peçonhentas na natureza e, para essas, não há necessidade de tratamento específico. Deste modo, a soroterapia deve ser indicada por um médico, e a aplicação feita de acordo com a gravidade do envenenamento.

Sua administração é por via intravenosa e não deve ser feita fora do ambiente hospitalar pois pode provocar reações alérgicas que podem ser graves e requerem tratamento imediato.

Aranhas e Escorpiões

Aranhas e escorpiões são animais encontrados muitas vezes no interior das casas, com uma tendência crescente a se adaptarem ao ambiente urbano, devido à facilidade de encontrarem alimento, como baratas. Inseticidas domésticos têm utilidade limitada no combate às aranhas e escorpiões; além de não impedir que entrem dentro das casas, existe o risco de causarem intoxicação.

Tratamento

O tratamento dos acidentes causados por aranha armadeira e escorpião na maioria das vezes é voltado para controle da dor. Inicialmente, compressas mornas na região auxiliam a aliviar a dor até chegar ao hospital, onde será avaliada a necessidade ou não de soro

O soro antiaracnídico é utilizado para neutralizar as ações dos venenos das aranhas marrom e armadeira, e do veneno de escorpião e somente deve ser administrado com indicação médica. De modo geral, as orientações em relação ao soro para os acidentes ofídicos são válidas também para as picadas de aranha e escorpião.

Lacraias e Centopéias

Não são considerados de importância médica pois os acidentes são benignos. A lacraia, quando pica, causa dor e vermelhidão local, sem outras repercussões. Já a centopéia ou piolho-de-cobra, ao ser esmagada, solta uma tinta que mancha a pele (arroxeada) mas não provoca inflamação na região.

Acidentes com Taturanas

São muitas as formas e cores que as taturanas podem ter e o acidente acontece quando alguém encosta a pele nas cerdas ou espinhos, já que as taturanas não picam.

Qualquer que seja o tipo de taturana, o contato com as cerdas pontiagudas faz com que o veneno contido nos espinhos seja injetado na pessoa. A dor na maioria dos casos é intensa, do tipo queimação. Pode aparecer também inchaço, vermelhidão e íngua. Um tipo de taturana, conhecida como Lonomia, pode causar, além das alterações no local do contato, alteração na coagulação sanguínea, sangramento em gengiva, urina ou outras regiões do corpo. Raramente pode complicar com parada de funcionamento dos rins (insuficiência renal) ou sangramento mais intenso. Pode ser necessário o uso de soro para neutralizar o efeito do veneno.

Todos os soros para tratamento dos acidentes humanos por animais peçonhentos são distribuídos gratuitamente pelo Ministério da Saúde para hospitais credenciados.

Protocolos Produzidos pelo Núcleo de Assistência Da HSBJ.

BIBLIOGRAFIA

Tratado de Clínica Pediátrica, vol.1, João M.Videira

Amaral - 2008, Pg 207 a 209.

Tratamento Pediátrico em ambulatório - 2003, Pg198-199.

Tratamento Intensivo em Pediatria - Zimmerman Gildea-1988, Pg 273 a 280.

Tratado de Pediatria –Nelson - 17a edição- 2004, Pg 344 a 354.

Orientação Diagnóstica em Pediatria- vol. 1, Coordenação de J.Martins Palminha e Eugenia
Monteiro Carrilho - 2003, Pg 399 a 420

Hematologia e Oncologia Pediátrica - Raul Correia Ribeiro-1989, Pg 11 a 34 Pautas de Serviço - Instituto Materno-Infantil de Pernambuco -1998, Pg 75,76 Pediatrie - A. Bourrillon - 2003, Pg 312 a 317
Tratado de Pediatria - Nelson-17a edição, Pg 1727 a 1731.

Pediatrie- A. Bourrillon- 2003, Pg 559 a 569

Temas de Infecciologia Pediátrica- vol. 2, Pita Groz Dias, Pg 321 a 329.

A Criança asmática no mundo da alergia - José Rosado Pinto e Mário Moraes de Almeida
2003.

Tratado de Clínica Pediátrica - João M. Videira Amaral-2008, Pg 459 a 465 e 359 a 372.

Tratado de Pediatria - Nelson-17a Edição, Pg 1508 a1513.

Pediatrie-A. Bourrillon - 2003, Pg 460 a 466 Clínicas Pediátricas da América do Norte 1989 Distúrbios convulsivos vol 3.
Neurologia Infantil-Lefèvre -1989

Pediatric Emergency Medicine - 1995, Gary R.Strange William. Ahrens e Steven Lelyveld e Robert Schafermeyer, pg 225 a 231. Clínical Pediatric Neurology, Second Edition, 1993.
Gerald M.Feniches, M.D, pg 1 a 42.

Pediatria Básica- Eduardo Marcondes - 1985.

Clínica Pediátrica- Fernando José Nóbrega-1987.Pautas de Serviço - Instituto Materno-Infantil de Pernambuco-1998 pg 77.

Orientação Diagnóstica em Pediatria vol. 2 - 2003, Pg 967 a 976. Tratado de Pediatria - Nelson- 17a Edição- 2004, Pg 2114 a 2130. Pediatrie - A. Bourrillon - 2003, Pg 512-514
Pediatria e Neonatologia de Urgência, G.Hualt e B.Labrune - 1987, pg 16 a 20.

Tratado de Pediatria - Nelson-17a edição- 2004, Pg 1503

Alteraciones del aparato respiratório en niños - Kendig-Chernick, 1983 pg 492 a 496.

Tratado de Clínica Pediátrica, João M. Videira Amaral-2008, pg 474 a 475.
Tratado de Clínica Pediátrica, vol. 1 pg 180 a 187, João Videira Amaral-2008. Criança Maltratada - Jeni Canha- 2003.
Clínicas Pediátricas da América do Norte, vol.6 - 1988.

Crianças em Risco, Situações Médicas e Sociais Atuais, Pg 1385-1395.

Controlo das doenças sexualmente transmissíveis – Ministério de saúde do Brasil- 2006, Pg 96 a 103.

Orientação Diagnóstica em Pediatria - 2003, vol. 3, pg 770 a 774.

Lições de Medicina Legal e Toxicologia Forense - vol. II -1982, Pg XVI-5.
Profi laxia com antimicrobianos em Pediatria - 2008, Pedro Flores, pg 40 a 42. Tratado de Pediatria - Nelson - I7a edição- 2004, Pg 132 a 142.
Pediatrie A.Bourrillon, 4a edition - 2003, Pg 286 a 293

Tratamento Pediátrico em Ambulatório - Coordenação de José Martins Palminha - 2001, Pg 86 a 90.

Orientação Diagnóstica em Pediatria - 2003, vol 1, Pg 181 a 192.

Tratado de Clínica Pediátrica, vol. 1, Pg 524 a 528, João M.Videira Amaral- 2008, Tratado de
Pediatria - Nelson-17a edição- 2004, Pg 1365 a 1367.

Cuidados hospitalares para crianças - OMS, 2005, Pg 130 a 140.

Tratado de Clínica Pediátrica - Vol 1, Pg 532 a 536.

Pautas de Serviço - Instituto Materno-Infantil de Pernambuco-1998 pg 97.

Orientação Diagnóstica em Pediatria - 2003, Pg 161 a 169 e 786 a 787.

Tratamento Pediátrico no ambulatório - 2003, Coordenação de J.Martins Palminha, Pg 79 a 82.
Tratado de Pediatria – Nelson - 17a edição- 2004, Pg 265 a 270.

Clínicas Pediátricas da América do Norte – Nefrologia Pediátrica, vol. 2,

1987.

Pautas de Serviço - Instituto Materno-Infantil de Pernambuco-1998, Pg 74.

Orientação Diagnóstica em Pediatria – vol 1, Coordenação de J.Martins Palminha, pg 391 a 392.

Clínicas Pediátricas da América do Norte – Nefrologia Pediátrica, vol. 2, 1987.

Revista deSaúde Infantil Hospital Pediátrico de Coimbra 1995.

Pautas de Serviço - Unidade de Internação Instituto Materno-Infantil de Pernambuco - 1998.

Orientação Diagnóstica em Pediatria- vol. 1, 2003.

Pediatrie - A. Bourrillon, 4a Edição- 2003.

Profi laxia com antimicrobianos em Pediatria – Pedro Flor- Hospital S. Francisco Xavier, Lisboa- 2008.

Tratado de Pediatria - Nelson-17a Edição - 2004, Pg 1893 a 1898.

Orientação Diagnóstica em Pediatria - 2003, J. Martins Palminha - vol 2, Pg 1019 a 1024.
Pediatria e Neonatologia de Urgência - Pg G.Hualte B. Labrune 654 a 661.
Neonatologia- AVERY 1984, Pg 481 a 540.

Normas Pediátricas de Moçambique - 1988, Pg 187 a 192. Pediatrie- A. Bourrillon - 2003, Pg 43 a 46.
Tratado de Pediatria - Nelson- 17a edição- 2004, Pg 628.

Tratamento Pediátrico em Ambulatório - Coordenação de José Martins Palminha- 2001, Pg147 a 159.

Pauta de Internação - Instituto Materno-Infantil de Pernambuco-1998, Pg 99 a 101.

Orientação Diagnóstica em Pediatria- 2003, Coordenação de J.Martins Palminha - Vol 1, pg 468, 218, 174, 292, 482, 465.

Normas Pediátricas Moçambicanas - 1988, Pg 26 a 33.

Tratamento Intensivo em Pediatria, Zimmerman -1988 pg 579 a 624.
Tratado de Clínica Pediátrica – João M.Videira Amaral-2008, Pg 199 a 202. Pediatrie - A. Bourrillon – 2003, Pg 119 120, 617, 644.Tratado de Pediatria - Nelson- 17a Edição- 2004.

Pauta de Serviço - Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, 1998, Pg 35

a 36. Infecções e Parasitoses em Pediatria - 1988, Calil Kairalla Farhat, Pg113 a 131. Temas de Infecciologia Pediátrica, vol 2, Pita Groz Dias - 1993, Pg 217 a 237.
Orientação Diagnóstica em Pediatria - 2003, Vol 3, pg 791 a 795.

Pediatrie- A. Bourrillon - 2003, Pg 466 a 469.

Tratado de Pediatria – Nelson - 17a edição- 2004, Pg 2161, 2163-2167.

Orientação Diagnóstica em Pediatria, Vol 1 - 2003. Coordenação de J.Martins Palminha, Pg 290 a 291. Pediatrie-A. Bourrillon - 2003, Pg 394, 505 a 508.
Terapêutica Pediátrica em Ambulatório – Coordenação de José Martins Palminha, 2001 - pg 182.

Tratado de Clínica Pediátrica - 2008, João M.Videira Amaral, Pg 75, 76 e 419. Manual de Otorrinolaringologia, Vol III - Pg 70 a 90.
Orientação Diagnóstica em Pediatria, vol 1, 2003 – Pg 297 a 301.

Tratado de Pediatria - Nelson-17a edição- 2004.

Tratamento pediátrico em ambulatório Maria Alexandra

Costa, Maria da Conceição Lemos, Fernando Durães e José Martins Palminha - Serviço de
Pediatria do Hospital S. Francisco Xavier, Lisboa - 2001. Tratado de Clínica Pediátrica, João M.Videira Amaral - 2008. Pediatrie - A. Bourrillon-2003.
Temas de Infecciologia Pediátrica, vol 2, Pita Groz Dias - 1993, Pg 329 a 355.

Pautas de serviço - Instituto Materno-Infantil de Pernambuco- 1998.
Assistência Primária em Pediatria, Fernando José de Nóbrega- EPM 19.
Alteraciones del Aparato Respiratorio en niños, Kendig-Chernick - 1983.
Terapêutica Infantil – Escola Paulista de Medicina – 1985.
Normas Pediátricas de Moçambique - 1988.

Tratado de Pediatria - Nelson- 17a edição - 2004.

Terapia Intensiva em Pediatria- Zimmerman - 1988, Pg 559 a 565.

Orientação Diagnóstica em Pediatria - Coordenação de José Martins Palminha- 2003, Pg 795 a 799.

Tratado de Clínica Pediátrica – 2008, João M.Videira Amaral, pg 188 a 199.

Pédiatrie - A. Bourillon- 2003, Pg 613 e 614.

Tratado de Pediatria - Nelson 17a edição- 2004, Pg 276 a 281.

Cuidados Hospitalares para Crianças – OMS, 2005- Pg 280 a 284.

Saúde Infantil –Hospital Pediátrico de Coimbra, Setembro 1990, Pg 115 a 122.

Tratamento Intensivo em Pediatria-1988, Zimmerman, pg 547 a 558.
Pediatrie- A. Bourrillon- 2003, Pg122 e 12.
J. Martins Palminha- LIDEL- Lisboa -2003. Nelson Elsevier - 2004.
Clínicas de Terapia Intensiva-INTERLIVROS.

Vol. 1/89- Choque Séptico.

Vol. 2/89- Insufi ciencia Orgânica de múltiplos órgãos. Clínicas Pediátricas da América do Norte - INTERLIVROS, Vol. 3/88- Novos Tópicos na Doença Infecciosa Pediátrica. Avery-MEDSI-1984, 728-733.
Orientação Diagnóstica em Pediatria, vol. 1- 2003, Coordenação de J.Martins Palminha e
Eugenia Monteiro Carrilho, Pg 463 a 487.

Temas de Infecciologia Pediátrica, vol. 3 -1993, Pita Groz Dias, pg 495 a 509.

Cuidados Hospitalares para Crianças, OMS- 2005, Pg 155 a161. Pediatrie - A.Bourrillon, 2003 - Pag 339 a 359.
Pautas de Serviço do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco -1998, Pg 52 a 54.

Tratamento Pediátrico em Ambulatório - Coordenação de J.Martins Palminha - 2001, pg 126 a 128

Tratado de Pediatria - Nelson-17a edição- 2004, Pg 273 a 276.

Orientação Diagnóstica em Pediatria Vol 1, J.Martins.
Palminha e Eugenia Monteiro Carrilho – 2003, pg 389 a 391.

Clínicas Pediátricas da América do Norte – Nefrologia.

Pediátrica, vol 3, 1987 - pg 682 e 683.

Pautas de Serviço - Instituto Materno-Infantil de Pernambuco-1998, Pg 73.
Pediatrie A. Bourrillon – 2003, pg 441 a 444.
Tratado de Pediatria – Nelson - 17a edição - 2004.

ANVISA (Brasil). Resolução RDC no 129, de 24 de maio de 2004. Aprova as diretrizes para a transfusão de plaquetas, que constituem recomendações para indicação do uso do hemocomponente. **D. O. U.**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 maio 2005. Disponível em: http://redsang.ial.sp.gov.br/site/docs_leis/rs/rs11.pdf.

Acesso em: 12 mar. 2013.

COOK, L.; WISE, S.; LARISON, P. Adverse effects of blood transfusion. In: HARMENING, D. (Ed.). **Modern blood banking and transfusion practices**. Philadelphia: F.A.Davis Company, 2005. p.336-358.

GIBSON, B.E., et al. Transfusion guidelines for neonates and older children. **Br. J. Haematol.**, v.124, n.4, p.433-453, 2004.

Associação Mineira de Controle de Infecção (AMECI). Epidemiologia, Controle e Prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.

Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atendimento aos Pacientes com Suspeita de Dengue. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Protocolo de Tratamento de Influenza. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações frente aos cenários epidemiológicos internacionais e nacionais de sarampo e rubéola. Acessado em: 08/12/2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_cgdt_cgpni_8_2011.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Calendário Básico de Imunização da criança. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=2146

Brasil. Ministério da Saúde. Calendário Básico de Imunização do adulto. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21464

Brasil. Ministério da Saúde. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006:188.

Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8ª ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático de tratamento da malária no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual Integrado de Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Alimentos. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Alimentos no Brasil, 1999-2004. Boletim eletrônico epidemiológico, ano 5, N° 6 28/12/2005. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ano05_n06_ve_dta_brasil.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de tratamento da raiva humana no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Acessado em 11/12/2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_de_tratamento_raiva_humana.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Zika versus microcefalia. Internet. Consultado em quatro de fevereiro 2016. Disponível em

http://combateaedes.saude.gov.br/index.php/ tira-duvidas#zika-microcefalia

HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 05/2024

OBJETO: SELEÇÃO DE ENTIDADE PRIVADA SEM FINS LUCRATIVOS PARA CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIO VISANDO GERENCIAMENTO, ADMINISTRAÇÃO E MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ZONA LESTE "MÁRIO CÂNDIDO DE OLIVEIRA GOMES", DE ACORDO COM O PROJETO BÁSICO, SEUS ANEXOS, CLÁUSULAS E CONDIÇÕES DO PRESENTE EDITAL.

Anexo IV

CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

CERTIFICADO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

Inscrito sob CRM nº	CNPJ nº	Inscrição	Validade
900964	52.941.614/0001-71	22/03/1983	31/03/2026

Razão Social
ASSOC DE BENEMERENCIA SENHOR BOM JESUS

Nome Fantasia
HOSP SENHOR BOM JESUS

Endereço
R RUI BARBOSA 267 - CENTRO

Município/UF
MONTE AZUL PAULISTA

CEP
14730000

Responsável Técnico
GUSTAVO GERALDO PASSERINE LEMOS - CRM nº 112925

Classificação
HOSPITAL GERAL DE MEDIO PORTE

Este certificado atesta a **REGULARIDADE** da Inscrição do estabelecimento acima neste Conselho Regional de Medicina, em cumprimento à Lei nº 6.839 de 30/10/1980 e às Resoluções CFM nº 997 de 23/05/1980 e 1.980 de 11/07/2011. Ressalvada a ocorrência de alteração nos dados acima, este certificado é **válido até 31/03/2026**. Este certificado deverá ser afixado em local visível ao público e acessível à fiscalização.

7 4 5 3 9 6 1 3 4 5

Emitido através do site http://www.cremesp.org.br em 04/03/2025 às 14:07:20
A autenticidade deste Certificado poderá ser verificada no endereço:
https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=ServicosEmpresasConsultaCertificado

CREMESP

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

CERTIDÃO PÚBLICA

Nº 51445/2025

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, no uso de suas atribuições, **CERTIFICA**, que revendo os assentamentos deste Conselho, deles verificou constar que o(a) Dr(a). **GUSTAVO GERALDO PASSERINE LEMOS** é médico(a) registrado sob nº **112925**, na modalidade de inscrição PRINCIPAL. **CERTIFICA AINDA**, que o(a) mesmo(a) possui registro da(s) especialidade(s) de ANESTESIOLOGIA - RQE nº 43512, PEDIATRIA - RQE nº 83113. Era o que se continha em ditos assentamentos, para aqui bem e fielmente transcritos aos que se reporta e dá fé.

São Paulo, 24 de maio de 2025.

Dr. Angelo Vattimo
Presidente do CREMESP

A presente certidão tem validade de 90 (noventa) dias: **Válida até 22/08/2025**
Sua autenticidade poderá ser verificada por qualquer interessado no site do CREMESP em https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=ConsultaCertidoes ou utilizando um leitor de qrcode.
Certidão emitida em: 24/05/2025 às 15:26 (data e hora de Brasília).

A presente certidão não possui fins eleitorais para os Conselhos de Medicina

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em segunda-feira, 16 de dezembro de 2024 15:32:23 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

ASSOCIAÇÃO DE BENEMERÊNCIA SENHOR BOM JESUS – HOSPITAL SENHOR BOM JESUS, representada pelo seu Diretor Presidente, nos termos do art. 41, I, do Estatuto Social, convoca os interessados nas atividades da associação, bem como a comunidade local interessadas para **ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA** que realizar-se-á no dia **22 de Maio de 2024**, com primeira chamada para as 19h00min, segunda chamada as 19h30min, no endereço Rua Rui Barbosa, nº 267, na cidade de Monte Azul Paulista/SP, para deliberarem sobre os seguintes assuntos:

a) Ciência de vacância de cargos e eleições suplementares para o Conselho de Administração;

b) Eleger e dar posse aos membros novos do Conselho de Administração;

c) Demais assuntos pertinentes a associação.

Monte Azul Paulista, 16 de Maio de 2024.

MARCELO DE SOUZA OLIVEIRA
Diretor Presidente

Oficial Registro de Pessoa Jurídica de Monte Azul Paulista
CNPJ: 50.408.798/0001-83

Documento prenotado sob nº 1803 em 01/11/2024 e registrado sob o nº 154 em 25/11/2024, Microfilme nº 8 ,conforme os atos praticados abaixo:

Tab+Condução	Estado	Ipesp	R. Civil	TJ.	I.M.	M.P.
36,83	19,47	7,16	1,94	2,52	1,10	1,76

Total-> R$ 61,78

MONTE AZUL PAULISTA, 25 DE NOVEMBRO DE 2024.

O presente edital foi afixado no mural da entidade na data de 16 de Maio de 2024.

Rua Rui Barbosa, nº 267, Centro – Monte Azul Paulista/SP – CEP 14.730-000
Telefone/PABX: (17) 3361 – 9210 | e-mail: adm@hsbj.com.br

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em segunda-feira, 23 de dezembro de 2024 15:32:23 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

ATA DE ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA

Aos 22 (vinte e dois) de maio de 2024, às 19h00min em primeira chamada e às 19h30min em segunda chamada, reuniram-se conforme o Edital de Convocação editado para esse fim e lista de presença anexa à presente ata, na sede da **ASSOCIAÇÃO DE BENEMERÊNCIA SENHOR BOM JESUS – HOSPITAL SENHOR BOM JESUS**, situada na Rua Rui Barbosa, nº 267, na cidade de Monte Azul Paulista/SP, sob a presidência do Senhor Diretor Presidente **MARCELO DE SOUZA OLIVEIRA**, o qual verificado quórum, convocou para fazer parte da mesa e para secretariar a reunião a Sra. **JULIANA ARQUIOLI FIOREZE SANTANA**. Dando início aos trabalhos, o senhor presidente procedeu a seguinte leitura da ordem do dia: **a)** Dar ciência da vacância de cargos e necessidade de eleições suplementares para o Conselho de Administração, nos termos do art. 48 do Estatuto Social; **b)** Eleger e dar posse aos membros novos do Conselho de Administração, para ocupação dos cargos vagos, nos termos do artigo 24 c.c art. 46 de seu Estatuto Social; **c)** Demais assuntos pertinentes a associação. Abertos os trabalhos, passou-se ao item **"a"** da pauta. O senhor Presidente explicitou que nos termos do Estatuto da entidade, a gestão é composta por três esferas, sendo: Conselho de Administração, que é o órgão de deliberação superior, o Conselho Fiscal, a quem compete precipuamente a fiscalização contábil, fiscal e orçamentária da entidade e a Diretoria Executiva, a quem compete efetivamente a direção e condução da entidade e explicou que de acordo com o Estatuto Social da entidade o Conselho de Administração é composto por 09 (nove) membros, sendo que na eleição realizada em 23 de maio de 2022 acudiram apenas 05 (cinco) interessados à ocupar o cargo, tendo sido eleitos, estando, desde aquela data vagos 04 (quatro) cargos. Diante do cenário e da necessidade de manutenção do quadro de conselheiros completo, necessário de faz a eleição suplementar. Em seguida, passando ao **item "b" da pauta**, o Senhor Presidente esclareceu aos presentes a necessidade de se proceder a eleição e posse dos membros do Conselho de Administração por determinação contida nos Art. 24, do Estatuto Social. Abertas as inscrições aos interessados, nos termos do artigo 45 do Estatuto Social, inscrevem-se **ANTONIO RAI TRENTIM, JESSICA CORADINI REGINATO, MATHEUS FARANE PEREIRA** e **GUSTAVO GERALDO PASSERINE LEMOS** para concorrência ao pleito suplementar do Conselho de Administração. Colocada em votação as inscrições apresentadas, houve a eleição dos inscritos por unanimidade dos presentes. O mandato dos Conselheiros ora eleitos, por ser suplementar, coincidirá com o mandato dos conselheiros anteriormente eleitos, ou seja, até 22 de maio de 2026. Neste mesmo ato os Conselheiros eleitos tomam posse, nos termos do art. 14, § 2º do Estatuto Social. A qualificação completa dos membros do Conselho de Administração ora eleitos segue anexa a ata. Assim, a composição do **CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO** é assim disposta: **PRESIDENTE: CLEUTER MASSUCATO**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 4º, I, do Estatuto Social, **VICE PRESIDENTE: JOÃO BATISTA PICOLI**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 4º, I, do Estatuto

1º Tabeli... de ... DOU...

HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

Social; **Conselheiros: 1) ALÍRIO GOMES PEREIRA**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 4º, I do Estatuto Social; **2)PAULO EDSON TREVISAN**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 4º, I, do Estatuto Social; **3)JONAS TADEU BARBOSA JÚNIOR**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 4º, II, do Estatuto Social; **4) ANTONIO RAI TRENTIM,** como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 4º, II; **5) JESSICA CORADINI REGINATO**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 4º, II, do Estatuto Social; **6) MATHEUS FARANE PEREIRA,** como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 4º, III, do Estatuto Social; **7) GUSTAVO GERALDO PASSERINE LEMOS**, como membro do Conselho de Administração na condição do Artigo 24, § 4º, III, do Estatuto Social. Ato contínuo, cumprindo com o que foi veiculado no Edital de Assembleia Geral, com relação ao item **"c"**, aberta a palavra para tratar dos demais assuntos pertinentes à associação, nada foi proposto pelos presentes. Por fim, não havendo qualquer outra ordem para deliberação, encerrou-se a Assembleia Geral e a presente ata firmada pelo Presidente da Assembleia e, por mim _____ **(Juliana Arquioli Fiorezi Santana)** digitada.

MARCELO DE SOUZA OLIVEIRA
Presidente da Assembleia

JULIANA A. FIOREZI SANTANA
Secretária da Assembleia

Oficial Registro de Pessoa Jurídica de Monte Azul Paulista
CNPJ: 50.468.798/0001-83
Documento protocolado sob nº 1983 em 01/11/2024 e registrado sob o nº 154 em 25/11/2024, Microfilme nº 0 ,conforme os atos praticados abaixo.

Tab+Condução	Estado	Ipesp	R. Civil	T.J.	I.M.	M.P.
36,83	10,47	7,16	1,94	2,52	1,19	1,76

Total> R$ 61,76

MONTE AZUL PAULISTA, 25 DE NOVEMBRO DE 2024.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em segunda-feira, 02 de dezembro de 2024 15:32:23 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em segunda-feira, 16 de dezembro de 2024 15:32:23 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

QUALIFICAÇÃO DOS MEMBROS DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

MANDATO: 23.05.2024 a 22.05.2026

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

PRESIDENTE:

1) CLEUTER MASSUCATO

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: casado

Profissão: agricultor

RG: 21.[redacted]5

CPF: 074.[redacted]01

Endereço: RUA S[redacted] SOUZA [redacted], Nº 2[redacted] – CENTRO – MONTE [redacted] / SP – CEP: 14.[redacted]00

Vice- Presidente:

2)JOÃO BATISTA PICOLI

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: casado

Profissão: advogado

RG: 21.[redacted]5

CPF: 112[redacted]05

Endereço: RUA PE[redacted]TO, Nº 1[redacted]– RESIDENCIAL [redacted] – MONTE [redacted] PA[redacted] / SP – CEP: 14[redacted]0

Conselheiros:

3)ALÍRIO GOMES PEREIRA

Nacionalidade: brasileira

HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

Estado civil: casado

Profissão: gerente de RH

RG: 19.[redacted]4

CPF: 106[redacted]70

Endereço: RUA M[redacted] BR[redacted]O, Nº 4[redacted] CA A – [redacted] – MONTE [redacted]TA / SP – CEP: 14.[redacted]0

4)PAULO EDSON TREVISAN

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: casado

Profissão: empresário

RG: 21[redacted]30

CPF: 145[redacted]41

Endereço: Rua Tho[redacted]lli, nº [redacted], C[redacted]o, Mon[redacted]ta-SP, CEP: 14.[redacted]0

5)JONAS TADEU BARBOSA JÚNIOR

Nacionalidade: brasileira

Estado civil: casado

Profissão: engenheiro agrônomo

RG: 25[redacted]99

CPF: 286[redacted]13

Endereço: RUA THO[redacted]LLI, Nº [redacted]5 – JAR[redacted]TY – MON[redacted] PAU[redacted] SP – CEP: 14.[redacted]0

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em segunda-feira, [redacted] de dezembro de 2024 15:32:23 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em segunda-feira, 23 de dezembro de 2024 15:32:23 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

MANDATO: 23.05.2024 a 22.05.2026

6) ANTONIO RAI TRENTIM

Nacionalidade: brasileira

Estado Civil: solteiro

Profissão: médico

RG: 46.[redacted]-7

CPF: 395[redacted]78

Endereço: Rua B[redacted]eu, nº [redacted] - [redacted], Sa[redacted]cia, CEP: 14[redacted]09

7) JESSICA CORADINI REGINATO

Nacionalidade: brasileira

Estado Civil: divorciada

Profissão: médica

RG: 35[redacted]-7

CPF: 007[redacted]-41

Endereço: Rua Ju[redacted]que, nº [redacted]- Jar[redacted]ha, Bra[redacted]ta, CEP: 12[redacted]80

8) MATHEUS FARANE PEREIRA:

Nacionalidade: brasileiro

Estado Civil: casado

Profissão: médico

RG: 32.[redacted]-6

CPF: 228.[redacted]20

Endereço: Rua M[redacted]de,[redacted]- [redacted] - [redacted] - SP, CEP: 15.[redacted]4

9) GUSTAVO GERALDO PASSERINE LEMOS:

Nacionalidade: brasileiro

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em segunda-feira, [redacted] dezembro de 2024 15:32:23 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

Estado Civil: casado

Profissão: médico

RG: 27.[redacted]-5

CPF: 275.[redacted]-88

Endereço: Praça A[redacted]ho Bla[redacted], nº 1[redacted] - Ce[redacted], Mo[redacted]ta/SP, CEP: 14730-000

Oficial Registro de Pessoa Jurídica de Monte Azul Paulista
CNPJ: 59.488.798/0001-83

Documento prenotado sob nº 1903 em 01/11/2024 e registrado sob o nº 154 em 25/11/2024, Microfilme nº 8 ,conforme os atos praticados abaixo.

Tab+Condução	Estado	Ipesp	R. Civil	T.J.	I.M.	M.P.
36,83	10,47	7,16	1,84	2,52	1,10	1,76

Total-> R$ 61,78

MONTE AZUL PAULISTA, 25 DE NOVEMBRO DE 2024.

BeatrizR.

HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

TERMO DE POSSE

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

MANDATO: 23.05.2024 a 22.05.2026

2º TABELIAO DE NOTAS - SP
LUCAS SANDRO RIBEIRO SOARES (TABELIAO)
Avenida S.Ho Paulo, 508 Tel.(16)3333-3136
Reconheço por semelhança a(s) firma(s)
de: ANTONIO RAI TRENTIM(87172). Dou fé.
Araraquara - SP 29/10/2024.
Em test. _____ da verdade.

LUCAS ASSUMPCAO MONTEIRO 1
Seq.: 50574948504850584957515449 52
Valor Unitário: R$ 8,27 Total: R$ 8,27
Documento sem valor econômico
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

2º TABELIÃO DE NOTAS
LUCAS ASSUMPÇÃO MC
RG: 45.792.301-5
ESCREVENTE

ANTONIO RAI TRENTIM

Nacionalidade: brasileira

Estado Civil: solteiro

Profissão: médico

RG: 46.[redacted]-7

CPF: 395.[redacted]-78

Endereço: Rua B[redacted]u, nº 6[redacted] - Ce[redacted], S[redacted]a, CEP: 14[redacted]9

Assinatura: _____

2º NOTAS

JESSICA CORADINI REGINATO

Av. dos Imigrantes, 1686 - Centro - Fone: (11) 4034-6610
Bragança Paulista - SP - 12902-000 - atendimento@1tabeliaobraganca.com.br
Fábio Nougalli - Tabelião

Reconheço por semelhança, sem valor econômico, a(s) firma(s)
de: JESSICA CORADINI REGINATO - 134460. Dou fé.
Bragança Paulista-SP, 22/10/2024.
Em test. _____ da verdade.
DOUGLAS HENRIQUE CORNELIO - ESCREVENTE AUTORIZADO
Seq: 872b8eb3eabd89e3947509edbc3[redacted]
Selo(s): 1101[redacted]
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

1º Tabelião de Notas e de Protestos de Bragança Paulista
DOUGLAS HENRIQUE CORNELIO
ESCREVENTE AUTORIZADO
Av. dos Imigrantes, 1686 - Centro
Fone: (11) 4034-6610

Nacionalidade: brasileira

Estado Civil: divorciada

Profissão: médica

RG: 35[redacted]7

CPF: 007.[redacted]41

Endereço: Rua Ju[redacted]ue, nº [redacted] - Jar[redacted]ha, B[redacted]a, CEP: 12[redacted]0

Assinatura: _____

1º TABELIÃO

MATHEUS FARANE PEREIRA:

Nacionalidade: brasileiro

Estado Civil: casado

Profissão: médico

RG: 32[redacted]6

CPF: 228.194.628-20

Endereço: Rua Mar[redacted]eli Tri[redacted]de, 10 - Vil[redacted]ca - Ol[redacted]ia - SP, CEP: 15.[redacted]54

Oficial Registro de Pessoa Jurídica de Monte Azul Paulista
CNPJ: 50.408.798/0001-83

Documento prenotado sob nº 1903 em 01/11/2024 e registrado sob o nº 154 em 25/11/2024, Microfilme nº 0 ,conforme os atos praticados abaixo.

Tab+Condução	Estado	Ipesp	R. Civil	T.J.	I.M.	M.P.
36,83	10,47	7,18	1,94	2,52	1,19	1,76

Total-> R$ 61,78

MONTE AZUL PAULISTA, 25 DE NOVEMBRO DE 2024.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em segunda-feira, [redacted] de dezembro de 2024 15:32:23 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

Assinatura: _____

GUSTAVO GERALDO PASSERINE LEMOS:

Nacionalidade: brasileiro

Estado Civil: casado

Profissão: médico

RG: 27.[redacted]5

CPF: 275.[redacted]88

Endereço: Praça Au[redacted]co, nº 1[redacted] - Ce[redacted], Mo[redacted]sta/SP, CEP: 14[redacted]00

Assinatura: _____

Protestos
- S. P.
CORNÉLIO
IE
ves, 1686
034-6610

Oficial Registro de Pessoa Jurídica de Monte Azul Paulista
CNPJ: 50.408.798/0001-83

Documento protocolado sob nº 1903 em 01/11/2024 e registrado sob o nº 154 em 25/11/2024, Microfilme nº 0 ,conforme os atos praticados abaixo.

Tab+Conducão	Estado	Ipesp	R. Civil	T.J.	I.M.	M.P.
38,83	10,47	7,18	1,94	2,52	1,13	1,76

Total-> R$ 61,78

MONTE AZUL PAULISTA, 25 DE NOVEMBRO DE 2024

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em segunda-feira, 16 de dezembro de 2024 15:32:23 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

LISTA DE PRESENÇA

ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA

Data: 22 de maio de 2024

Data do edital de convocação: 16 de maio de 2024

Primeira Chamada: 19h00min

Segunda Chamada: 19h30min

Pauta:

a) Ciência de vacância de cargos e eleições suplementares para o Conselho de Administração;

b) Eleger e dar posse aos membros novos do Conselho de Administração;

c) Demais assuntos pertinentes a associação.

NOME	RG	ASSINATURA
Juliana A. F. Santana	30[redacted]10	
Luiz Paulo Janotta	16[redacted]31	
	26[redacted]21	
	32[redacted].6	
	27[redacted]-5	

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em segunda-feira, 16 de dezembro de 2024 15:32:23 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

OFICIAL DE REG. DE TÍTULOS E DOCS. E CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
MONTE AZUL PAULISTA - SP
Rua Julião Arroyo, nº75 - Centro - CEP-14730-000 - Tel. 17) 3361-1049
Fone: (17) 3361-1049 e-mail: cartoriomonteazulpaulista@gmail.com
Oficial: Carlos Eduardo Almeida Martins de Andrade

CERTIDÃO DE REGISTRO - PESSOA JURÍDICA

RECEPÇÃO Nº: **1903** PRENOTAÇÃO Nº: **1903**

APRESENTANTE: **JULIANA ARQUIOLI FIOREZE SANTANA**
INTERESSADO: **ASSOCIAÇÃO DE BENEMERÊNCIA SENHOR BOM JESUS- HOSPITAL SENHOR BOM JESUS**
NATUREZA: **ATA**

AVERBAÇÃO: CERTIFICO E DOU FÉ que o presente DOCUMENTO EM PAPEL, constituído de 20 página(s), fora protocolado sob nº 001903 e averbado eletronicamente sob nº 37 na data de 25/11/2024, no registro nº 154 no Livro A, de PESSOA JURÍDICA, deste Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Monte Azul Paulista , Estado de São Paulo - CNPJ: 50.408.798/0001-83.CERTIFICO ainda, que a assinatura digital constante neste documento está em conformidade com os padrões da ICP-Brasil, nos termos da Lei nº 11.977 de 07 de julho de 2009. Apresentante: JULIANA ARQUIOLI FIOREZE SANTANA Natureza: ATA. Este certificado é parte integrante e inseparável do registro acima descrito. Monte Azul Paulista / SP, 25 de novembro de 2024. Cartório R$ 36,83, Estado R$ 10,47, Sec. da Fazenda R$ 7,16, Sinoreg R$ 1,94, Trib.Justiça R$: 2,52, MP R$: 1,76, ISS R$: 1,10, Total R$ 61,78.

MONTE AZUL PAULISTA, 25 de novembro de 2024.

Eliane Aparecida Gonzáles Rainha
Oficial Substituta

Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico:

https://selodigital.tjsp.jus.br
1220364PJ1M26XTFLMI01O24W

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em segunda-feira, dia 02 de dezembro de 2024 15:32:23 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

OFICIAL DE REG. DE TÍTULOS E DOCS. E CIVIL DE PESSOA JURÍDICA
MONTE AZUL PAULISTA - SP
Rua Julião Arroyo, nº75 - Centro - CEP-14730-000 - Tel. 17) 3361-1049
Fone: (17) 3361-1049 e-mail: cartoriomonteazulpaulista@gmail.com
Oficial: Carlos Eduardo Almeida Martins de Andrade

RECIBO DE REGISTRO DE TÍTULO

PESSOA JURÍDICA

RECEPÇÃO: **1903** PRENOTAÇÃO: **1903**
APRESENTANTE: **JULIANA ARQUIOLI FIOREZE SANTANA**
INTERESSADO: **ASSOCIAÇÃO DE BENEMERÊNCIA SENHOR BOM JESUS- HOSPITAL SENHOR BOM JESUS**
NATUREZA: **ATA**

Certifico que o presente título foi protocolado sob nº **1903** no livro **12** do Protocolo de Registro Civil de Pessoa Jurídica em **01/11/2024**, tendo sido praticados os atos abaixo em **25/11/2024**.

Descrição	Obs.	Cert.	Oficial	Estado	S. Faz.	R. Civil	T. Just.	I. Mun.	M.Púb.	TOTAL
AV. 37 -R. 154 de 14/12/1988 Fls.										- SELO Nº: 1220364PJ1M26XTFLMI01O24W
			36,83	10,47	7,16	1,94	2,52	1,10	1,76	61,78
TOTAIS			**36,83**	**10,47**	**7,16**	**1,94**	**2,52**	**1,10**	**1,76**	**61,78**

GUIA:

Valor do depósito: **R$ 61,78** Título **QUITADO**

Recebi a importância total especificada, devendo este documento fazer parte integrante do título.

MONTE AZUL PAULISTA, 25 DE NOVEMBRO DE 2024.

Eliane Aparecida Gonzales Rainha
Oficial Substituta

Recebi a 1ª via do presente recibo, com o título devidamente formalizado.

Monte Azul Paulista, ____ / ____ / _____.

Ass.: _____

Nome: _____

CPF.: _____

PELO INTERESSADO

Para verificar o conteúdo integral do documento, acesse o site da Corregedoria Geral da Justiça:

https://selodigital.tjsp.jus.br

SELO DIGITAL
1220364PJ1M26XTFLMI01O24W

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em segunda-feira, [redacted] de dezembro de 2024 15:32:23 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

CENAD

Acesso restrito

› Consulte a Autenticidade de um Documento Eletrônico

Selecione o documento que deseja verificar a auten...

2 Dados da Assinatura Digital

Aprovado

CPF: 265[redacted]76

Nome: Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira

Cartório: 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS

Qualificação: Escrevente

Munícipio: ARARAQUARA

Estado: SP

Data: 02/12/2024, às 15:32

Quantidade de Páginas Autenticadas: 12

Tipo de documento: Ata

Documento autenticado em Notarchain

Nova Consulta

HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

Pelo presente instrumento particular, de um lado como CONTRATANTE: **ASSOCIAÇÃO DE BENEMERENCIA SENHOR BOM JESUS**, pessoa jurídica de direito privado, com CNPJ n° 52.941.614/0001-71, com sede a rua Rui Barbosa, 267, na cidade de Monte Azul Paulista/SP/, contrata os serviços profissionais do médico: Gustavo Geraldo Passerine Lemos, brasileiro, inscrito no CRM sob o n° 112.925, estabelecido profissionalmente na Travessa Gabriel Said Aidar. 38 na cidade de Monte Azul Paulista/SP, sob o nome de LEMOS CLÍNICA MÉDICA EIRELI, CNPJ: 21.891.337/0001-06, doravante denominado de CONTRATADO, mediante o disposto nas cláusulas adiante expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

§ 1° - O objeto do presente contrato consiste na prestação de serviços médicos de Diretor Técnico, mediante a contraprestação pecuniária no valor de R$ 3.000,00 (três mil reais), podendo ser reajustado a qualquer tempo de comum acordo entre as partes.

§ 2° - O pagamento será feito mensalmente de acordo com nota fiscal apresentada pelo CONTRATADO ao CONTRATANTE, com prazo de 10 dias úteis, após a apresentação de documento fiscal, referente ao mês anterior.

§ 4° - O local da prestação de serviço será de acordo com a necessidade, sendo o CONTRATADO avisado em tempo hábil.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATATO

§1° - Realizar os atos contratados conforme ajustado entre as partes, segundo as regras preconizadas;

§ 2° - Exercer suas atividade profissional segundo os preceitos técnicos e éticos estabelecidos pelo ente regulador;

§ 3° - Fornecer Nota Fiscal descritiva dos serviços prestados;

§ 4° - Responsabilizar-se, civil e penalmente, pelos resultados oriundos das decisões tomadas durante o desempenho de sua função.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

§ 1° - Pagar os honorários médicos que forem de sua obrigação, dentro do prazo que for ajustado entre as partes;

§ 2° - Fazer a mediação entre CONTRATADO e ente da federação onde o serviço será prestado.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em terça-feira, 1 de outubro de 2024 16:47:12 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1° TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento n° 100/2020 CNJ - artigo 22.

HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

CLÁUSULA QUARTA - DA VINCULAÇÃO ENTRE AS PARTES

§ 1° - Nada neste Contrato será entendido como criando vinculo empregatício entre o CONTRATANTE e CONTRATADO e/ou seus empregados.

§ 2° - O presente Contrato não gera nenhum outro direito ao CONTRATADO. além do objeto do contrato aqui estipulados.

§ 3° - Fica expressamente vedada ao CONTRATADO sub-contratar no todo ou em parte os Serviços, objeto deste Contrato.

CLAUSULA QUINTA - DA VIGENCIA

§1° - Este contrato se inicia a partir da data de sua assinatura;

§ 2° - A vigência deste contrato é indeterminada, prorrogando-se indefinidamente até que enquanto de comum acordo entre as partes.

CLAUSULA SEXTA - DO FORO

§ 1° - As partes elegem o foro de Monte Azul Paulista, Estado de São Paulo, como o único competente para dirimir qualquer controvérsia oriunda do presente Contrato, com a expressa exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que possa ser.

Assim, por estarem justos e contratados, firmam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma, se obrigando a cumprir o que nele está avençado, na presença de duas testemunhas, nos termos da legislação em vigor.

Monte Azul Paulista, 06 de maio de 2021.

CONTRATANTE
RESPONSÁVEL

CONTRATADO

TESTEMUNHA
NOME:
CPF:

TESTEMUNHA
NOME:
CPF:

Rua Rui Barbosa, n° 267, Centro – Monte Azul Paulista/SP – CEP 14.730-000
Telefone/PABX: (17) 3361 – 9210 | e-mail: adm@hsbj.com.br

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em terça-feira, 1 de outubro de 2024 16:47:12 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1° TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

autentique

Autenticação eletrônica 3/3
Data e horários em GMT -3:00 Sao Paulo
Última atualização em 01 out 2024 às 15:31:36
Identificador: 10fca8d1c071ddf34ab4b07cc81462d3c637b53fd8d6f61f1

Página de assinaturas

Marcelo Oliveira
289.[redacted]-32
Signatário

Gustavo Lemos
275.[redacted]-88
Signatário

HISTÓRICO

01 out 2024 15:30:12 — **Associação De Benemerência Senhor Bom Jesus** criou este documento. (Empresa: HSBJ, CNPJ: 52.941.614/0001-71, Email: licitacao@hsbj.com.br)

01 out 2024 15:31:02 — **Gustavo Geraldo Passerine Lemos** *(Email: gus[redacted]ail.com, CPF: 275[redacted]-88)* visualizou este documento por meio do IP 200.205.205.74 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

01 out 2024 15:36:29 — **Gustavo Geraldo Passerine Lemos** *(Email: gus[redacted]mail.com, CPF: 275.[redacted]-88)* assinou este documento por meio do IP 200.205.205.74 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil

01 out 2024 15:31:09 — **Marcelo Oliveira** *(Email: marcelo-enfer@hotmail.com, CPF: 289.[redacted]-32)* visualizou este documento por meio do IP 45.186.195.154 localizado em Ribeirão Preto - São Paulo - Brazil

01 out 2024 15:31:16 — **Marcelo Oliveira** *(Email: ma[redacted]com, CPF: 289.[redacted]32)* assinou este documento por meio do IP 45.186.195.154 localizado em Ribeirão Preto - São Paulo - Brazil

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em terça-feira, 1 de outubro de 2024 16:47:12 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIONATO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CENAD

Acesso restrito

› Consulte a Autenticidade de um Documento Eletrônico

Selecione o documento que deseja verificar a autentic...

2 **Dados da Assinatura Digital**

Aprovado

CPF: 265.[redacted]76

Nome: Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira

Cartório: 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS

Qualificação: Escrevente

Munícipio: ARARAQUARA

Estado: SP

Data: 01/10/2024, às 16:47

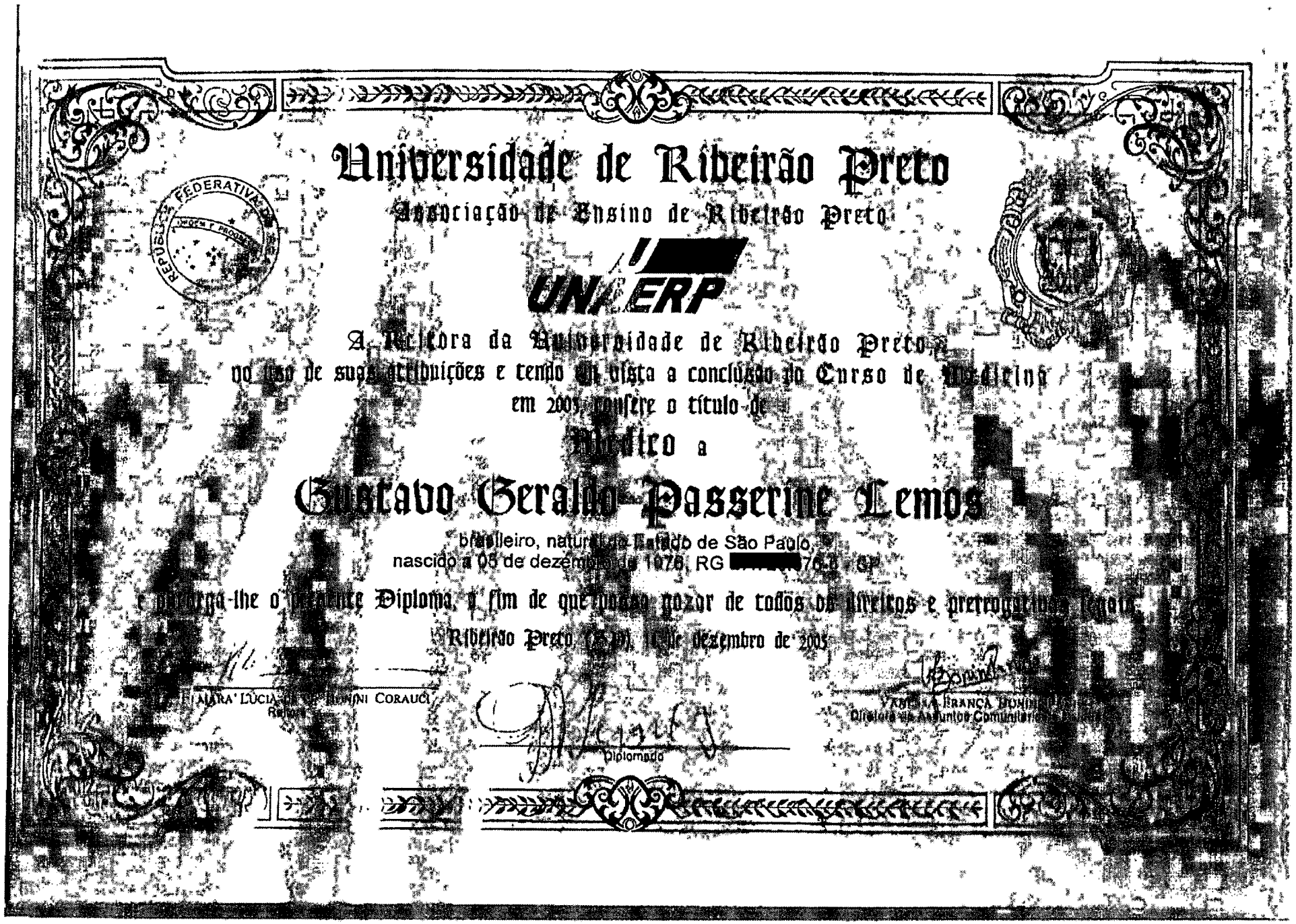
Quantidade de Páginas Autenticadas: 3

Tipo de documento: Contrato

Documento autenticado em Notarchain

Nova Consulta

BeatrizR.



Universidade de Ribeirão Preto

Associação de Ensino de Ribeirão Preto

UNAERP

A Reitora da Universidade de Ribeirão Preto, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina em 2005, confere o título de

Médico a

Gustavo Geraldo Passerine Lemos

brasileiro, natural do Estado de São Paulo,
nascido a 05 de dezembro de 1976, RG [redacted] SP

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Ribeirão Preto (SP), 16 de dezembro de 2005

ALDA LÚCIA GAZZINELLI CORAUCI
Reitora

VANESSA FRANÇA DUNDER
Diretora de Assuntos Comunitários

Diplomado

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em sexta-feira, 10 de maio de 2024 11:28:09 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

imagem.jpg

BeatrizR.

Associação Médica Brasileira

Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Sociedade Brasileira de Anestesiologia

conferem o

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ANESTESIOLOGIA

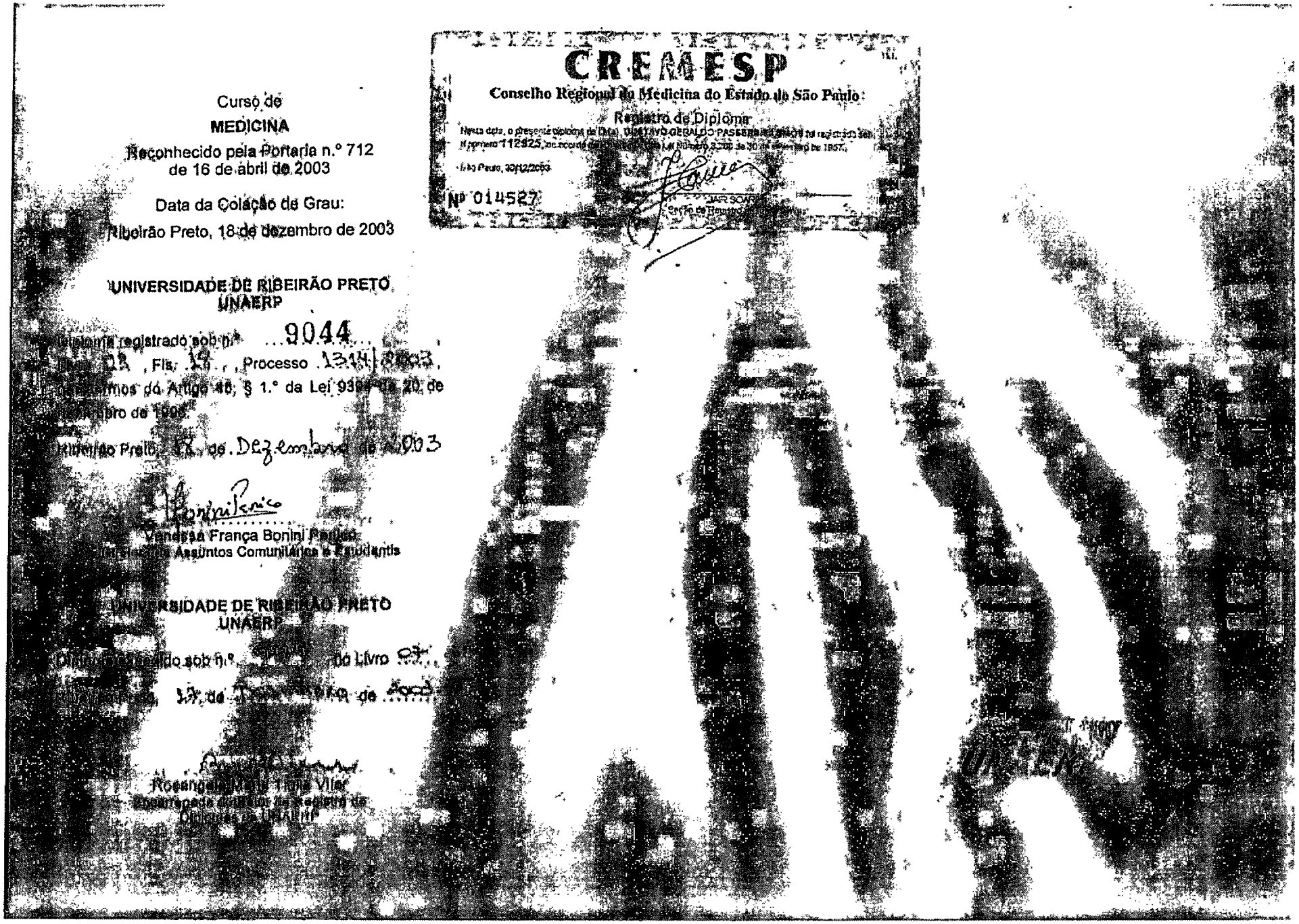
ao

Dr. Gustavo Geraldo Passerine Lemos

imagem (4).jpg
09/07/2018

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em sexta-feira, 10 de maio de 2024 11:29:09 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.certad.org.br/validade.O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ artigo 22.

BeatrizR.



Curso de
MEDICINA
Reconhecido pela Portaria n.º 712
de 16 de abril de 2003

Data da Colação de Grau:
Ribeirão Preto, 18 de dezembro de 2003

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
UNAERP

Diploma registrado sob nº 9044
Livro 03, Fls. 12, Processo 1314/2003,
de acordo com os termos do Artigo 48, § 1.º da Lei 9394 de 20 de dezembro de 1996.

Ribeirão Preto, 23 de Dezembro de 2003

Vanessa França Bonini Pardini
Diretora de Assuntos Comunitários e Estudantis

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
UNAERP

Diploma registrado sob nº ..... do Livro 03
Ribeirão Preto, 19 de Dezembro de 2003

Rosangela Maria Tinoco Vilar
Chefe do Setor de Registro de Diplomas da UNAERP

CREMESP
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
Registro de Diploma
Nesta data, o presente diploma de (MA) GUSTAVO GERALDO PASSERINI GRAÇA foi registrado sob o número 112825, de acordo com a Lei Federal nº 3.268 de 30 de setembro de 1957.
São Paulo, 30/12/2003
Nº 014527
MARISOL
Setor de Registro

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em sexta-feira, 10 de maio de 2024 11:29:09 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenadoc.org.br/Autenticidade. O presente documento digital pode ser conferido em Papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ, artigo 22.

CENAD

Acesso restrito

› Consulte a Autenticidade de um Documento Eletrônico

Selecione o documento que deseja verificar a autentic...

2 Dados da Assinatura Digital

Aprovado

CPF: 265[redacted]76

Nome: Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira

Cartório: 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS

Qualificação: Escrevente

Munícipio: ARARAQUARA

Estado: SP

Data: 10/05/2024, às 11:29

Quantidade de Páginas Autenticadas: 3

Tipo de documento: Outro

Documento autenticado em Notarchain

Nova Consulta

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MONTE AZUL PAULISTA
ESTADO DE SÃO PAULO
Praça Rio Branco, 86 – Centro – Cep. 14730-000 – Monte Azul Paulista/SP

DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA PROFISSIONAL

MUNICÍPIO DE MONTE AZUL PAULISTA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o n° 52.942.380/0001-87, neste ato representado pela Secretaria da Saúde, Sra. Camila Batista de Oliveira, portadora do documento de identificação tipo RG n°48.[redacted]5 SSP/SP ,**DECLARA** e **CERTIFICA** que o profissional médico **GUSTAVO GERALDO PASSERINE LEMOS,** devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob o nº **112925**, exerce desde 2019 as funções de Médico Generalista e Pediatra da unidade hospitalar situada no endereço acima descrito.

Na execução de funções, o profissional executa ações para apoio ao gerenciamento das atividades ligadas à sua área de atuação, dentre as quais destacamos:

I - Supervisionar a execução das atividades de assistência médica;

II- Promover e exigir o exercício ético da medicina;

III- Zelar pela fiel observância do Código de Ética Médica;

IV- Observar as Resoluções do CFM e do CREMESP diretamente relacionadas à rotina do Corpo Clínico da instituição.

Os serviços são prestados com qualidade e capacitação condizente com a capacitação técnica exigida, não tendo nada que desabone a conduta profissional.

Monte Azul Paulista/SP, 10/04/2024.

Secretaria Municipal de Saúde
Camila Batista de Oliveira
Secretária da Saúde

TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO DE MONTE AZUL PAULISTA - SP
RUA JOÃO ARROYO, Nº 315 - TELEFONE: (17) 3361-1023
DR. JOÃO FRANCISCO MASSONETO - TABELIÃO
Reconheço por semelhança a(s) firma(s) de: CAMILA BATISTA DE OLIVEIRA
Em Test. Monte Azul Paulista-SP, 12/04/2024. Em test. da verdade.
JOSE VICTOR FERNANDES - Escrevente
Sello:5aeaac352c8f48afaae877e3ad37f178 Total R$ 8,27. Selo: 1106211AA00093243 Ped.: Nº 23
Colégio Notarial do Brasil
A25427 FIRMA 1 1106211AA00093243
José Victor Fernandes
Escrevente

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira, em sexta-feira, 12 de abril de 2024 15:52:06 GMT-03:00, CNS: 11.162-5 - 1° TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CENAD

Acesso restrito

› Consulte a Autenticidade de um Documento Eletrônico

Selecione o documento que deseja verificar a autentic...

2 Dados da Assinatura Digital

Aprovado

CPF: 265[redacted]76

Nome: Renata Cristiane Gonçalves de Oliveira

Cartório: 1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS

Qualificação: Escrevente

Munícipio: ARARAQUARA

Estado: SP

Data: 12/04/2024, às 15:52

Quantidade de Páginas Autenticadas: 1

Tipo de documento: Outro

Documento autenticado em Notarchain

Nova Consulta

HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

ASSOCIAÇÃO DE BENEMERÊNCIA SENHOR BOM JESUS, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 52.941.614/0001-71, com sede na Rua Rui Barbosa, nº 267, Centro,Monte Azul Paulista/SP, CEP. 14.730-000, e-mail: licitacao@hsbj.com.br, representada por seu Diretor Presidente MARCELO DE SOUZA OLIVEIRA, brasileiro, portador do RG nº 26[redacted]22 e do CPF/MF nº 289.[redacted]32, DECLARA e CERTIFICA a capacidade técnica profissional do Dr. **GUSTAVO GERALDO PASSERINE LEMOS**, brasileiro, médico, devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob o nº 112.925, na prestação de serviços como Diretor Médico e Coordenador Técnico Médico da unidade hospitalar situada no endereço acima descrito desde de 06 de maio de 2021.

Atestamos, outrossim, que os serviços foram prestados de forma satisfatória, sem qualquer fato desabonador.

Monte Azul Paulista/SP, 28 de março de 2025.

ASSOCIAÇÃO DE BENEMERÊNCIA SENHOR BOM JESUS
MARCELO DE SOUZA OLIVEIRA
Diretor Presidente

autentique

Autenticação eletrônica 2/2
Data e horários em GMT -3:00 Sao Paulo
Última atualização em 26 mai 2025 às 17:31
Identificador: 110bb4ff820b64d5d570e93ee5c0cb087d1d22d795fc81ad8

Página de assinaturas

Marcelo Oliveira
289.[redacted]32
Signatário

HISTÓRICO

26 mai 2025 17:26:55 — **Associação De Benemerência Senhor Bom Jesus** criou este documento. (Empresa: HSBJ, CNPJ: 52.941.614/0001-71, Email: licitacao@hsbj.com.br)

26 mai 2025 17:31:34 — **Marcelo Oliveira** *(Email:* [redacted]*, CPF: 289.*[redacted]*32)* visualizou este documento por meio do IP 191.26.153.79 localizado em Bauru - São Paulo - Brazil

26 mai 2025 17:31:41 — **Marcelo Oliveira** *(Email:* [redacted]*, CPF: 289.*[redacted]*32)* assinou este documento por meio do IP 191.26.153.79 localizado em Bauru - São Paulo - Brazil

HOSPITAL
Senhor Bom Jesus

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 05/2024

OBJETO: SELEÇÃO DE ENTIDADE PRIVADA SEM FINS LUCRATIVOS PARA CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIO VISANDO GERENCIAMENTO, ADMINISTRAÇÃO E MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ZONA LESTE "MÁRIO CÂNDIDO DE OLIVEIRA GOMES", DE ACORDO COM O PROJETO BÁSICO, SEUS ANEXOS, CLÁUSULAS E CONDIÇÕES DO PRESENTE EDITAL.

ANEXO V

Relatório de Atividades 2024

CNPJ:	52.941.614/0001-71
Nome/Razão Social:	Associação de Benemerência Senhor Bom Jesus

Identificação
Nome/Razão Social:Associação de Benemerência Senhor Bom Jesus
CNPJ:52.941.614/0001-71
Nome Fantasia: Hospital Senhor Bom Jesus
Endereço:Rua Rui Barbosa 267 Hospital Centro
Cidade:Monte Azul PaulistaUF:SPCEP:14730000
Telefone:17 - 33619215Telefone 2:17 - 33619210Fax:
E-mail Entidade:adm@hsbj.com.br Sítio Eletrônico: adm@hsbj.com.br
Natureza Jurídica:Fundação
Tipo de Estabelecimento
A Sede da Entidade é:Propria
Estatuto / Diretoria
Documento Legal de Registro (Estatuto)
UF:SPMunicípio:Bebedouro
Cartório:OFICIAL DE REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS, CIVIL DE PESSOAS JURIDICA
Data do Registro:15/11/1953Livro/Folha:A/55
Número do Registro/Matrícula:55
Composição da Atual Diretoria Estatutária
Houve Alterações na Diretoria no Exercício Anterior?Não.
Mandato da Atual Diretoria:Data Início:23/05/2022Data Término:22/05/2026
Representante Legal da Entidade: Marcelo de Souza Oliveira
Cargo :Interventor/Diretor Presidente
Profissão:Enfermeiro
CPF:289.[redacted]32RG:26.[redacted]2Órgão Expedidor:SSP/SP
Sexo:MData de Nascimento:29[redacted]80
Nome da Mãe: Iz[redacted]ira
É Funcionário Público?Não
Exerce na entidade função pela qual recebe remuneração?Sim
Se sim, qual a função exercida? - Interventor/Diretor Presidente

Entidades Mantidas
Outros Departamentos
Lista de Finalidades Principais de Acordo com o Estatuto, Organizadas de Forma Crescente de Prioridade

Finalidades
Hospitais Outros Serviços em Saúde

Lista de Atividades Principais de Acordo com o Estatuto, Organizadas de Forma Crescente de Prioridade

Atividades
Atendimento Hospitalar e de Emergência Ambulatório Médico Amparo à Maternidade

Público Alvo
Mulheres Idosos Crianças e adolescentes

Alterações Estatutárias
Houve alterações estatutárias no exercício anterior?Sim

Dados relativos a eventuais alterações estatutárias da Entidade ocorridas no último exercício

Recursos Humanos
Quantidade de pessoas que colaboram com a entidade

Colaboradores	Quantidade
Funcionários:	71
Estagiários Remunerados:	0
OSCIP - Diretores Remunerados:	0
Total de Pessoal Ocupado Assalariado:	71
Voluntários Permanentes:	0
Voluntários Eventuais:	0
Estagiários Não Remunerados:	0
Total de Pessoal Ocupado Não Remunerado:	0
Trabalhadores Autônomos:	10

Atividades
Apresentação:
Relatório de Atividades Desenvolvidas em 2024
Detalhamento Atividades
Descrição:
Atendimento Hospitalar: internações, raio-x e ambulatório.
Objetivo:
Atendimento do Pacientes conforme Estatuto Social
Público Alvo:
Crianças e adolescentes
Crianças e adolescentes vítimas de violência sexual
Idosos
Mulheres
Associações
Pequenos Produtores
Portadores de deficiência
Negros e/ou Quilombolas
Indígenas
Estudantes
Adolescentes em conflito com a lei
Indivíduos apenados e/ou egressos do sistema penitenciário
Organizações/Movimentos populares
Outras ONGs
Moradores de área de ocupação
Lideranças comunitárias
Autoridades locais
Comunidades científicas
Comunidades locais
Usuários de substâncias psicoativas
Família
Migrantes ou Imigrantes
Resultados obtidos:
Recuperação e satisfação dos pacientes atendidos.
Período de realização:2022
Nº de beneficiários atendidos de forma gratuita:950
Nº de beneficiários atendidos de forma parcialmente gratuita:490
Nº de beneficiários não gratuitos:2.530
Nº total de beneficiários:3.970
Percentual da gratuidade parcial: 60%

Descrição:
Segurança do paciente na administração de medicação
Objetivo:
Como, quando e onde deve ocorrer a manipulação das medicações para os procedimentos e assistencialmente precisa os cuidados na administração de medicação ao paciente.
Público Alvo:
Crianças e adolescentes
Crianças e adolescentes vítimas de violência sexual
Idosos
Mulheres

Associações
Pequenos Produtores
Portadores de deficiência
Negros e/ou Quilombolas
Indígenas
Estudantes
Adolescentes em conflito com a lei
Indivíduos apenados e/ou egressos do sistema penitenciário
Organizações/Movimentos populares
Outras ONGs
Moradores de área de ocupação
Lideranças comunitárias
Autoridades locais
Comunidades científicas
Comunidades locais
Usuários de substâncias psicoativas
Família
Migrantes ou Imigrantes
Funcionários

Resultados obtidos:
Execução e manipulação das medicações prescritas corretamente executadas no procedimentos assistencial.
Período de realização:2024
Nº de beneficiários atendidos de forma gratuita:850
Nº de beneficiários atendidos de forma parcialmente gratuita:520
Nº de beneficiários não gratuitos:2.300
Nº total de beneficiários:3.670
Percentual da gratuidade parcial:60%

Descrição:
Assistência de enfermagem em situação de urgência e emergência.
Objetivo:
Dar subsídios para que a equipe de enfermagem tenha tecnicamente e precisamente o atendimento da urgência e emergência.
Público Alvo:
Crianças e adolescentes
Crianças e adolescentes vítimas de violência sexual
Idosos
Mulheres
Associações
Pequenos Produtores
Portadores de deficiência
Indígenas
Negros e/ou Quilombolas
Estudantes
Adolescentes em conflito com a lei
Indivíduos apenados e/ou egressos do sistema penitenciário
Funcionários e Médicos
Organizações/Movimentos populares
Outras ONGs
Moradores de área de ocupação
Lideranças comunitárias
Autoridades locais
Comunidades científicas
Comunidades locais
Usuários de substâncias psicoativas
Família
Migrantes ou Imigrantes

Resultados obtidos:
Melhoria na qualidade da assistência de enfermagem e direcionamento do atendimento na situação de urgência e emergência.
Período de realização:2024
Nº de beneficiários atendidos de forma gratuita:300
Nº de beneficiários atendidos de forma parcialmente gratuita:150
Nº de beneficiários não gratuitos:2.800
Nº total de beneficiários:3.250
Percentual da gratuidade parcial:60%

Descrição:
Compaixão pelo ser humano.
Objetivo:

Palestra exploradora e explanada com conotação para discernir e dar assistência vivida a lado a lado criando laços profissionais e afetivos na vivência assistencial.

Público Alvo:

Crianças e adolescentes
Crianças e adolescentes vítimas de violência sexual
Idosos
Mulheres
Associações
Pequenos Produtores
Portadores de deficiência
Negros e/ou Quilombolas
Indígenas
Estudantes
Adolescentes em conflito com a lei
Indivíduos apenados e/ou egressos do sistema penitenciário
Funcionários
Outras ONGs
Organizações/Movimentos populares
Moradores de área de ocupação
Lideranças comunitárias
Autoridades locais
Comunidades científicas
Comunidades locais
Usuários de substâncias psicoativas
Família
Migrantes ou Imigrantes

Resultados obtidos:

Segurança e melhor inteiração.

Período de realização: 2024

Nº de beneficiários atendidos de forma gratuita: 450

Nº de beneficiários atendidos de forma parcialmente gratuita: 380

Nº de beneficiários não gratuitos: 2.994

Nº total de beneficiários: 3.854

Percentual da gratuidade parcial: 60%

Descrição:

Motivação e relacionamento interpessoal

Objetivo:

Criar uma rotina funcional, de fácil controle, onde a equipe estará engajada com o trabalho diário e interagida com motivação facilitando o relacionamento interpessoal na equipe.

Público Alvo:

Crianças e adolescentes
Crianças e adolescentes vítimas de violência sexual
Idosos
Mulheres
Associações
Pequenos Produtores
Portadores de deficiência
Negros e/ou Quilombolas
Indígenas
Estudantes
Adolescentes em conflito com a lei
Indivíduos apenados e/ou egressos do sistema penitenciário
Organizações/Movimentos populares
Funcionários e médicos
Outras ONGs
Moradores de área de ocupação
Lideranças comunitárias
Autoridades locais
Comunidades científicas
Comunidades locais
Usuários de substâncias psicoativas
Família
Migrantes ou Imigrantes

Resultados obtidos:

Melhoria do atendimento ao paciente e do relacionamento entre funcionários.

Período de realização: 2024

Nº de beneficiários atendidos de forma gratuita: 640

Nº de beneficiários atendidos de forma parcialmente gratuita: 350

Nº de beneficiários não gratuitos: 3.200

Nº total de beneficiários: 4.190

Percentual da gratuidade parcial: 60%

Descrição:
Atendimento assistencial
Objetivo:
Informar a equipe sobre a importância do atendimento assistencial, enfatizando desde as situações com qualidade, segurança, eventos adversos, comunicação e desempenho.
Público Alvo:
Equipe de enfermagem
Resultados obtidos:
Melhoria da qualidade no serviço oferecido.
Período de realização:2024
Nº de beneficiários atendidos de forma gratuita:24
Nº de beneficiários atendidos de forma parcialmente gratuita: -
Nº de beneficiários não gratuitos: -
Nº total de beneficiários:24
Percentual da gratuidade parcial:0.0%

Descrição:
Brigada de incêndio e primeiros socorros.
Objetivo:
Criar meios de desenvoltura para a equipe na unidade hospitalar, caso ocorra essa situação, interagindo-os.
Público Alvo:
Funcionários
Resultados obtidos:
Facilidade na manipulação dos equipamentos de incêndio dando intimidade com o campo visual
Período de realização:2024
Nº de beneficiários atendidos de forma gratuita:60
Nº de beneficiários atendidos de forma parcialmente gratuita: -
Nº de beneficiários não gratuitos: -
Nº total de beneficiários:60
Percentual da gratuidade parcial:0.0%

Origem das fontes de recursos que custeiam as atividades, serviços e projetos realizados:

Própria (recursos decorrentes da prestação de serviços da entidade)	15,50%
Própria (recursos decorrentes de mensalidades/ doações dos membros ou associados)	0,00%
Privada (recursos de doações e parcerias com empresas e entidades privadas)	0,00%
Privada (recursos de doações eventuais)	7,15%
Pública (recursos de subvenções, convênios e parcerias com órgãos ou entidades públicas)	77,35%
Internacional Privada (recursos de entidades e organizações internacionais)	0,00%
Internacional Pública (recursos de Países estrangeiros, ONU, etc.)	0,00%

Área de Abrangência do projeto
Área de Abrangência:**Municipal**
UF:SP
Município:Monte Azul Paulista
Zona de operação de abrangência das atividades, serviços e projetos desenvolvidos:
Ambas(rural e urbana)
Outras informações
-
Parcerias e Subvenções Públicas
Informações sobre o órgão ou entidade parceira

Nome do órgão ou entidade parceira Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo
Classificação do órgão na estrutura administrativa: Governo do Estado de São Paulo
Posição do órgão na estrutura federativa: Estadual
Origem dos recursos repassados: Estadual

Natureza do Instrumento de parceria: Emenda Parlamentar
Data de publicação na imprensa oficial:11/10/2022
Total de recursos financeiros previstos: 444.254,00
Recursos financeiros já repassados: 444.254,00
Resumo do objetivo da parceria: Promover o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde prestados aos usuários do SUS na região, mediante a transferência de recursos financeiros parar ocorrer despesas com custeio, material de consumo e Investimentos
Nº de beneficiários: 1
Previsão de início das atividades: 01/01/2023
Previsão de término das atividades: 31/12/2023

Documentos e Títulos

Título/Qualificação/Certificação Federais	Possui?	Ano da Publicação
Título da Utilidade Pública Federal (Lei nº 91/35) - UPF	Sim	1966
Qualificação como Organização da Sociedade Civíl de Interesse Público (Lei nº9.790/99) - OSCIP	Não	-
Atestado de Registro de Entidade Beneficente de Assistencia Social(Lei nº8.742/93)	Sim	1997
Qualificação como Organização Social(Lei nº9.637/98)	Não	-
Certificado de Entidade Beneficente de Assistencia Social(Lei nº8.742/93)	Sim	2018
Condição de Entidade de Apoio(Lei nº8.958/94)	Não	-
Registro no Cadastro Nacional de Entidades Ambientais(Dec nº99.274) - CNEA	Não	-
Outros(especificar):	Utilidade Pública Estadual, Conselho Municipal da Assistência Social, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.	

Título/Qualificação/Certificação em Outros Âmbitos	Possui?	UF	Município	Ano da Públicação
Título de Utilidade Pública Estadual	Sim	SP	-	2007
Título de Utilidade Pública Municipal	Sim	SP	Monte Azul Paulista	1963
Registro no conselho Estadual de Assistência Social	Não	-	-	-
Registro no conselho Municipal de Assistência Social	Não	-	-	-
Outros(especificar):	Não	-	-	-
Descrição (Outros):	Conselho Municipal de Apoio a Criança e ao Adolescente			

Questionário de Inserção Social da Entidade
Informações sobre a inserção social da entidade:
Levando em consideração a relação de representatividade da entidade com o público beneficiário de suas atividades, serviços e projetos, responda os seguintes itens:
Para estabelecer os tipos de atividades e serviços prestados pela entidade foram realizados estudos e pesquisas, para levantar demandas e necessidades do público alvo e caracterizar o perfil dos beneficiários? Sim
A entidade criou espaços para que o público alvo participasse do planejamento, execução e avaliação das atividades e serviços oferecidos? Sim
Descrição de como se deu a participação dos beneficiários: A participação dos beneficiários se deu por meio de reuniões.

A entidade permitiu a participação do público alvo na definição e controle dos custos/ orçamentos destinados para as atividades e serviços prestados? Não
A entidade fez parcerias ou articulou redes com instâncias/ instituições da comunidade em que atua, para ampliar o atendimento ao público alvo? Não
Descrição das parcerias e/ ou redes articuladas: -
A entidade realizou ações para dar visibilidade/ denunciar os fenômenos relacionados ao público ao qual dirige suas atividades, contribuindo para mobilização e organização do público alvo (campanhas, conferências, capacitação de lideranças, promove a conscientização acerca dos direitos e leis, etc)?Não
Descrição das ações realizadas: -
O contato e a experiência na realização de atividades com o público alvo foram aproveitados, pela entidade, para realização e divulgação de pesquisas? Sim
Relação das pesquisas e publicações realizadas pela entidade: Foi levado em consideração para elaboração das respectivas atividades exigências da administração e dos profissionais médicos pertencentes ao corpo clínico e questionários de satisfação com o atendimento disponibilizados na recepção.
A entidade promoveu a capacitação dos profissionais em relação à temática com a qual atuou? Sim
Como se deu essa capacitação? Realizou treinamento e reciclagem com todos os funcionários.

Avaliação

A entidade estabeleceu mecanismos de avaliação dos serviços e atividades prestados? Sim
Participou das avaliações: Comunidade
Resultados obtidos na avaliação: De acordo com as pesquisas realizadas a comunidade tem uma aceitação acima de 90% com a entidade.

Em relação a contribuição da entidade para a ampliação da democracia e fortalecimento da cidadania:

A entidade participou de espaços de controle social (conselhos, foruns, etc) ? Sim
Quais? Relato dos resultados e impactos para o processo de formulação de políticas públicas e para garantia e ampliação de direitos conquistados com a contribuição da atuação da entidade. Participação do administrador da entidade como membro no Conselho Municipal de Saúde e no Conselho Municipal de Assistência Social.

Em relação aos beneficiários das atividades:

As atividades e serviços realizados pela entidade, atingem a população de baixa renda (renda mensal per capita de até meio salário mínimo)? Sim
As atividades e serviços realizados pela entidade, atingem beneficiários que se encontram em situação de vulnerabilidade social ou de risco social (famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; identidades estigmatizadas; exclusão pela pobreza e/ ou acesso às demais políticas públicas; vítimas de violência; etc)? Sim
A entidade desenvolve alguma política ou ação de valorização da diversidade (negros; gênero; opção sexual; portadores de necessidades especiais) entre beneficiários e/ou coloaboradores da entidade? Não
Ações ou políticas realizadas: -

Demonstrativo Contábil
Dados referentes ao exercício.
Receita anual da entidade (em R$): Acima de 2,5 milhões até 5 milhões
Percentual da Receita anual da entidade (em %): De 50% até 75%
Classificação da Entidade: Saúde

Balanço Patrimonial
- ATIVO (R$)

Ativo Circulante	
Disponível	116.382,19
Contas Vinculadas	0,00
Convênios, Acordos e Ajustes	0,00
Valores a receber de terceiros	0,00
Adiantamento a empregados	0,00
Outras contas e títulos a receber	0,00
(-) Provisão para devedores duvidosos	0,00

Estoques	0,00
Despesas antecipadas	0,00
Outras Contas do Ativo Circulante	0,00
TOTAL ATIVO CIRCULANTE	116.382,19
Ativo Realizável a Longo Prazo	
Valores a receber a longo prazo	0,00
TOTAL ATIVO REALIZAVEL A LONGO PRAZO	0,00
Ativo Permanente	
Investimentos	2.603,00
Imobilizado	2.330.188,97
(-) Depreciação/ amortização acumulada	5.000,00
Diferido	0,00
Outros ativos Permanentes	0,00
TOTAL ATIVO PERMANENTE	2.327.791,97
TOTAL ATIVO	2.444.174,16
- PASSIVO (R$)	
Passivo Circulante	
Fornecedores	0,00
Obrigações trabalhistas	0,00
Obrigações Sociais	0,00
Prestadores de Serviços	0,00
Aluguéis a Pagar	0,00
Adiantamento de clientes	0,00
Empréstimos e financiamentos a pagar CP	13.953,20
Obrigações fiscais exceto IRenda e CSLL	0,00
Convênios Públicos (Saldo)	0,00
Adiantamento de Projetos	0,00
Subvenções Públicas (Saldo)	0,00
Recursos de Leis de Incentivo Fiscal	0,00
(-) Rec. Leis de Incentivo Fiscal utilizados	0,00
Provisão para IRenda e CSLL	0,00
Sentenças judiciais trabalhistas a pagar	0,00
Sentenças judiciais a pagar – exceto trabalhista	0,00
Outros Passivos Circulante	0,00
TOTAL PASSIVO CIRCULANTE	13.953,20
Passivo exigível a Longo Prazo	
Empréstimos e financiamentos a pagar a longo prazo	0,00
Contas a pagar	0,00
Aluguéis antecipados	0,00
Outros passivos exigíveis a longo prazo	251.499,03
TOTAL PASSIVO EXIGÍVEL A LONGO PRAZO	251.499,03
Resultado de exercícios futuros	

Resultados de exercícios futuros	0,00
TOTAL RESULTADO DE EXERCÍCIOS FUTUROS	0,00
Patrimônio Social Líquido	
Patrimônio Social (Fundo Patrimonial)	1.411.128,53
Doações patrimoniais	0,00
Reservas constituídas	746.024,92
Superávit(s) do(s) exercício(s)	21.568,48
Déficit(s) do(s) exercício(s)	0,00
Outras Contas do Patrimônio Social	0,00
TOTAL PATRIMÔNIO	2.178.721,93
TOTAL PASSIVO	2.444.174,16
Resultado Exercício - RECEITA (R$)	
Receita Operacional	
Prestação de serviços (Exceto Saúde/Educ)	0,00
Recursos - subvenções públicas	0,00
Recursos - contribuições públicas	0,00
Recursos - convênios públicos	2.226.186,76
Recursos - auxílios públicos	0,00
Recursos - Termo de Parceria	0,00
Doações e contribuições para custeio	0,00
Receita de convênios de saúde privados	0,00
Prest. Serviços de saúde não-conveniados	22.450,00
SUS – Sistema Único de Saúde	380.450,00
Inscrições de cursos e vestibulares	0,00
Serviços Educacionais	0,00
Taxa, mensalidades e contribuições	0,00
Contribuição de empresas mantenedoras	0,00
Doações, Campanhas e patrocínios	50.000,00
Recursos Internacionais	0,00
Deduções das Receita	
(-) Bolsas de estudo concedidas	0,00
(-) Atendimento gratuito	0,00
(-) Descontos Comerciais Concedidos	0,00
(-) PIS sobre receitas	0,00
(-) COFINS sobre receitas	0,00
(-) ICMS sobre vendas	0,00
(-) ISS sobre serviços	0,00
(-) Vendas Canceladas	0,00
(-) Outras deduções	0,00
Outras Receita Operacionais	
Outras receitas operacionais	0,00

Receitas Financeiras Patrimoniais	
Descontos Obtidos	0,00
Renda de aluguéis e arrendamentos	0,00
Rendimentos de Títulos e Aplicações no Mercado Financeiro	3.463,46
(-) Impostos s/aplicações financeiras	0,00
Outras Receitas Financeiras	0,00
Receitas Não-Operacionais	
Venda de Ativo Permanente	0,00
Doações receb. em bens ou mercadorias	0,00
Outras Receitas Não-Operacionais	0,00
Outras Receitas	
Outras receitas não classificadas anteriormente	0,00
TOTAL RECEITAS	3.919.418,86

- DESPESAS (R$)	
Despesas com Pessoal	
Salários de Funcionários(c/ vínculo empregatício)	1.180.419,00
Encargos Sociais com Pessoal	221.349,00
Despesas Diversas com Pessoal	105.658,00
Remuneração de Dirigentes	0,00
Encargos Sociais com dirigentes	0,00
Outras Encargos Sociais Compulsórios	0,00
Outras despesas com Pessoal	58.461,00
Serviços Contratados	
Recursos Humanos Externos – Pessoa Física	0,00
Recursos Humanos Externos – Pessoa Jurídica	42.456,00
INSS sobre serviços prestados por terceiros	0,00
Outras despesas com serviços contratados	0,00
Custos de Projetos	
Custos de Projetos	0,00
Despesas Gerais e Administrativas	
Águas, gás e energia elétrica	23.002,81
Aluguéis pagos	0,00
Despesas com veículos	0,00
Diárias e viagens	0,00
Hospedagem	0,00
Passagens aéreas/rodoviárias	0,00
Telefone, Fax e outras desp. c/comunicações	14.500,00
Publicações Técnicas	0,00
Serviços Técnicos e Especializados	0,00
Despesas com Informática	6.894,00
Prêmios de seguros contratados	0,00
Despesas com atividades sociais e culturais	0,00

Outras despesas administrativas	635.425,00
Despesas com bolsas de estudo a Terceiros	
Ensino Fundamental	0,00
Curso Superior	0,00
Estagiários	0,00
Mestrados, Doutorados e Pós-Doutorados	0,00
Outras despesas com Bolsas de Estudo	0,00
Impostos, Taxas e Contribuições (não-lançados) em Receitas	
Impostos federais	0,00
Impostos estaduais	0,00
Impostos municipais	0,00
CMPF	0,00
COFINS	0,00
IOF	0,00
Outros tributos, taxas e contribuições	23.410,71
Despesas Beneficentes	
Doação de Alimentos	0,00
Doação de Roupas e Agasalhos	0,00
Doação de Medicamentos	0,00
Outras despesas Beneficentes	0,00
Despesas Financeiras	
Descontos concedidos	0,00
Despesas Bancárias	12.689,60
Outras despesas financeiras	0,00
Depreciação, Amortização e Leasing	
Despesas com Depreciação	0,00
Despesas com Amortização	0,00
Despesas com Leasing	0,00
Outras Despesas Operacionais	
(-) Recuperação de despesas	0,00
Outras despesas operacionais	0,00
Outras Despesas Não-Operacionais	
Custo de ativo permanente vendido	0,00
Custo de ativo permanente baixado	0,00
Outras despesas não-operacionais	0,00
Participações e contribuições	
Participações e Contribuições	0,00
Outras Despesas e Custos	
Outras despesas não classificadas anteriormente	0,00
Provisões Constituídas	
Provisão para Imposto de Renda e CSLL	0,00
Outras provisões constituídas	0,00

TOTAL DESPESAS	3.897.850,38
- SUPERÁVIT / DÉFICIT (R$)	
RECEITAS	3.915.955,40
(-) Impostos sobre a receita	0,00
(-) Abatimento e cancelamentos	0,00
RECEITA LÍQUIDA R$:	3.915.955,40
(-) Custos de serviços/produtos	0,00
SUPERÁVIT OU DÉFICIT BRUTO R$:	3.915.955,40
(-) Despesas gerais e administrativas	3.861.986,21
(-) Despesas financeiras	12.689,60
(-) Despesas tributárias	23.410,71
(-) Outras despesas operacionais	0,00
Receitas Financeiras	3.463,46
RESULTADO OPERACIONAL R$:	21.568,48
(-) Despesas não-operacionais	0,00
Receitas não-operacionais	0,00
RESULTADO DO EXERCÍCIO ANTES DE IRENDA E CSLL	21.568,48
(-) Provisão para IRenda e CSLL	0,00
RESULTADO DO EXERCÍCIO DEPOIS DO IRENDA E CSLL	21.568,48
(-) Participações e contribuições	0,00
SUPERÁVIT OU DÉFICIT DO EXERCÍCIO R$:	21.568,48

Notas Explicativas do Demonstrativo Contábil

I – CONTEXTO OPERACIONAL

NOTA 01 – Objetivos Constantes de seu estatuto

A instituição tem como atividade assistência médico-hospitalar, na conformidade dos padrões técnico e em caráter gratuito aos pacientes desprovidos de recursos, bem como firmar convênio com quaisquer outras entidades, de caráter público e privado. Atividade médico-hospitalar, sendo internações, ambulatórios e procedimentos cirúrgicos com predominância ao público atendido pelo SUS.

II – APRESENTAÇÃO DAS DEMONSTRAÇÕES:

NOTA 02:

As diretrizes contábeis adotadas para a contabilização das operações e elaboração das Demonstrações Financeiras emanam nas disposições das Leis das Sociedades Anônimas e Sociedades Ltda - Lei nº6.404/76 de 15/12/1976 e Resolução CFC nº877/2000, que aprovou a NBC T 10.19.

III – RESUMO DAS PRÁTICAS CONTÁBEIS

NOTA 03:

O Resultado é apurado pelo regime de caixa de exercício.

NOTA 04:

Tem aplicação financeira.

NOTA 05:

As receitas da entidade são apuradas através dos comprovantes de recebimento, entre eles avisos bancários, recibos de doações, depósitos bancários e outros.

NOTA 06:

a) Pessoa Física: R$14.932,26

a) Pessoa Jurídica: R$30.325,91

NOTA 07:

No ano de 2.014, a entidade recebeu o seguinte valor do Poder Público: R$ 2.354.186,76

NOTA 08:

Os recursos obtidos foram aplicados nas finalidades institucionais, de acordo com o Estatuto Social, demonstradas pelas suas Despesas e Investimentos Patrimoniais.

NOTA 09:

Os gastos usados em gratuidade estão nas contas, Salários/Proventos, FGTS, Honorários Médicos, Drogas-Medicamentos, Material Hospitalar, Material de Consumo, Salários e Serviços Prestados por Pessoas Jurídicas.

NOTA 10:

De acordo com o sistema de informação da entidade, no ano de 2016 foram realizados 1.113 atendimentos gratuitos, cuja média de valor é R$ 15,00, acarretando assim um total de R$ 16.695,00 de gratuidades concedidas.

NOTA 11:
Informar o(s) valor(es) da(s) isenção(ões) usufruída(s), da seguinte forma:
a) Cota Patronal INSS + SAT + Terceiros = R$185.446,31
b) Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social(COFINS) = R$0,00
c) Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) = R$0,00

Dados do Contabilista

CPF:212[redacted]-90
Nome Contador:Marcelo Gibelle Monje
Sexo: MASCULINO Nº de Registro no CRC:1[redacted]O-4

Avaliação do Relatório

Na sua opinião, este formulário para o Relatório Circunstanciado facilita a elaboração dos relatórios de serviços? Sim
Tem alguma sugestão para que o relatório alcance esse objetivo?
Não.
O CNEs cumpriu com o objetivo de simplificar a Prestação de Contas? Sim
Tem alguma sugestão para que o relatório alcance esse objetivo?
Não.
O preenchimento deste relatório proporcionou um momento de reflexão da entidade em relação às ações desenvolvidas e aos resultados obtidos? Sim
Tem alguma sugestão para que o relatório alcance esse objetivo?
Não.
Você tem alguma sugestão para simplificar e/ ou aprimorar este relatório?
Nenhuma. A iniciativa do preenchimento online foi excelente, pois facilita a prestação de contas.

Representante Legal da Entidade,

Assinatura:

Marcelo de Souza Oliveira
Interventor/Diretor Presidente
Número do CPF: 28[redacted]-32

HOSPITAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE
BIRIGUI

Birigui, 28 de março de 2025.

ENCAMINHAMENTO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS
OFÍCIO: 51/2025 - BIRIGUI

CONTRATANTE:	**Prefeitura Municipal de Birigui**
CONTRATO DE GESTÃO:	**11.368/2024**
PROJETO:	**Birigui – Pronto Socorro Municipal**
CNPJ:	**52.941.614/0001-71**
EXERCÍCIO:	**ANUAL/2024**

Ilustríssima Senhora:

Em cumprimento ao estabelecido Contrato de Gestão 11.368/2024, firmado entre o município de Birigui e o Hospital de Benemerência Senhor Bom Jesus, com o compromisso entre as partes para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Pronto Socorro Municipal – "Dr. Alceu Lot", vem respeitosamente encaminhar a Prestação de Contas Técnica referente do ano de 2024 embasados em relatórios obtidos neste período.

No ensejo, apresentamos os nossos protestos de elevada estima e distinta consideração, nos colocamos a sua inteira disposição para todos os esclarecimentos que se fizerem necessário.

Atenciosamente.

SERGIO DONIZETI FELIX
COORDENADORA ADMINISTRATIVA

CRISTIANE CHAVES
AUDITORIA INTERNA

Endereço: Rua Luiz Oba, Nº 249 – Bairro: Vila Silvares, Cidade: Birigui - SP
CEP: 16201-004 – Fone: (18) 3642-2504 – E-mail: admps.birigui@hsbj.com.br

HOSPITAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE
BIRIGUI

RELATÓRIO TÉCNICO ANUAL

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL
CONTRATO DE GESTÃO 11.368/2024

BIRIGUI-SP

Endereço: Rua Luiz Oba, Nº 249 – Bairro: Vila Silvares, Cidade: Birigui - SP
CEP: 16201-004 – Fone: (18) 3642-2504 – E-mail: admps.birigui@hsbj.com.br

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....04
2. COMPARATIVO METAS ALCANÇADAS.....06

Endereço: Rua Luiz Oba, Nº 249 – Bairro: Vila Silvares, Cidade: Birigui - SP
CEP: 16201-004 – Fone: (18) 3642-2504 – E-mail: admps.birigui@hsbj.com.br

1. INTRODUÇÃO – APRESENTAÇÃO DA ENTIDADE

O **Hospital Senhor Bom Jesus** de Monte Azul Paulista nasceu graças ao empenho do Sr. Julião Arroyo e da população Monteazulense que construiu o hospital em uma área de 920 metros quadrados, em um terreno doado em 1.951 pelo Sr. Sebastião de Souza Lima e esposa.

Sua fundação aconteceu em 15 de novembro de 1953 com o nome fantasia Hospital São Vicente de Paulo.

Teve seu primeiro Estatuto Social da entidade, registrado em 29 de abril de 1954. O Hospital era ligado à Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP), através do Conselho Central da Diocese de Jaboticabal e administrado por cidadãos Monteazulenses conhecidos como "vicentinos".

Nos anos 60 o Hospital contava com a colaboração das Irmãs Franciscanas da Imaculada Conceição. A dedicação delas e de toda a equipe resultaram em reconhecimento de diversas esferas do Governo, bem como na obtenção de títulos como o de Utilidade Pública.

Nos anos 70 a entidade fez aquisição de novos aparelhos e instrumentos para melhoria dos atendimentos aos pacientes. Foi nessa época também reconhecida como Entidade Filantrópica Sem Fins Lucrativos, título concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social.

Nos anos 80 com a criação do SUS a entidade construiu uma nova ala hospitalar que proporcionou o aumento do número de leitos.

Na década de 90 a demanda de pacientes aumentou consideravelmente. Foi preciso disponibilizar novas salas e novos serviços para atendimento. Nessa época também foi construído o Centro Cirúrgico graças ao trabalho incansável do Sr. Joaquim Luiz Delarco.

Ainda nessa década houve a parceria de novos convênios, como Unimed e Santa Casa e finalmente a criação do próprio plano de saúde do Hospital, denominado São Vicente Saúde.

Hospital sempre conviveu com dificuldade financeira, mas nessa década a condição agravou. Nesse ano é criado o Grupo de Voluntárias da Esperança (VOE) na tentativa de ajudar o Hospital. O Grupo VOE foi responsável pela reforma da cozinha e por vários eventos que levantaram recursos para pagamento das contas do Hospital.

Em 2006 foi criada a Associação Monteazulense de Benemerência, responsável agora pela nova gestão do Hospital. Agora sob a administração da AMOBEN o Hospital arrecadou recursos financeiros através de doações, de participações em eventos como Leilões, da continuidade das campanhas do Grupo VOE, da venda da carteira de clientes do Plano São Vicente Saúde para Unimed, e finalmente do carnê de mensalidades da Campanha Comunidade Solidária.

A AMOBEN desde seu início de mandato movia uma documentação no cartório, que pedia em um dos seus pontos a alteração do nome fantasia, mas somente em 21 de fevereiro de 2013 o pedido se concretizou. O Hospital São Vicente de Paulo alterou oficialmente seu nome para, **Hospital Senhor Bom Jesus**. Ainda em 2013 houve a reforma da ala SUS.

Atualmente conta com 40 leitos ativos para internação, devidamente cadastrados no CNES e distribuídos nas especialidades conforme tabela abaixo:

Endereço: Rua Luiz Oba, Nº 249 – Bairro: Vila Silvares, Cidade: Birigui - SP
CEP: 16201-004 – Fone: (18) 3642-2504 – E-mail: admps.birigui@hsbj.com.br

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ESPEC - CIRURGICO		
CIRURGIA GERAL	7	4
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	18	13
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	4	2
OBSTETRICIA CLINICA	4	2
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	2	1
PEDIATRIA CLINICA	5	3

A entidade é detentora do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social-CEBAS/SAÚDE, válido até 31 de dezembro de 2024.

MISSÃO, VISÃO E VALORES DA INSTITUIÇÃO

MISSÃO:
Prestar serviço e atendimento de saúde com qualidade e respeito a sociedade e aos seus parceiros, sendo através da transparência e sustentabilidade um ambiente de confiança e amor ao próximo.

VISÃO:
Ser referência em liderança e serviços de saúde.

VALORES:

- Transparência;
- Humanização;
- Resultados;
- Valorização de Recursos Humanos.

Endereço: Rua Luiz Oba, Nº 249 – Bairro: Vila Silvares, Cidade: Birigui - SP
CEP: 16201-004 – Fone: (18) 3642-2504 – E-mail: admps.birigui@hsbj.com.br

HOSPITAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE
BIRIGUI

COMPARATIVO DOS INDICADORES SOBRE AS METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS

INDICADOR 1:

DESCRIÇÃO INDICADOR	META PROPOSTA	META ALCANÇADA
AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA PRODUTIVIDADE POR MEIO DO MONITORAMENTO DAS AÇÕES PACTUADAS NA PRODUTIVIDADE	100% atingida 15 PONTOS MENSAL	100% atingida

1. SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE METAS E INDICADOR

METAS QUANTITATIVAS - 2024

PRODUTIVIDADE – Pronto Socorro Municipal - "Alceu Lot"

Descrição	Meta Mensal	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
Acolhimento com Classificação de Risco	14.000	14.445	13.325	11.075	11.440	13.024	11.068	11.893	11.697
	100%	103,18%	95,18%	79,11%	81,71%	93,03%	79,06%	84,95%	83,55%
Atendimento Médico de Clínica Médica	14.000	11.128	10.292	9.531	9.988	10.437	10.385	9.528	10.007
	100%	79,49%	73,51%	68,08%	71,34%	74,55%	74,18%	68,06%	71,48%
Atendimento Médico de Ortopedia	641	762	763	803	855	816	910	746	847
	100%	118,88%	119,03%	125,27%	133,39%	127,30%	141,97%	116,38%	132,14%
Atendimento Médico em Pediatria	3000	3.317	3.055	2.247	2.944	2.645	2.504	2.456	1.902
	100%	110,57%	101,83%	74,90%	98,13%	88,17%	83,47%	81,87%	63,40%
Diagnótico em Laboratório Clínico	6.000	6.804	5.139	5.112	4.583	6.260	5.825	6.500	7.892
	100%	113,40%	85,65%	85,20%	76,38%	104,33%	97,08%	108,33%	131,53%
Diagnóstico por Tomografia	750	648	590	799	793	895	1.002	593	675
	100%	86,40%	78,67%	106,53%	105,73%	119,33%	133,60%	79,07%	90,00%
Diagnóstico por Radiologia	2.500	3.629	3.496	3.320	3.382	3.749	3.100	3.259	3.124
	100%	145,16%	139,84%	132,80%	135,28%	149,96%	124,00%	130,36%	124,96%
Diagnóstico por Eletrocardiograma	700	615	638	673	720	635	729	760	764
	100%	87,86%	91,14%	96,14%	102,86%	90,71%	104,14%	108,57%	109,14%
Administração de Medicamentos	14.000	23.807	20.842	24.189	25.814	25.051	27.554	28.223	29.695
	100%	170,05%	148,87%	172,78%	184,39%	207,51%	196,81%	201,59%	212,11%
Ultrassonografia	80	5	2	11	8	4	18	1	1
	100%	6,25%	2,50%	13,75%	10,00%	5,00%	22,50%	1,25%	1,25%
Total	55.671	65.160	58.142	57.760	60.527	67.516	63.095	63.959	66.604
	100%								

JUSTIFICATIVA:

Este relatório faz referência aos quantitativos de metas e serviço pactuadas no Contrato de Gestão 11.368/2024 ao qual o Hospital de Benemerência Senhor Bom Jesus assumiu a gestão do Pronto Socorro Municipal em 01/05/2024, a avaliação das metas programadas sofreram alterações, visto que o perfil da unidade de Urgência e Emergência é por ***DEMANDA ESPONTÂNEA***, não sendo possível estipular e ou manter meta quantitativa, uma vez que, para demais tratamentos os mesmos recorrem à Unidade Básica de Saúde, e que além de serem mais próximas, oferecem tratamentos mais prolongados. Os dados refletem os resultados obtidos no ano de 2024, cabendo assim o monitoramento dos atendimentos para reavaliação dos quantitativos estipulados em Contrato de Gestão, assim, toda atenção e esforços do Hospital de Benemerência Senhor Bom Jesus foram no sentido que a unidade oferecesse ao usuário o melhor atendimento.

Endereço: Rua Luiz Oba, Nº 249 – Bairro: Vila Silvares, Cidade: Birigui - SP
CEP: 16201-004 – Fone: (18) 3642-2504 – E-mail: admps.birigui@hsbj.com.br

INDICADOR 2:

DESCRIÇÃO INDICADOR	META PROPOSTA	META ALCANÇADA
REVISÃO E PADRONIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS ASSISTÊNCIAIS (APRESENTAR 1 POR MÊS)	100% atingida 5 PONTOS	100% ATINGIDO
TODOS OS PROTOCOLOS FORAM IMPLANTADOS E APRESENTADOS NAS PRESTAÇOES DE CONTAS MENSAL.		

INDICADOR 3:

DESCRIÇÃO INDICADOR	META PROPOSTA	META ALCANÇADA
Avaliação da qualidade da Assistência: Abrangência da Pesquisa de Satisfação.	100% atingida 2,5 PONTOS	100% ATINGIDO
TODOS OS RELATÓRIOS DA PESQUISA DE SATISFAÇAO FORAM APRESENTADOS MENSALMENTE.		

INDICADOR 4:

DESCRIÇÃO INDICADOR	META PROPOSTA	META ALCANÇADA
Avaliação da qualidade da Assistência: Nível de Satisfação do usuário.	100% atingida 2,5 PONTOS	100% ATINGIDO
TODOS OS RELATÓRIOS DA PESQUISA DE SATISFAÇAO FORAM APRESENTADOS MENSALMENTE.		

INDICADOR 5:

DESCRIÇÃO INDICADOR	META PROPOSTA	META ALCANÇADA
Incentivar e Monitorar as atividades de Educação Permanente para o aprimoramento e qualificação dos profissionais que atuam nas Unidades de Pronto Atendimento.	100% atingida 2,5 PONTOS	100% ATINGIDO
TODOS OS RELATÓRIOS E FOTOS DE EDUCAÇAO PERMANENTE FORAM APRESENTADOS MENSALMENTE.		

Endereço: Rua Luiz Oba, Nº 249 – Bairro: Vila Silvares, Cidade: Birigui - SP
CEP: 16201-004 – Fone: (18) 3642-2504 – E-mail: admps.birigui@hsbj.com.br

INDICADOR 6:

DESCRIÇÃO INDICADOR	META PROPOSTA	META ALCANÇADA
Atividade das Comissões, conforme responsabilidades da OSS previstas no Contrato de Gestão.	100% atingida 5 PONTOS	100% ATINGIDO
TODAS AS COMISSÕES FORAM IMPLANTADAS E APRESENTADAS MENSALMENTE NAS PRESTAÇÕES DE CONTAS TÉCNICA.		

INDICADOR 7:

DESCRIÇÃO INDICADOR	META PROPOSTA	META ALCANÇADA
Resolver as demandas da Ouvidoria SUS, conforme protocolo preconizado	100% atingida 5 PONTOS	100% ATINGIDO
TODAS AS DEMANDAS DE OUVIDORIA FORAM RESOLVIDAS DENTRO DA COMPETÊNCIA E APRESENTADO MENSALMENTE NAS PRESTAÇOES DE CONTAS TÉCNICA.		

INDICADOR 8:

DESCRIÇÃO INDICADOR	META PROPOSTA	META ALCANÇADA
Manutenção da estrutura profissional contratualizada para garantia da qualidade das atividades.	100% atingida 5 PONTOS	100% ATINGIDO
A ESTRUTURA PROFISSIONAL FOI GARANTIDA CONFORME CONTRATO, ESCALAS E PONTOS FORAM APRESENTADOS MENSALMENTE NAS PRESTAÇOES DE CONTAS TÉCNICA.		

INDICADOR 9:

DESCRIÇÃO INDICADOR	META PROPOSTA	META ALCANÇADA
Transmitir as informações epidemiológicas e de produção	100% atingida 5 PONTOS	100% ATINGIDO
TODAS AS INFORMAÇOES EPIDEMIOLÓGICAS FORAM TRANSMITIDAS E ASSISTIDAS MENSALMENTE, CONFORME RELATÓRIOS E PROTOCOLOS ANEXADOS NAS PRESTAÇOES DE CONTAS TÉCNICA.		

Endereço: Rua Luiz Oba, Nº 249 – Bairro: Vila Silvares, Cidade: Birigui - SP
CEP: 16201-004 – Fone: (18) 3642-2504 – E-mail: admps.birigui@hsbj.com.br

INDICADOR 10:

DESCRIÇÃO INDICADOR	META PROPOSTA	META ALCANÇADA
Transmissão de informações de produção.	100% atingida 5 PONTOS	100% ATINGIDO
TODAS AS INFORMAÇOES DE PRODUÇAO FORAM TRANSMITIDAS E ANEXADO PROTOCOLOS NAS PRESTAÇOES DE CONTAS TÉCNICA.		

INDICADOR 11:

DESCRIÇÃO INDICADOR	META PROPOSTA	META ALCANÇADA
Garantia do pagamento dos profissionais celetistas	100% atingida 5 PONTOS	100% ATINGIDO
TODOS OS PAGAMENTOS FORAM GARANTIDOS DENTRO DO PRAZO.		

INDICADOR 12:

DESCRIÇÃO INDICADOR	META PROPOSTA	META ALCANÇADA
Garantia do pagamento dos profissionais contratados PJ	100% atingida 5 PONTOS	100% ATINGIDO
TODOS OS PAGAMENTOS FORAM GARANTIDOS DENTRO DO PRAZO.		

INDICADOR 13:

DESCRIÇÃO INDICADOR	META PROPOSTA	META ALCANÇADA
Garantia do pagamento dos itens de consumo	100% atingida 5 PONTOS	100% ATINGIDO
TODOS OS PAGAMENTOS FORAM GARANTIDOS DENTRO DO PRAZO.		

Endereço: Rua Luiz Oba, Nº 249 – Bairro: Vila Silvares, Cidade: Birigui - SP
CEP: 16201-004 – Fone: (18) 3642-2504 – E-mail: admps.birigui@hsbj.com.br

INDICADOR 14:

DESCRIÇÃO INDICADOR	META PROPOSTA	META ALCANÇADA
Apresentação de documentos que compõe a prestação de contas no prazo determinado	**100% atingida 5 PONTOS**	**100% ATINGIDO**
DOCUMENTAÇAO ENVIADA DENTRO DO PRAZO		

INDICADOR 15:

DESCRIÇÃO INDICADOR	META PROPOSTA	META ALCANÇADA
Apresentação dos comprovantes de recolhimento dos impostos.	**100% atingida 5 PONTOS**	**100% ATINGIDO**
COMPROVANTES APRESENTADOS NA PRESTAÇAO DE CONTAS FINANCEIRA, DENTRO DO PRAZO.		

Conforme demonstrativo de metas acima, o recurso destinado ao objeto contratual foi implantado de forma integral.

Até a presente data, não foi enviado parecer conclusivo sobre as metas quantitativas e qualitativas pela comissão de avaliação, referente ao ano de 2024.

Sem mais, aproveito para reiterar protestos de estimas e consideração e colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Birigui, 28 de março de 2025

CRISTIANE CHAVES
AUDITORIA INTERNA E MONITORAMENTO DE METAS

Endereço: Rua Luiz Oba, Nº 249 – Bairro: Vila Silvares, Cidade: Birigui - SP
CEP: 16201-004 – Fone: (18) 3642-2504 – E-mail: admps.birigui@hsbj.com.br

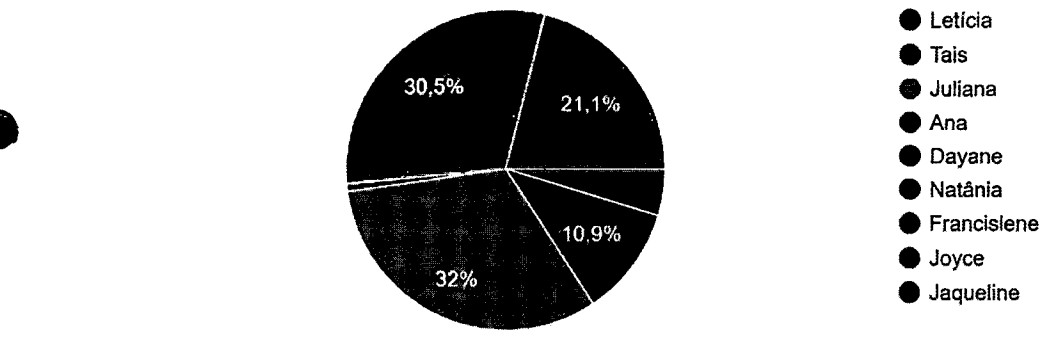
HOSPITAL

PESQUISA DE SATISFAÇÃO HOSPITAL SENHOR BOM JESUS

PRONTO ATENDIMENTO - CONVÊNIOS

COMPETÊNCIA: JANEIRO/2024

QUANTIDADE DE PESQUISAS REALIZADAS: 128

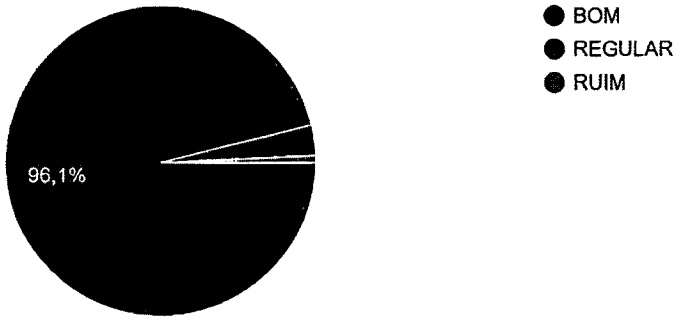


QUANTIDADE DE PESQUISA REALIZADAS POR CADA COLABORADOR	
COLABORADOR	**QUANTIDADE DE NOTAS LANÇADAS**
LETÍCIA	**06**
JOYCE	**39**
NATANIA	**FÉRIAS**
JULIANA	**41**
JAQUELINE	**27**
ANA	**01**
TAIS	**14**
TOTAL DE PESQUISAS REALIZADAS	**128**

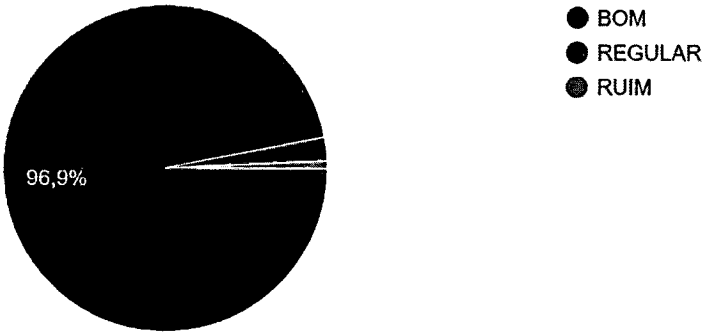
HOSPITAL

- RECEPÇÃO:

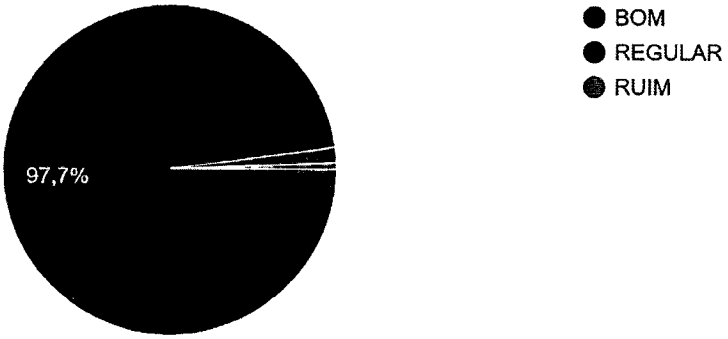
Recepção - Como você avalia o tempo de espera do atendimento da recepção?
128 respostas



Recepção - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da recepção?
128 respostas



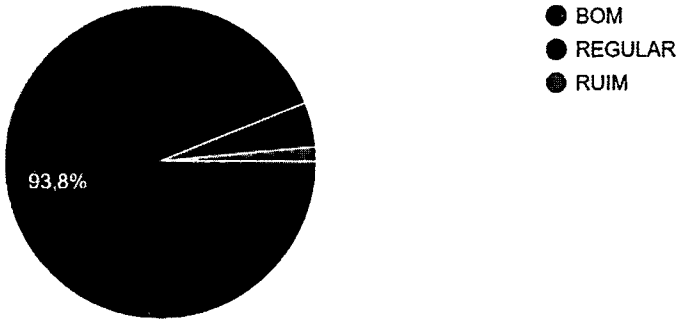
Recepção - Como você avalia o atendimento, as atendentes foram simpáticas e educadas?
128 respostas



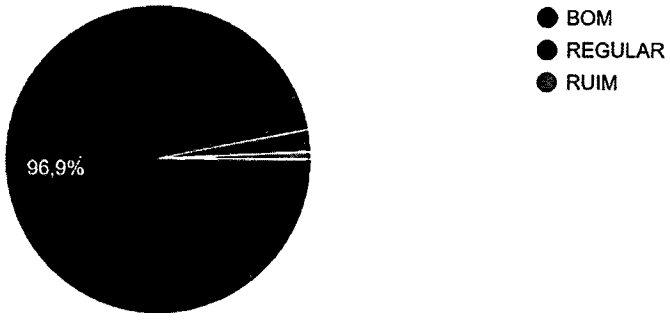
HOSPITAL

- ENFERMAGEM:

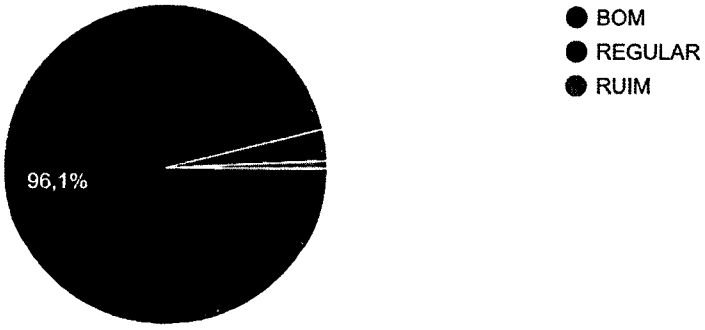
Enfermagem - Como você avalia o tempo de espera do atendimento da enfermagem?
129 respostas



Enfermagem - Como você avalia o nível de cordialidade do atendimento? As profissionais foram simpáticas e gentis no atendimento?
129 respostas



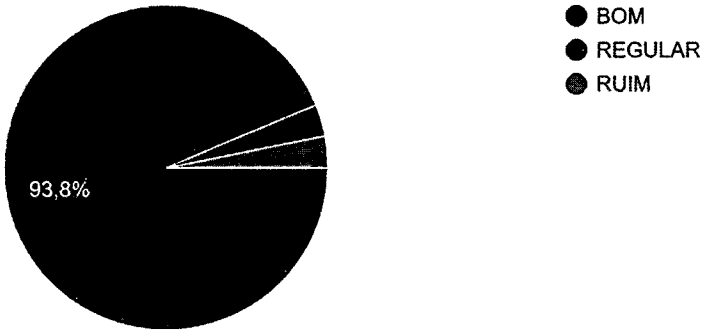
Enfermagem - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da enfermagem?
129 respostas



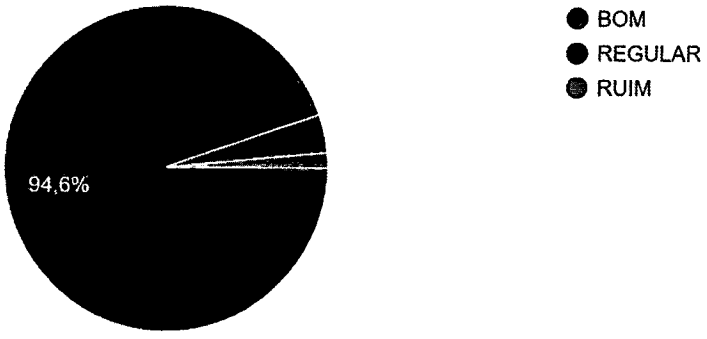
HOSPITAL

- MÉDICOS:

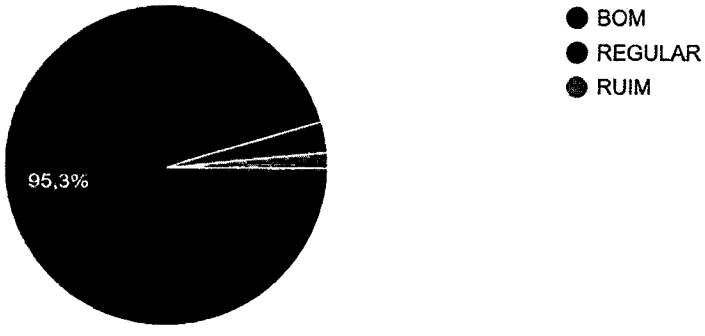
Médicos - Como você avalia o tempo do atendimento dentro do consultório?
129 respostas



Médicos - A respeito do atendimento, o médico explica o que você precisa saber, orienta e dá um bom conselho para o tratamento? Respondeu suas dúvidas e orientações, corretamente?
129 respostas



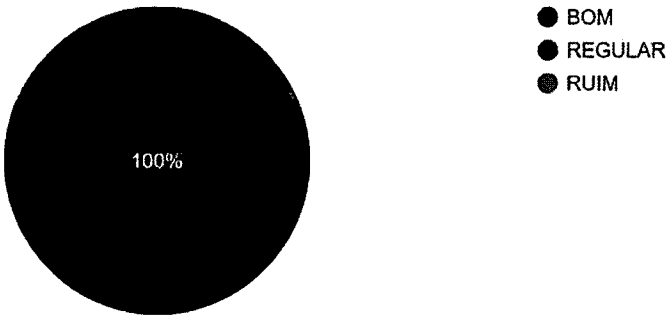
Médicos - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do médico?
129 respostas



HOSPITAL

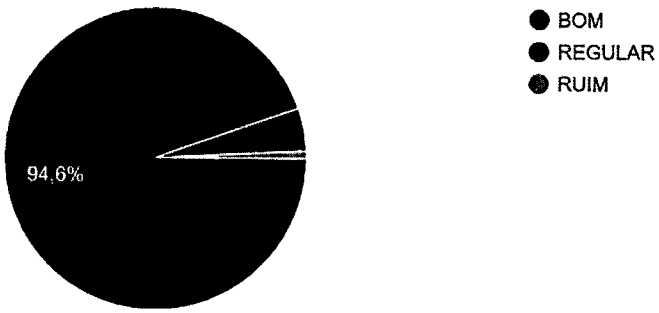
- RAIO-X:

RAIO-X - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do raio-x?
86 respostas



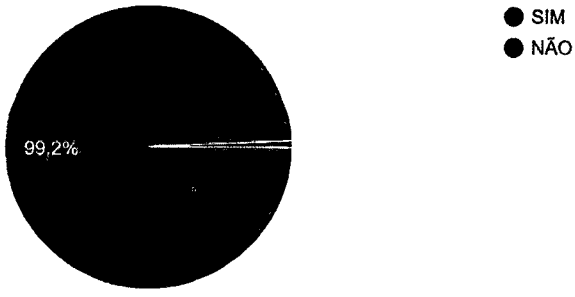
- LIMPEZA E INSTALAÇÕES:

INSTALAÇÕES - Quanto ao conforto, segurança e limpeza?
129 respostas



- RECOMENDAÇÕES:

VOCÊ RECOMENDARIA NOSSOS SERVIÇOS PARA UM FAMILIAR, AMIGO OU CONHECIDO?
129 respostas



HOSPITAL

- OBSERVAÇÕES:

FALTA ALCOOL NOS CORREDORES FALTA SABONETE LIQUIDO OBSERVAÇÃO FEMININA ESTA QUEBRADO O PORTA SABONETE LIQUIDO. AR CONDICIONADO NAO FUNCIONA TAMBÉM SÓ FAZ BARULHO E NÃO GELA.

AR CONDICIONADO SEM FUNCIONAR NA SALA DE MEDICAÇÃO AR CONDICONADO FAZ BARULHO

FALTA DE AR CONDICIONADO SALA DE MEDICAÇÃO

FALTA DE AR CONDICIONADO DA SALA DE MEDICAÇÃO

AR CONDICIONADO NAO ESTA FUNCIONANDO NA SALA DE MEDICAÇÃO

**nao passou pela enfermagem
comentário sobre falta de estacionamento para pacientes e falta de iluminação em frente ao portão de entrada

EXCELENTE MEDICO (DR MATHEUS)

paciente disse que sao todos atenciosos, medica explicou certinho as duvidas
oBS: QUARTO SEM AR CONDICIONADO (QUEBRADO)

demorou um pouco para vim aplicar a medicação

paciente reclamou bastante da demora em dar o primeiro atendimento e a demora em vim aplicar a medicação mesmo após o medico ter passado achou o médico "mal educado" (paciente é de severinia)

demorou para chamar para atendimento

HOSPITAL

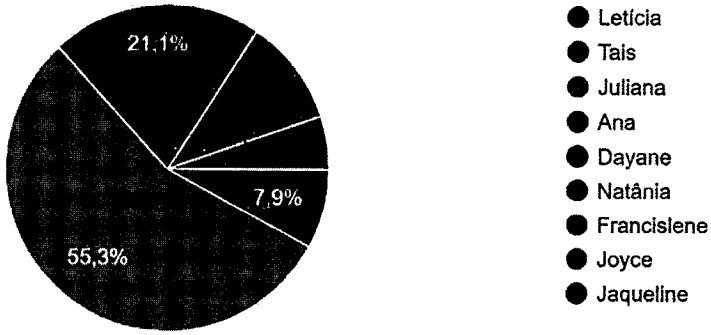
PESQUISA DE SATISFAÇÃO HOSPITAL SENHOR BOM JESUS

PRONTO ATENDIMENTO - CONVÊNIOS

COMPETÊNCIA: FEVEREIRO/2024

QUANTIDADE DE PESQUISAS REALIZADAS: 57

PESQUISA REALIZADA POR
38 respostas

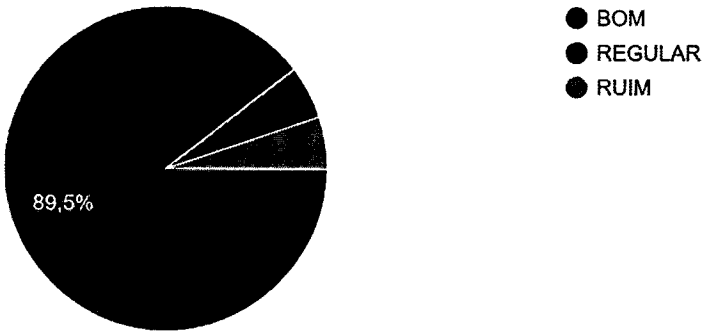


QUANTIDADE DE PESQUISA REALIZADAS POR CADA COLABORADOR	
PESQUISAS POR WHATSAPP	**19**
PESQUISAS MANUAIS REALIZADAS	**38**
PESQUISAS MANUAIS REALIZADAS	**57**

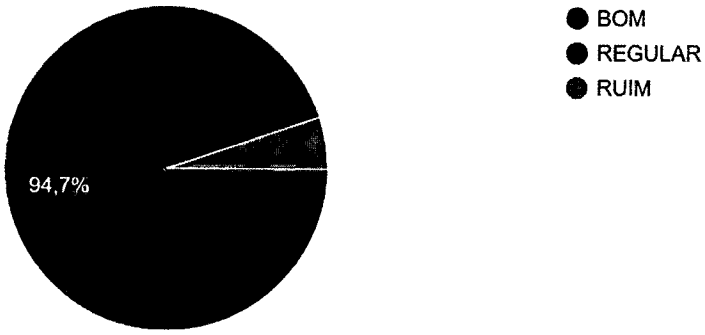
HOSPITAL

- RECEPÇÃO:

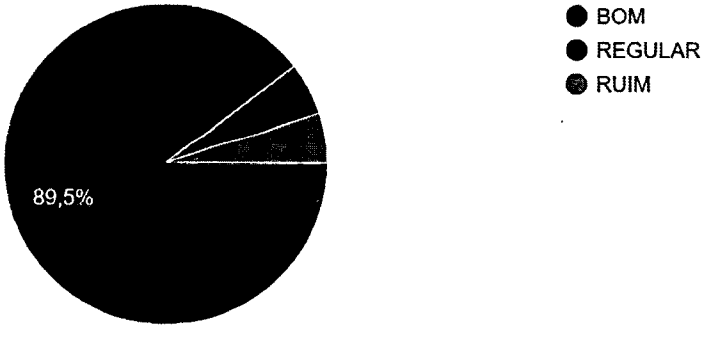
Recepção - Como você avalia o tempo de espera do atendimento da recepção?
19 respostas



Recepção - Como você avalia o atendimento, as atendentes foram simpáticas e educadas?
19 respostas



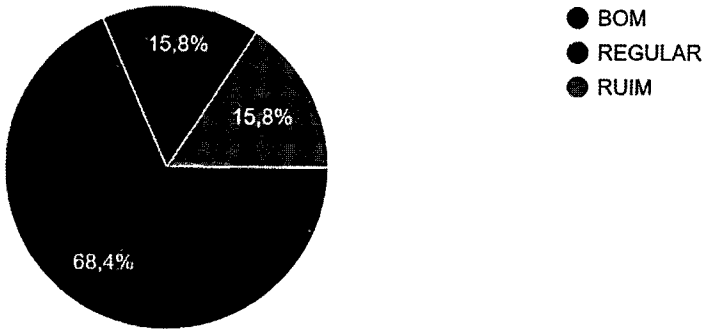
Recepção - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da recepção?
19 respostas



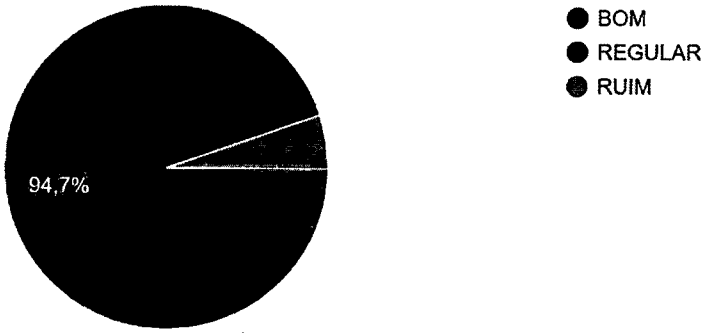
HOSPITAL

- ENFERMAGEM:

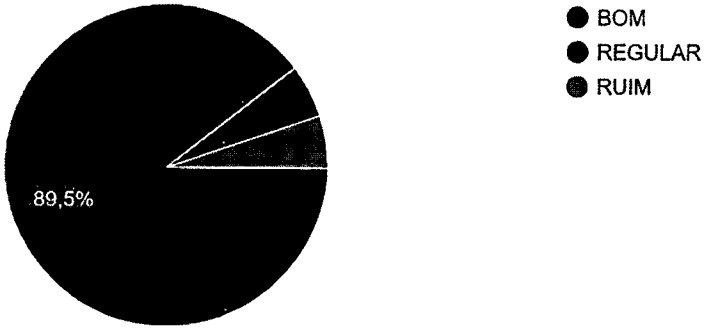
Enfermagem - Como você avalia o tempo de espera do atendimento da enfermagem?
19 respostas



Enfermagem - Como você avalia o nível de cordialidade do atendimento? As profissionais foram simpáticas e gentis no atendimento?
19 respostas



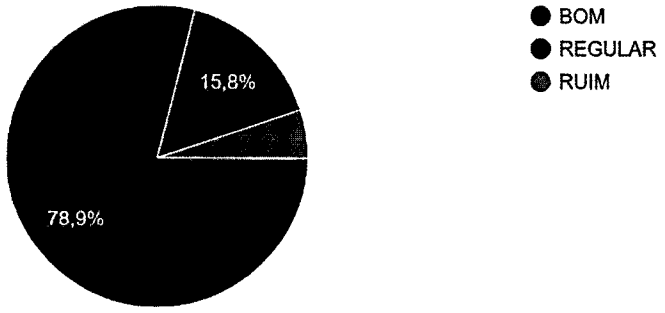
Enfermagem - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da enfermagem?
19 respostas



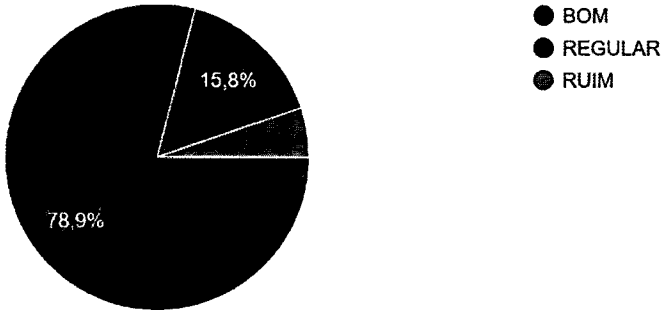
HOSPITAL

- MÉDICOS:

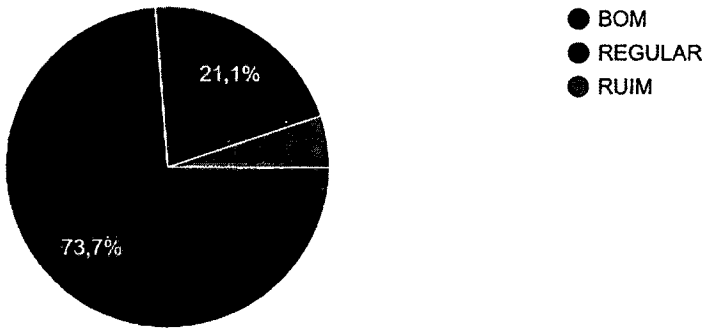
Médicos - Como você avalia o tempo do atendimento dentro do consultório?
19 respostas



Médicos - A respeito do atendimento, o médico explica o que você precisa saber, orienta e dá um bom conselho para o tratamento? Respondeu suas dúvidas e orientações, corretamente?
19 respostas



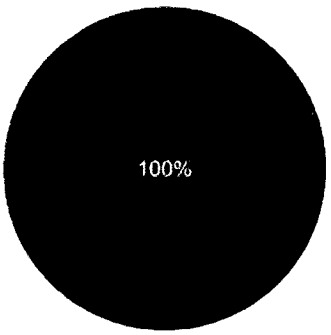
Médicos - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do médico?
19 respostas



HOSPITAL

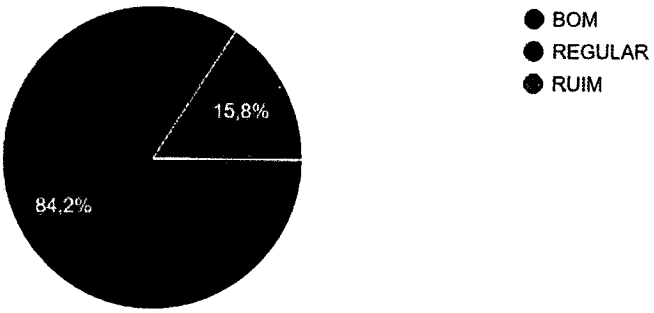
- RAIO-X:

RAIO-X - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do raio-x?
6 respostas



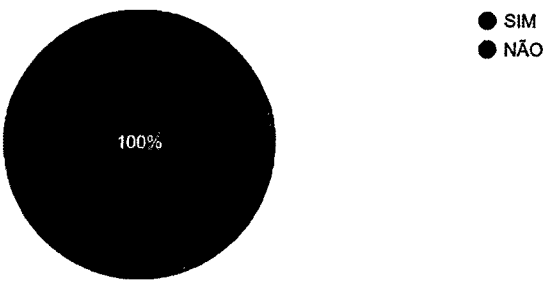
- LIMPEZA E INSTALAÇÕES:

INSTALAÇÕES - Quanto ao conforto, segurança e limpeza?
19 respostas



- RECOMENDAÇÕES:

VOCÊ RECOMENDARIA NOSSOS SERVIÇOS PARA UM FAMILIAR, AMIGO OU CONHECIDO?
19 respostas



HOSPITAL

- OBSERVAÇÕES:

Poderia trocar as meninas da recepção e colocar umas um pouco mais educada porque as que estão aí misericórdia olha a gente de cara feia e são muito sem educação

Coloque a opçao sensacional na próxima pesquisa, fomos muito, mas muito bem acolhidos como sempre!

Precisa melhorar mais,com médicos capacitados não são todos, más com alguns tem que melhorar

Fui a consulta no dia 19/02 apresentando sintomas de covid (gripe) falei que minha mãe estava positiva covid e que tinha feito teste no dia 18/02 (Ps) Sus porém não deu nada mas continuei com sintomas por isso passei novamente em.consulta dessa vez na Unimed mas Dra não me pediu nenhum teste covid,Disse que era uma gripe .passei novamente no Ps Sus dia 20/02 e fiz o.teste deu covid positivo .

A espera para realizar teste e tomar medicação é muito grande, mais de uma hora pra tomar uma medicação na veia e fazer um teste de covid, em troca de turno acaba sendo pior ainda.

Estive no hospital hoje, na parte da noite e a enfermeira Sandra, foi extremamente sem educação, sem amor ao proximo. Me deu medicamento na veia sem nem me passar o que era. Péssima profissional

HOSPITAL

PESQUISA DE SATISFAÇÃO HOSPITAL SENHOR BOM JESUS

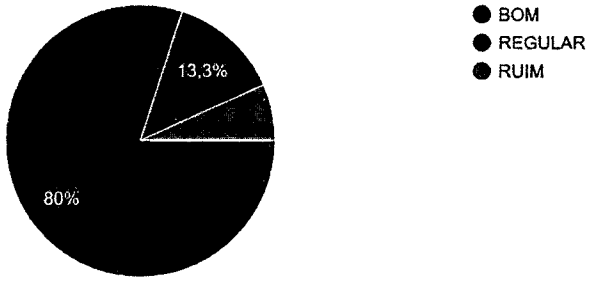
PRONTO ATENDIMENTO - CONVÊNIOS

COMPETÊNCIA: MARÇO/2024

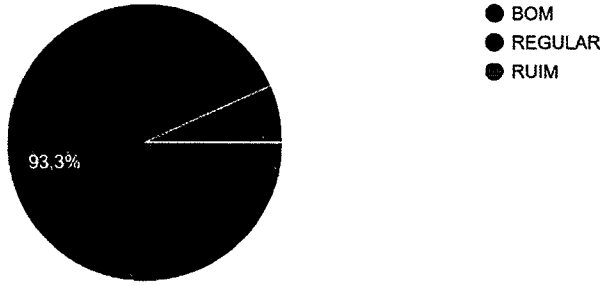
QUANTIDADE DE PESQUISAS REALIZADAS: 15

- RECEPÇÃO:

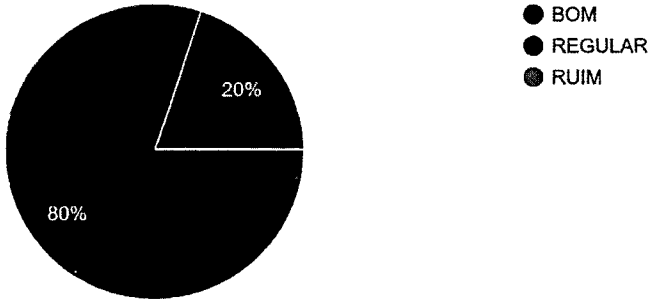
Recepção - Como você avalia o tempo de espera do atendimento da recepção?
15 respostas



Recepção - Como você avalia o atendimento, as atendentes foram simpáticas e educadas?
15 respostas



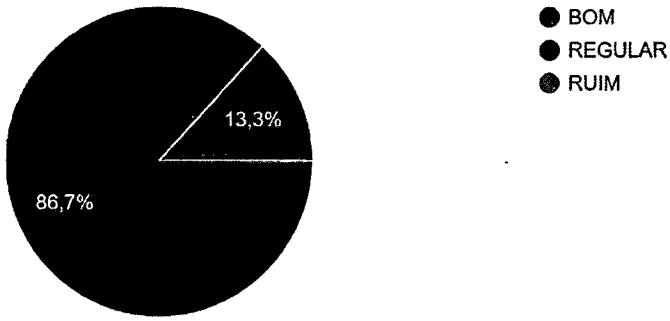
Recepção - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da recepção?
15 respostas



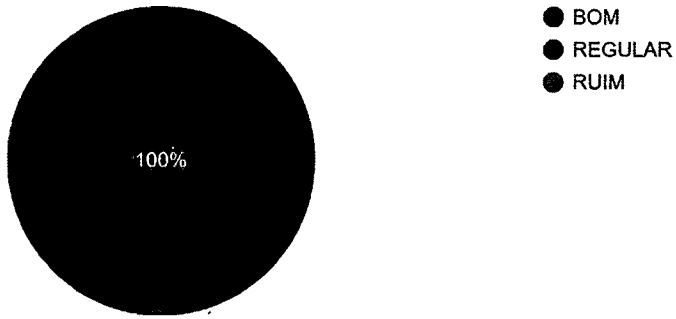
HOSPITAL

- ENFERMAGEM:

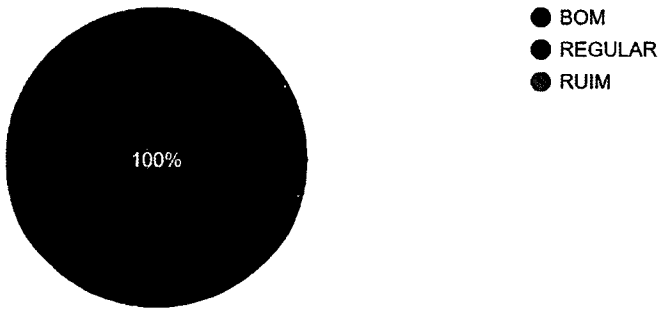
Enfermagem - Como você avalia o tempo de espera do atendimento da enfermagem?
15 respostas



Enfermagem - Como você avalia o nível de cordialidade do atendimento? As profissionais foram simpáticas e gentis no atendimento?
15 respostas



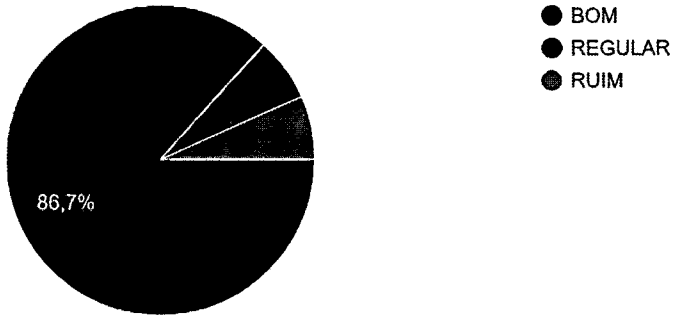
Enfermagem - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da enfermagem?
15 respostas



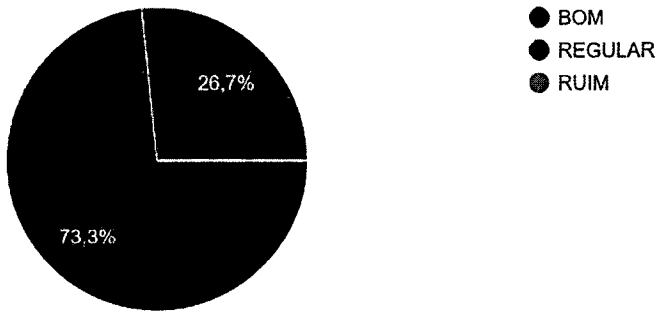
HOSPITAL

- MÉDICOS:

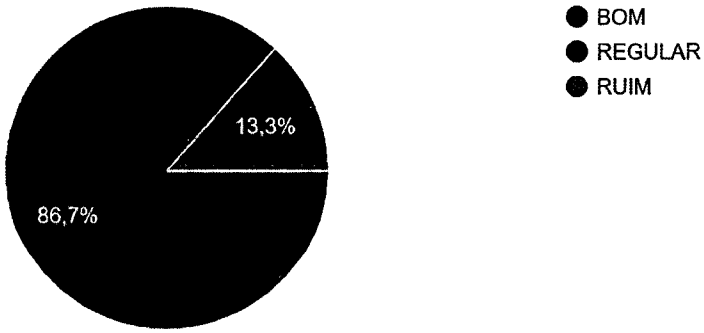
Médicos - Como você avalia o tempo do atendimento dentro do consultório?
15 respostas



Médicos - A respeito do atendimento, o médico explica o que você precisa saber, orienta e dá um bom conselho para o tratamento? Respondeu suas dúvidas e orientações, corretamente?
15 respostas



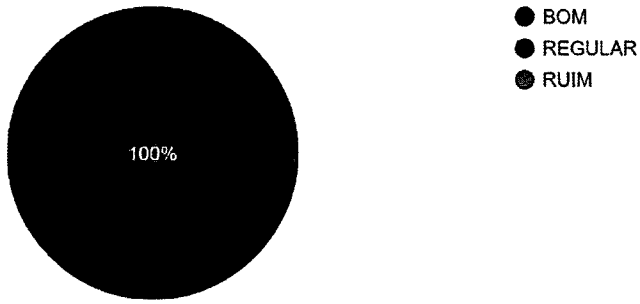
Médicos - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do médico?
15 respostas



HOSPITAL

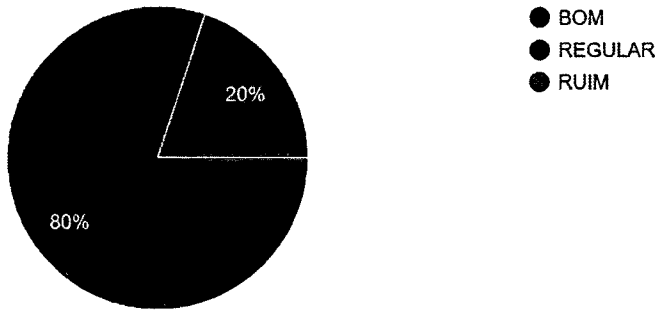
- RAIO-X:

RAIO-X - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do raio-x?
5 respostas



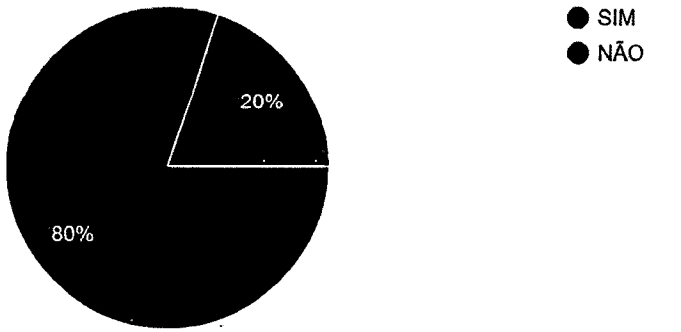
- LIMPEZA E INSTALAÇÕES:

INSTALAÇÕES - Quanto ao conforto, segurança e limpeza?
15 respostas



- RECOMENDAÇÕES:

VOCÊ RECOMENDARIA NOSSOS SERVIÇOS PARA UM FAMILIAR, AMIGO OU CONHECIDO?
15 respostas



HOSPITAL

- OBSERVAÇÕES:

pouca estrutura nos consultórios para unimed.

Poderia haver ventilação no quarto, pois o ar nunca está funcionando. Tanto da observação feminina quanto da masculina. Hoje msm com esse calor, não tem nada no quarto p circular o ar.

A minha reclamação está na quantidade de médicos de plantão num pronto Socorro. Apenas um médico. Se acontece um acidente como se resolve a falta de profissionais? Ele escolhe quem vai atender primeiro. No caso do Júlio era apenas uma febre, mas havia uma moça com fortes dores no estômago, uma idosa com falta de ar e chegou uma emergência que acabou em óbito. É lógico que essa pessoa tinha que ter prioridade de atendimento mas havia outras que ficaram esperando muito tempo o final triste do atendimento.

Muito bom o atendimento

Fui muito bem atendida.

HOSPITAL

PESQUISA DE SATISFAÇÃO HOSPITAL SENHOR BOM JESUS

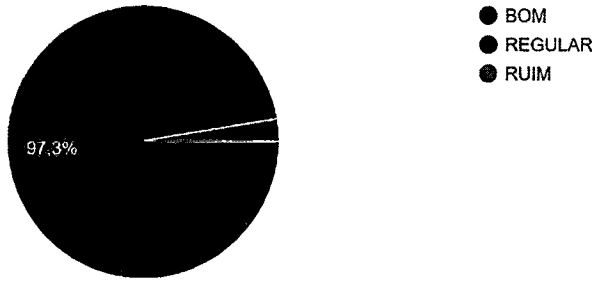
PRONTO ATENDIMENTO - CONVÊNIOS

COMPETÊNCIA: ABRIL/2024

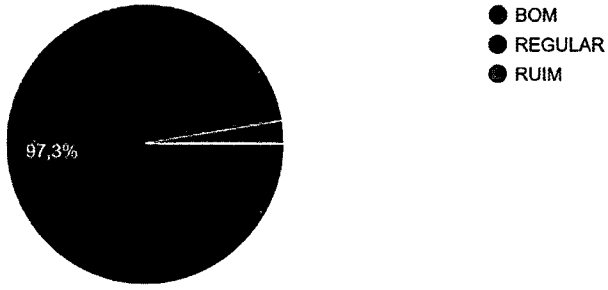
QUANTIDADE DE PESQUISAS REALIZADAS: 37

- RECEPÇÃO:

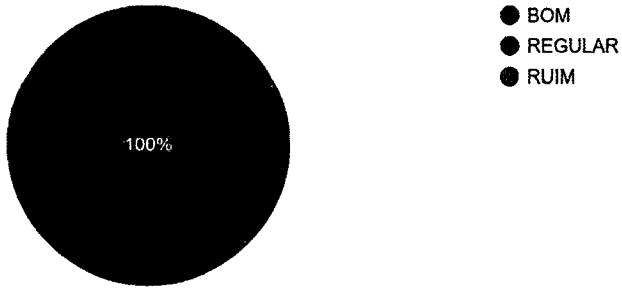
Recepção - Como você avalia o tempo de espera do atendimento da recepção?
37 respostas



Recepção - Como você avalia o atendimento, as atendentes foram simpáticas e educadas?
37 respostas



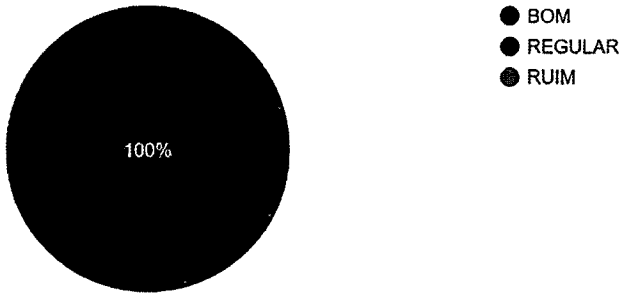
Recepção - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da recepção?
37 respostas



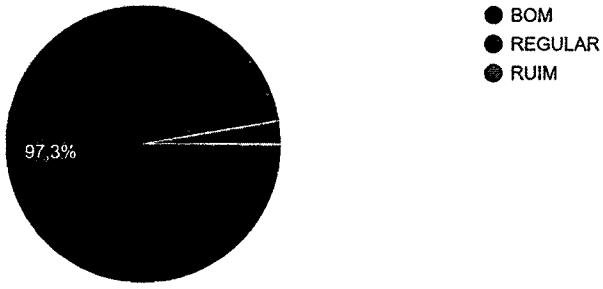
HOSPITAL

- ENFERMAGEM:

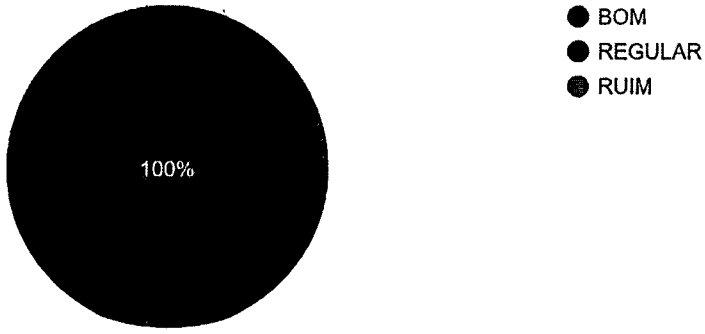
Enfermagem - Como você avalia o tempo de espera do atendimento da enfermagem?
37 respostas



Enfermagem - Como você avalia o nível de cordialidade do atendimento? As profissionais foram simpáticas e gentis no atendimento?
37 respostas



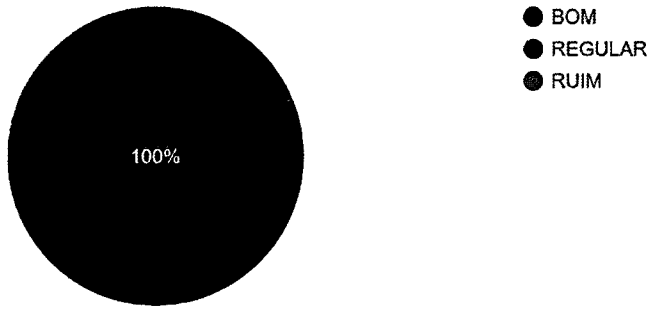
Enfermagem - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da enfermagem?
37 respostas



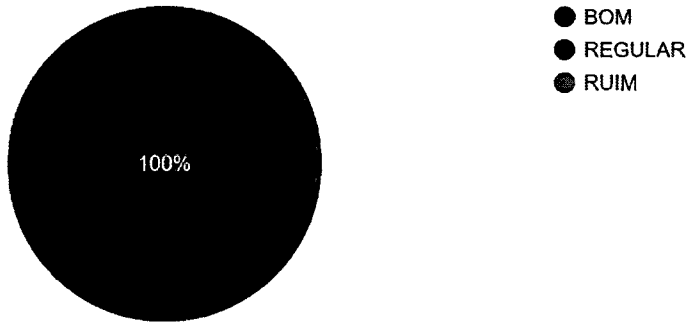
HOSPITAL

- MÉDICOS:

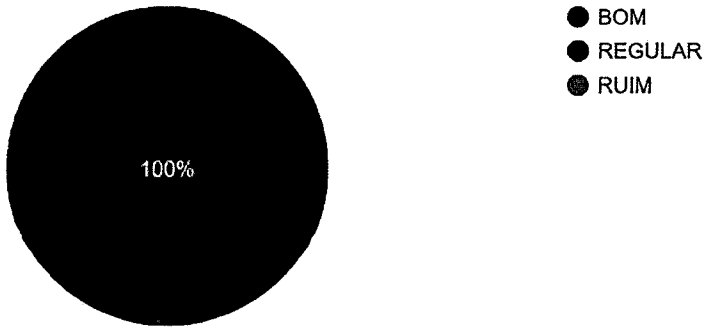
Médicos - Como você avalia o tempo do atendimento dentro do consultório?
37 respostas



Médicos - A respeito do atendimento, o médico explica o que você precisa saber, orienta e dá um bom conselho para o tratamento? Respondeu suas dúvidas e orientações, corretamente?
37 respostas



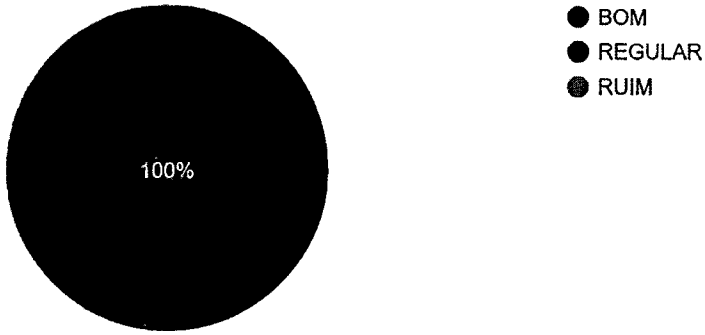
Médicos - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do médico?
37 respostas



HOSPITAL

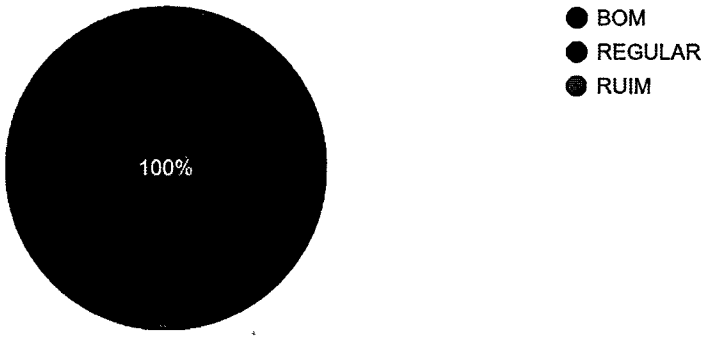
- RAIO-X:

RAIO-X - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do raio-x?
33 respostas



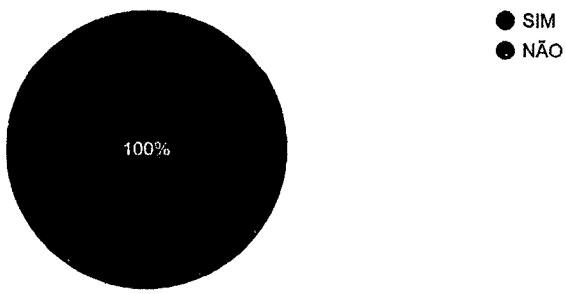
- LIMPEZA E INSTALAÇÕES:

INSTALAÇÕES - Quanto ao conforto, segurança e limpeza?
37 respostas



- RECOMENDAÇÕES:

VOCÊ RECOMENDARIA NOSSOS SERVIÇOS PARA UM FAMILIAR, AMIGO OU CONHECIDO?
37 respostas



HOSPITAL

PESQUISA DE SATISFAÇÃO HOSPITAL SENHOR BOM JESUS

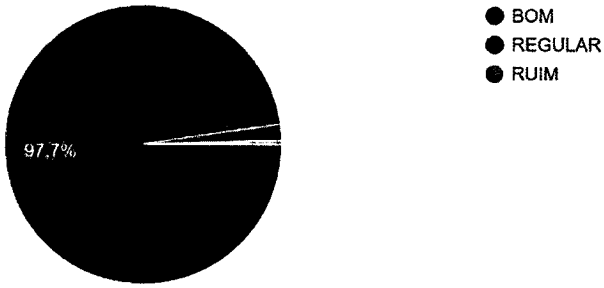
PRONTO ATENDIMENTO - CONVÊNIOS

COMPETÊNCIA 05-2024

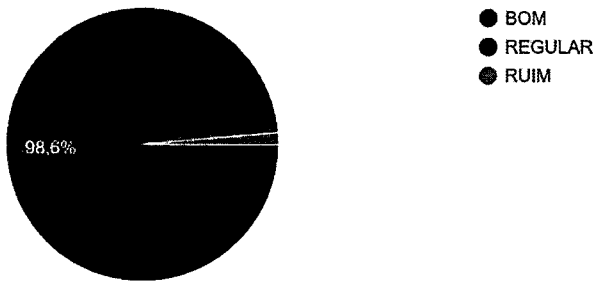
QUANTIDADE DE RESPOSTAS: 217

- RECEPÇÃO:

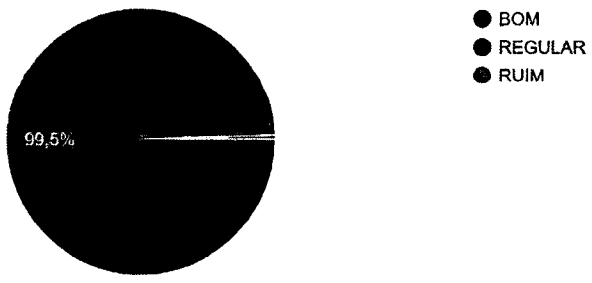
Recepção - Como você avalia o tempo de espera do atendimento da recepção?
217 respostas



Recepção - Como você avalia o atendimento, as atendentes foram simpáticas e educadas?
217 respostas



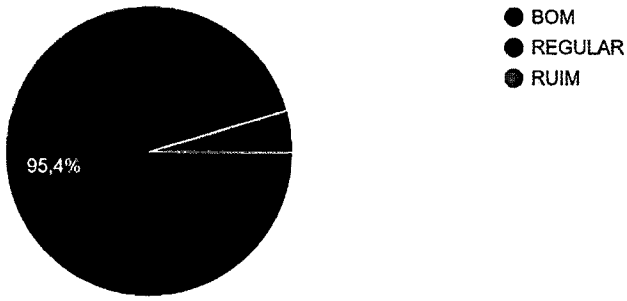
Recepção - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da recepção?
217 respostas



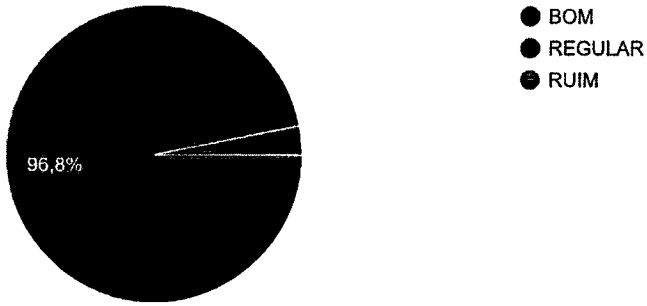
HOSPITAL

- ENFERMAGEM:

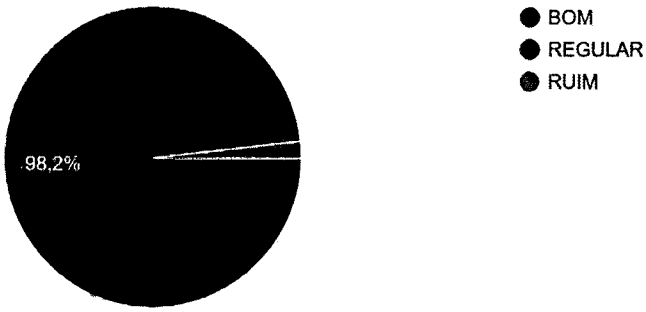
Enfermagem - Como você avalia o tempo de espera do atendimento da enfermagem?
217 respostas



Enfermagem - Como você avalia o nível de cordialidade do atendimento? As profissionais foram simpáticas e gentis no atendimento?
217 respostas



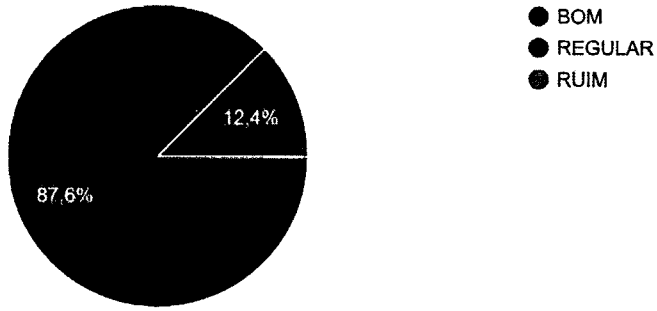
Enfermagem - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da enfermagem?
217 respostas



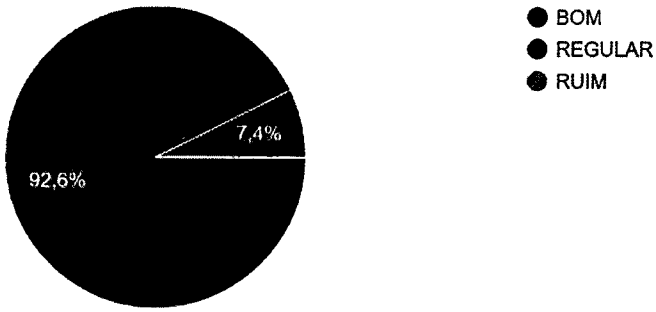
HOSPITAL

- MÉDICOS:

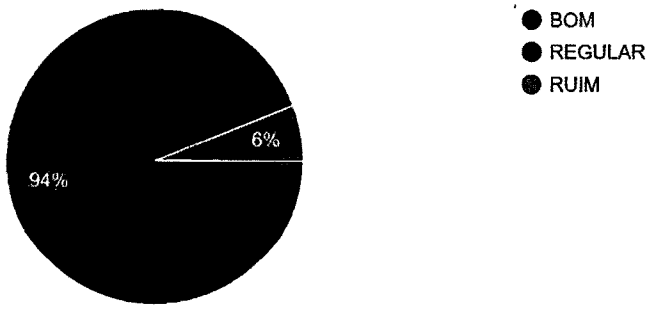
Médicos - Como você avalia o tempo do atendimento dentro do consultório?
217 respostas



Médicos - A respeito do atendimento, o médico explica o que você precisa saber, orienta e dá um bom conselho para o tratamento? Respondeu suas dúvidas e orientações, corretamente?
217 respostas



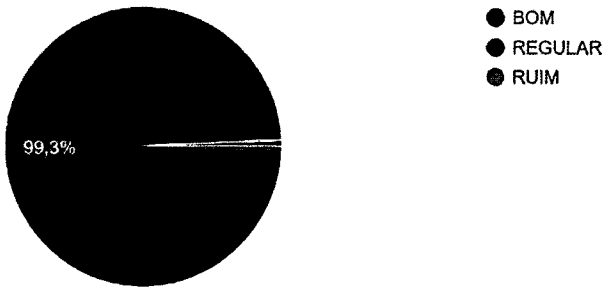
Médicos - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do médico?
217 respostas



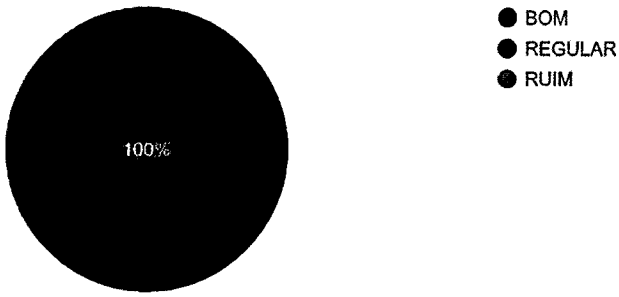
HOSPITAL

- RAIO-X:

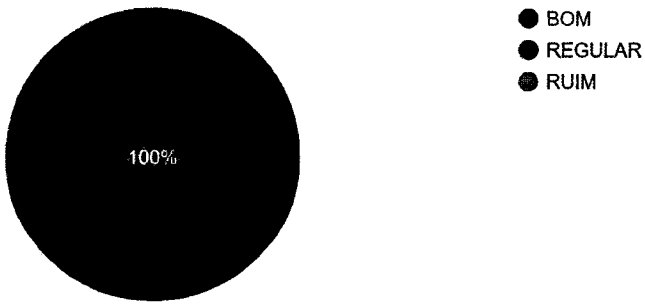
RAIO-X - Quanto ao tempo de espera para ser chamado para realizar o exame? (Se utilizou)
135 respostas



RAIO-X - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do raio-x?
134 respostas



RAIO-X - Quanto ao atendimento e cordialidade do profissional, foi gentil e educado? Suas dúvidas foram todas respondidas? (Se utilizou)
136 respostas

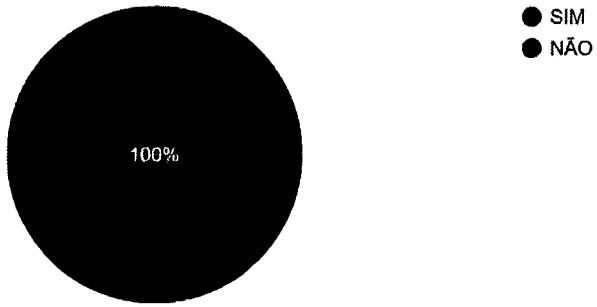


HOSPITAL

- RECOMENDAÇÕES:

VOCÊ RECOMENDARIA NOSSOS SERVIÇOS PARA UM FAMILIAR, AMIGO OU CONHECIDO?

217 respostas



HOSPITAL

PESQUISA DE SATISFAÇÃO HOSPITAL SENHOR BOM JESUS

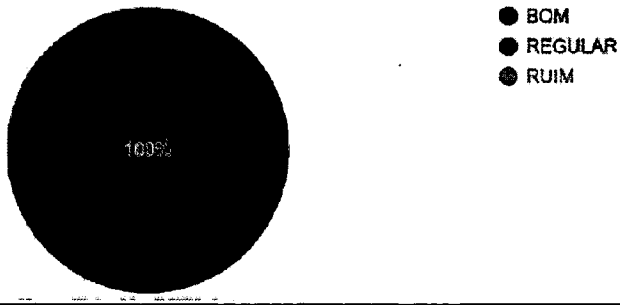
PRONTO ATENDIMENTO

COMPETÊNCIA 06-2024

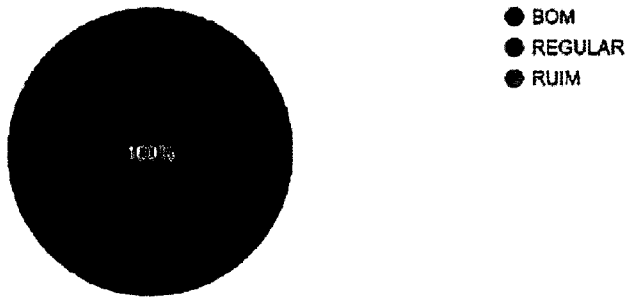
QUANTIDADE DE PESSOAS PARTICIPANTES: 99

- RECEPÇÃO:

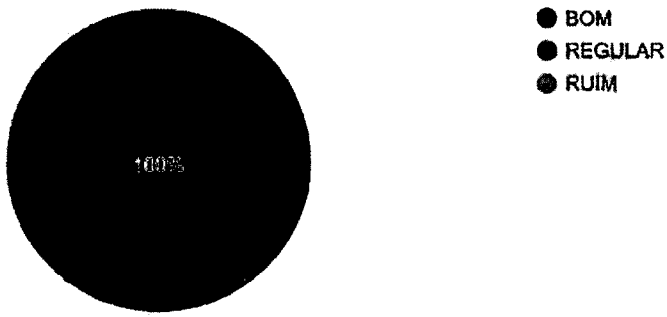
Recepçáo - Como você avalia o tempo de espera do atendimento da recepçáo?



Recepção - Como você avalia o tempo de espera do atendimento da recepção?



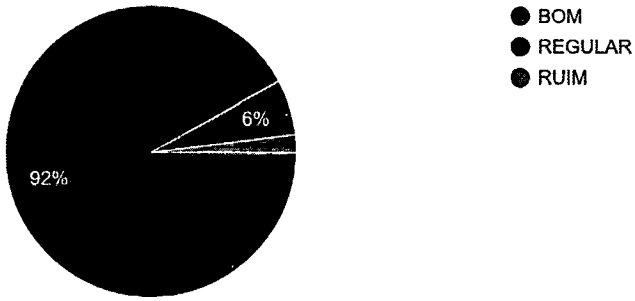
Recepção - Como você avalia o tempo de espera do atendimento da recepção?



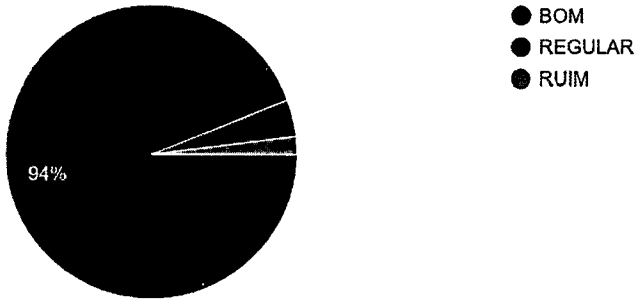
HOSPITAL

- ENFERMAGEM:

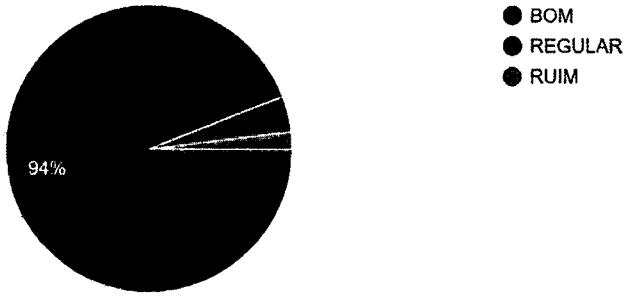
Enfermagem - Como você avalia o tempo de espera do atendimento da enfermagem?



Enfermagem - Como você avalia o nível de cordialidade do atendimento? As profissionais foram simpáticas e gentis no atendimento?



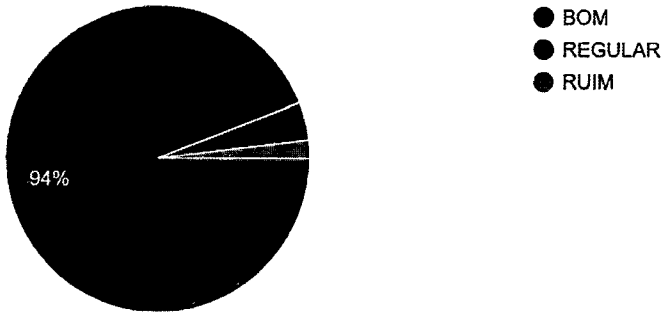
Enfermagem - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da enfermagem?



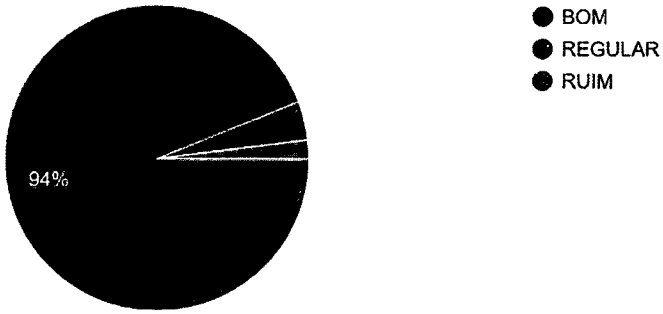
HOSPITAL

- MÉDICOS:

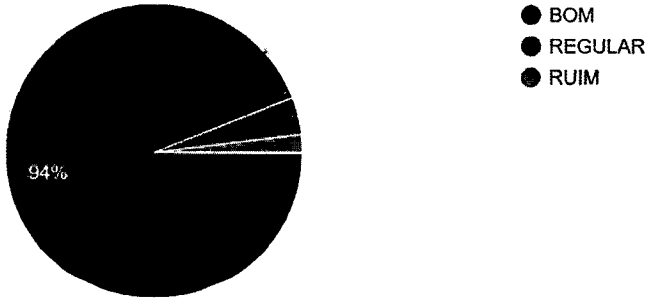
Médicos - Como você avalia o tempo do atendimento dentro do consultório?



Médicos - A respeito do atendimento, o médico explica o que você precisa saber, orienta e dá um bom conselho para o tratamento? Respondeu suas dúvidas e orientações, corretamente?



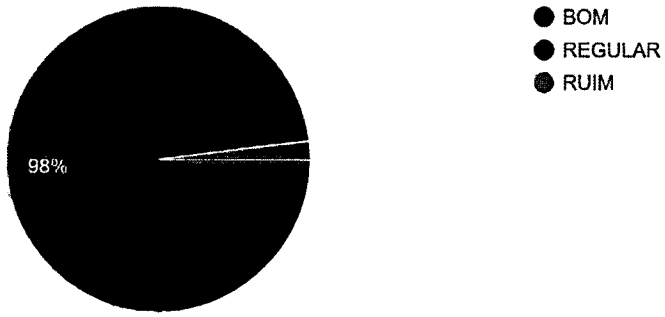
Médicos - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do médico?



HOSPITAL

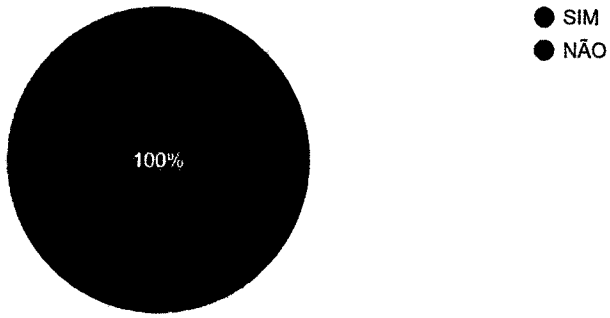
- RAIO-X:

RAIO-X - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do raio-x?
49 respostas



- RECOMENDAÇÕES:

VOCÊ RECOMENDARIA NOSSOS SERVIÇOS PARA UM FAMILIAR, AMIGO OU CONHECIDO?



HOSPITAL

PESQUISA DE SATISFAÇÃO HOSPITAL SENHOR BOM JESUS

PRONTO ATENDIMENTO - CONVÊNIOS

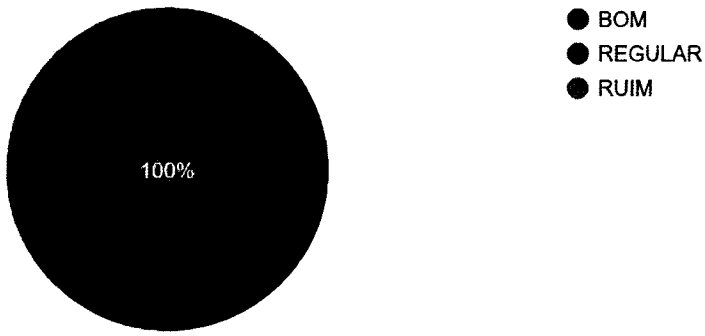
COMPETÊNCIA: JULHO/2024

QUANTIDADE DE PESQUISAS REALIZADAS: 46

- RECEPÇÃO:

Recepção - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da recepção?

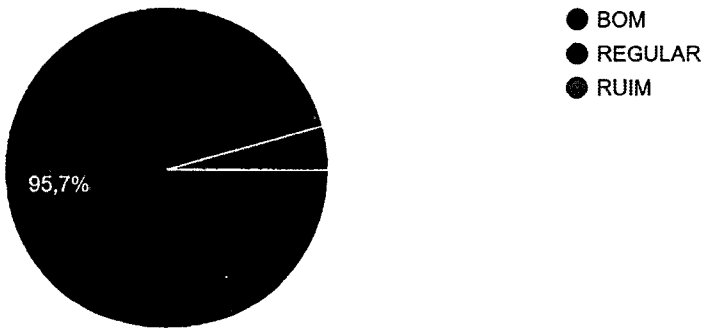
46 respostas



- ENFERMAGEM:

Enfermagem - Como você avalia o atendimento em geral da engermagem?

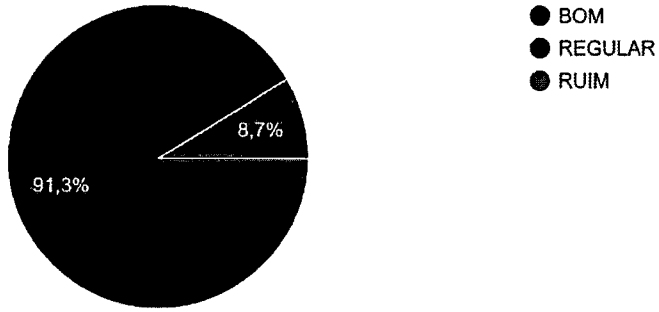
46 respostas



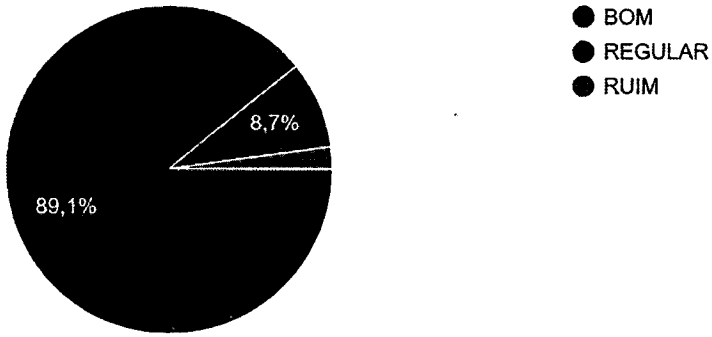
HOSPITAL

- MÉDICOS:

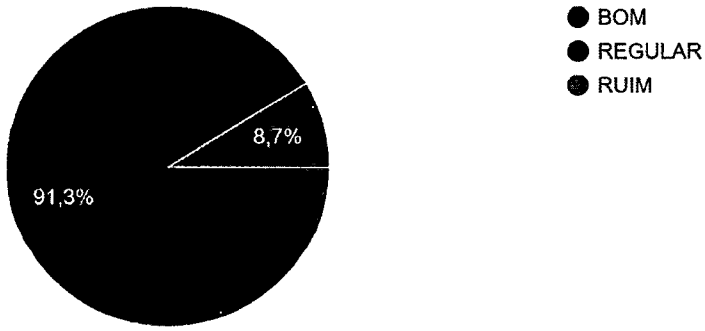
Médicos - Como você avalia o tempo do atendimento dentro do consultório?
46 respostas



Médicos - A respeito do atendimento, o médico explica o que você precisa saber, orienta e dá um bom conselho para o tratamento? Respondeu suas dúvidas e orientações, corretamente?
46 respostas



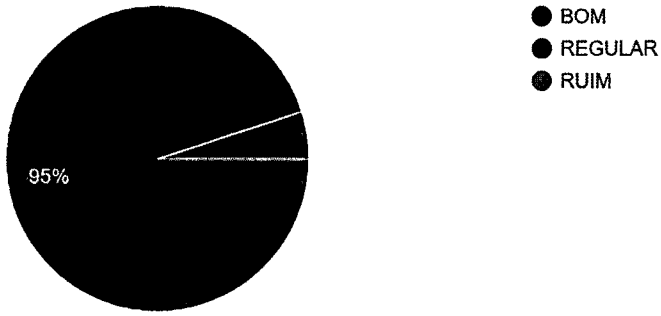
Médicos - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do médico?
46 respostas



HOSPITAL

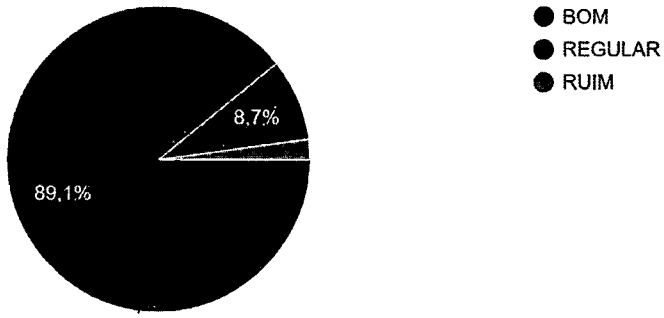
- RAIO-X:

RAIO-X - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do raio-x?
20 respostas



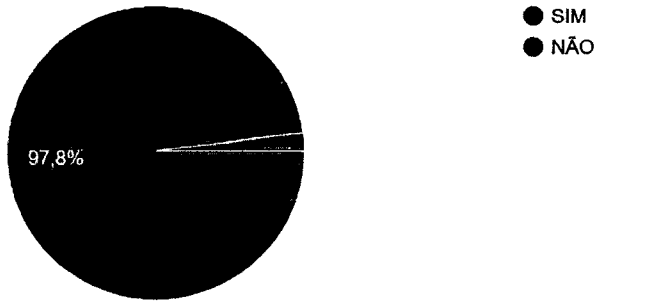
- LIMPEZA E INSTALAÇÕES:

INSTALAÇÕES - Como você avalia nossas instalações, quanto a estrutura do prédio, equipamentos, conforto, segurança e limpeza?
46 respostas



- RECOMENDAÇÕES:

VOCÊ RECOMENDARIA NOSSOS SERVIÇOS PARA UM FAMILIAR, AMIGO OU CONHECIDO?
46 respostas



HOSPITAL

- OBSERVAÇÕES:

12 respostas

respondida por whatzap

Boa

Segurança, no período noturno

Na minha opinião deveria ter mais especialistas que fizesse a consulta aqui onde adquirimos o plano e não em outra cidade.

Eu fui muito bem atendida. Obrigada nota 10 !

Fui muito bem atendido
Recepcionistas e enfermeiras muito educadas e prestativas

ATENDIMENTO MUITO PROFISSIONAL, TANTO DA RECEPÇÃO, TRIAGEM, MÉDICO.

Necessário um ultrassom

HOSPITAL

PESQUISA DE SATISFAÇÃO HOSPITAL SENHOR BOM JESUS

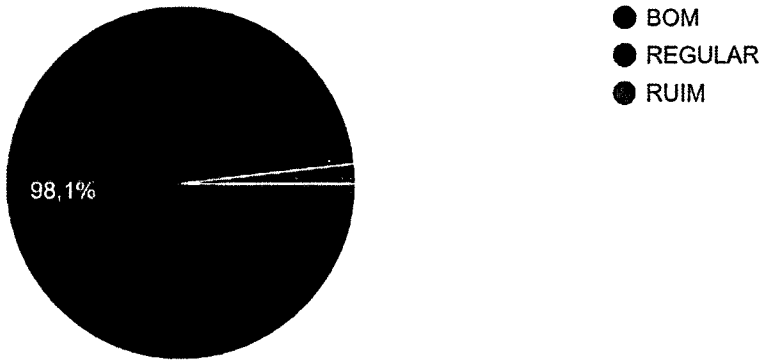
PRONTO ATENDIMENTO - CONVÊNIOS

COMPETÊNCIA: AGOSTO/2024

QUANTIDADE DE PESQUISAS REALIZADAS: 54

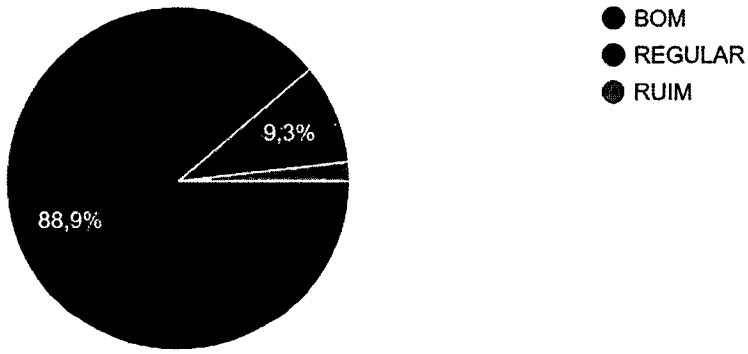
- RECEPÇÃO:

Recepção - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da recepção?
54 respostas



- ENFERMAGEM:

Enfermagem - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da enfermagem?
54 respostas

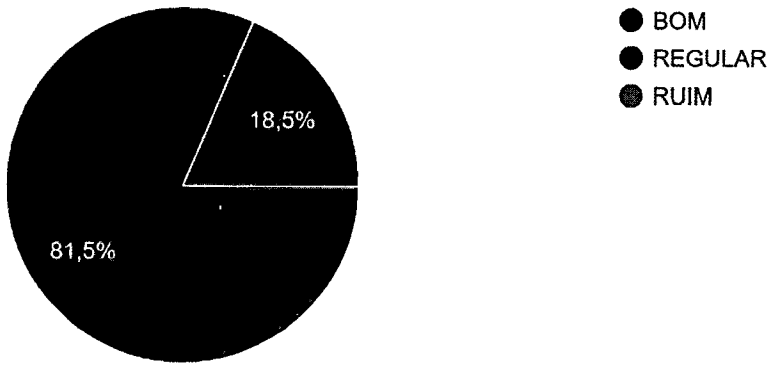


HOSPITAL

- MÉDICOS:

Médicos - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do médico?

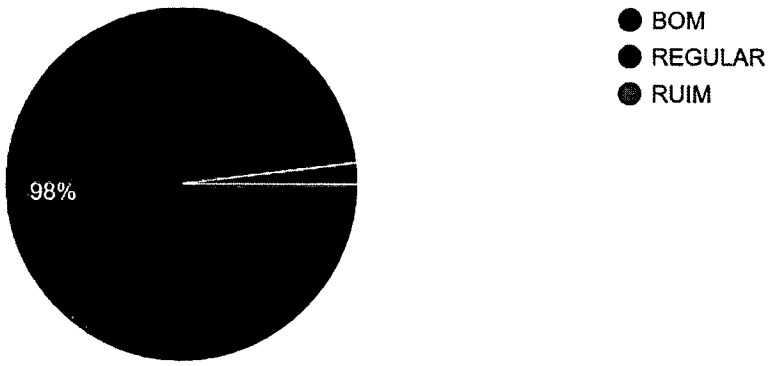
54 respostas



- RAIO-X:

RAIO-X - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do raio-x?

51 respostas

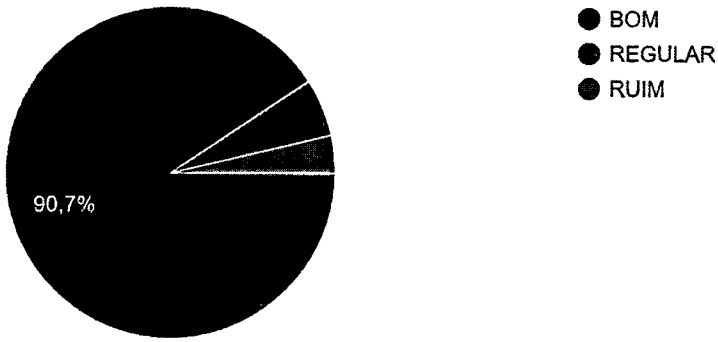


HOSPITAL

- LIMPEZA E INSTALAÇÕES:

INSTALAÇÕES - Como você avalia nossas instalações, quanto a estrutura do prédio e equipamentos, conforto, segurança e limpeza?

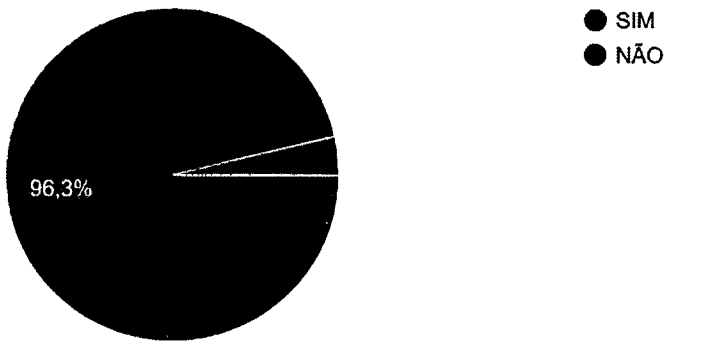
54 respostas



- RECOMENDAÇÕES:

VOCÊ RECOMENDARIA NOSSOS SERVIÇOS PARA UM FAMILIAR, AMIGO OU CONHECIDO?

54 respostas



HOSPITAL

- OBSERVAÇÕES:

OBSERVAÇÕES:

3 respostas

muitos pombos nas janelas dos leitos

Atendimento Otimo do nosso hospital , Nossas recepcionistas . Médicos e enfermeiros. São nota 10

Muito boa na noite de ontem ** respondido via whatzapp **

HOSPITAL

PESQUISA DE SATISFAÇÃO HOSPITAL SENHOR BOM JESUS

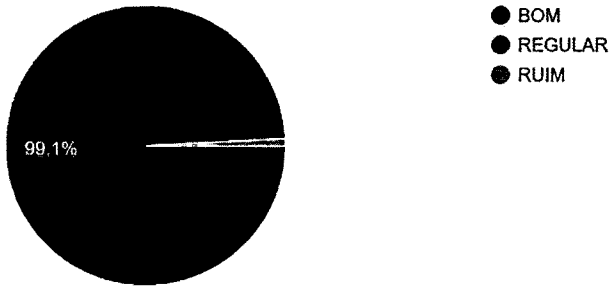
PRONTO ATENDIMENTO - CONVÊNIOS

COMPETÊNCIA 09-2024

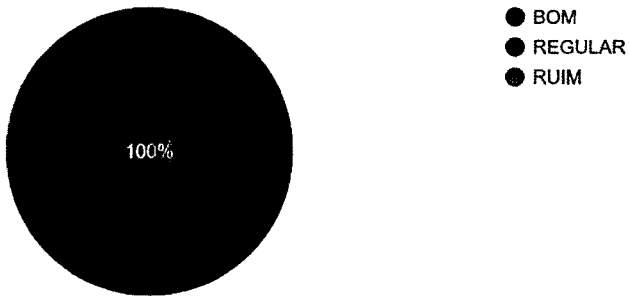
- QUANTIDADE DE RESPOSTAS: 111 Respostas

- RECEPÇÃO:

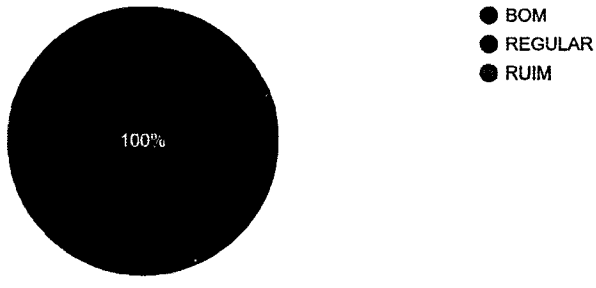
Recepção - Como você avalia o tempo de espera do atendimento da recepção?
111 respostas



Recepção - Como você avalia o atendimento, as atendentes foram simpáticas e educadas?
111 respostas



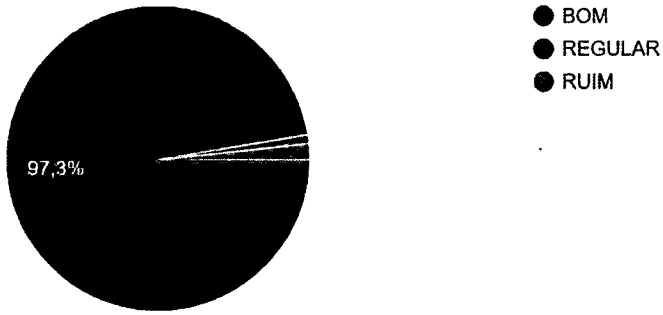
Recepção - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da recepção?
111 respostas



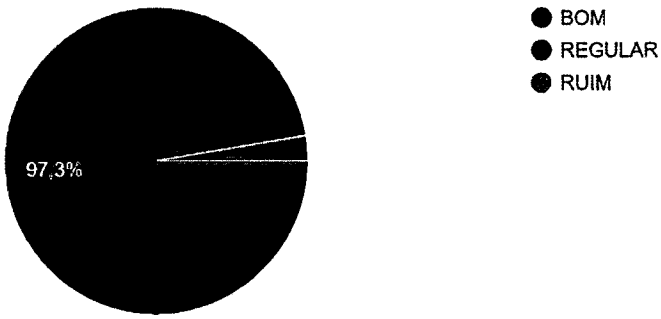
HOSPITAL

- ENFERMAGEM:

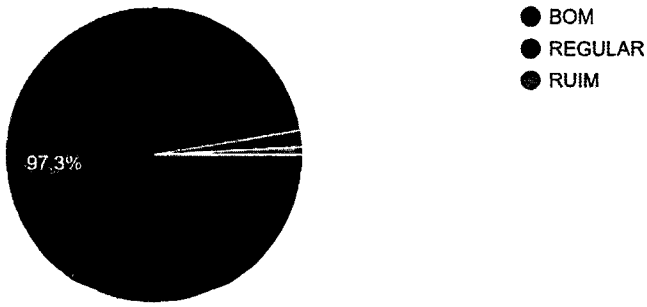
Enfermagem - Como você avalia o tempo de espera do atendimento da enfermagem?
111 respostas



Enfermagem - Como você avalia o nível de cordialidade do atendimento? As profissionais foram simpáticas e gentis no atendimento?
111 respostas



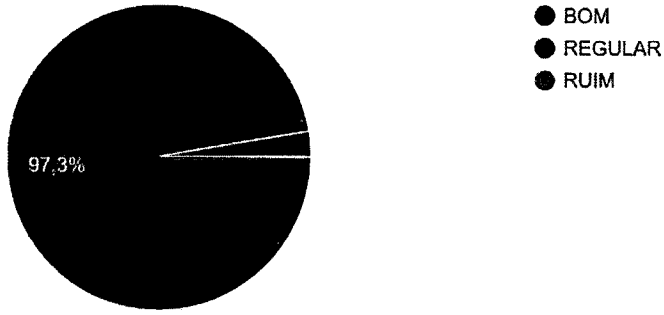
Enfermagem - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da enfermagem?
111 respostas



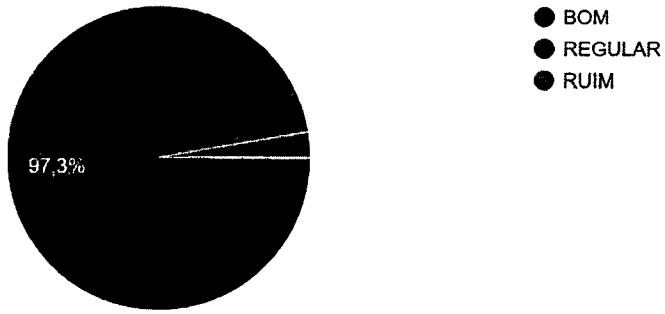
HOSPITAL

- MÉDICOS:

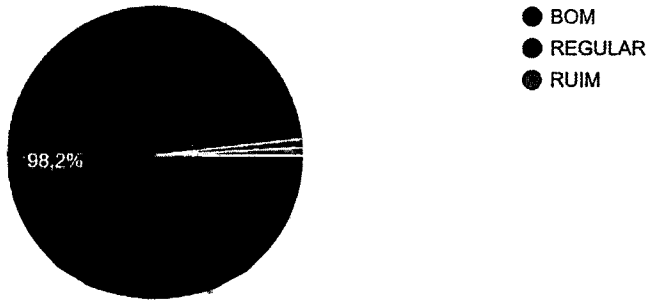
Médicos - Como você avalia o tempo do atendimento dentro do consultório?
111 respostas



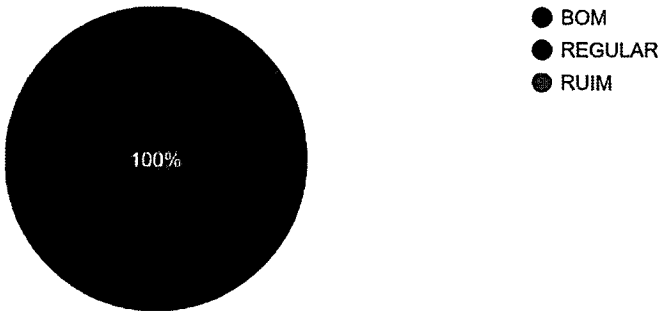
Médicos - A respeito do atendimento, o médico explica o que você precisa saber, orienta e dá um bom conselho para o tratamento? Respondeu suas dúvidas e orientações, corretamente?
111 respostas



Médicos - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do médico?
111 respostas

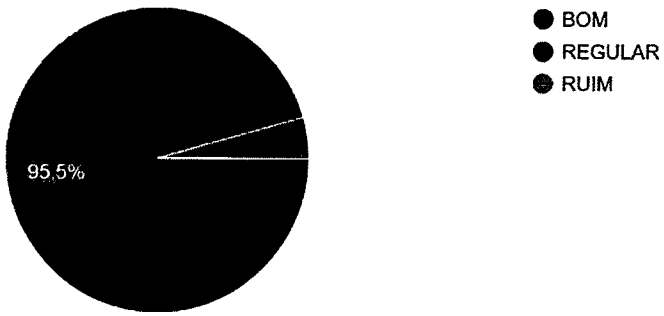


RAIO-X - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do raio-x?
61 respostas



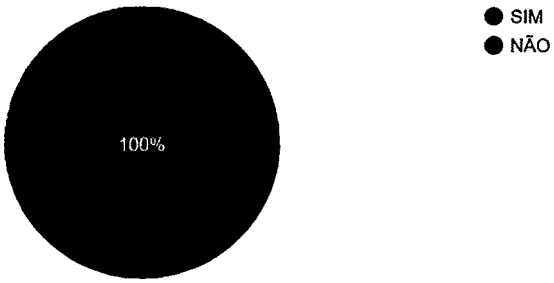
- LIMPEZA E INSTALAÇÕES:

INSTALAÇÕES - Quanto ao conforto, segurança e limpeza?
111 respostas



- RECOMENDAÇÕES:

VOCÊ RECOMENDARIA NOSSOS SERVIÇOS PARA UM FAMILIAR, AMIGO OU CONHECIDO?
111 respostas



HOSPITAL

PESQUISA DE SATISFAÇÃO HOSPITAL SENHOR BOM JESUS

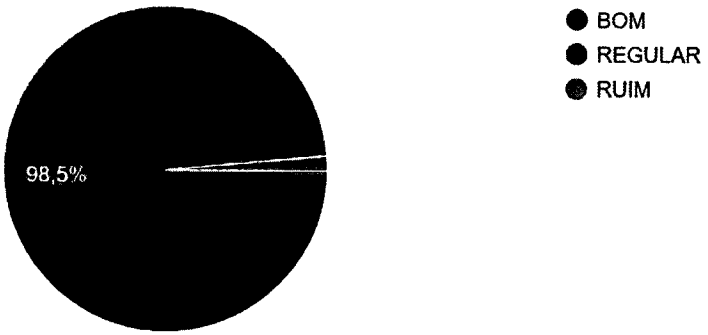
PRONTO ATENDIMENTO – CONVÊNIOS

COMPETÊNCIA: OUTUBRO/2024

QUANTIDADE DE PESQUISAS REALIZADAS: 67

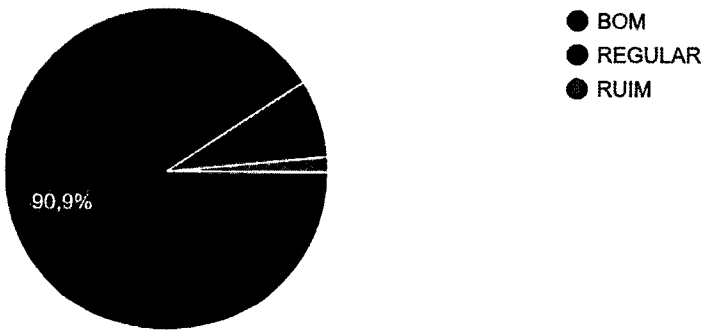
- RECEPÇÃO:

Recepção - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da recepção?
67 respostas



- ENFERMAGEM:

Enfermagem - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da enfermagem?
66 respostas

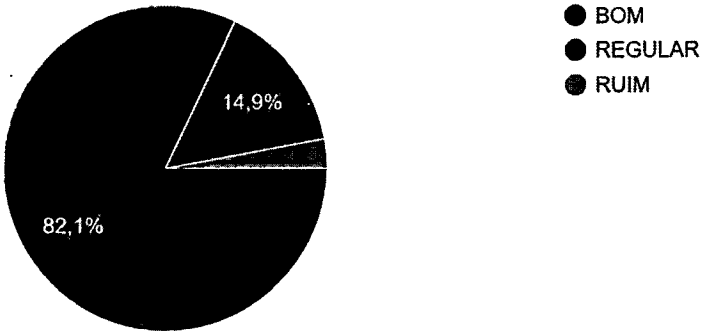


HOSPITAL

- MÉDICOS:

Médicos - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do médico?

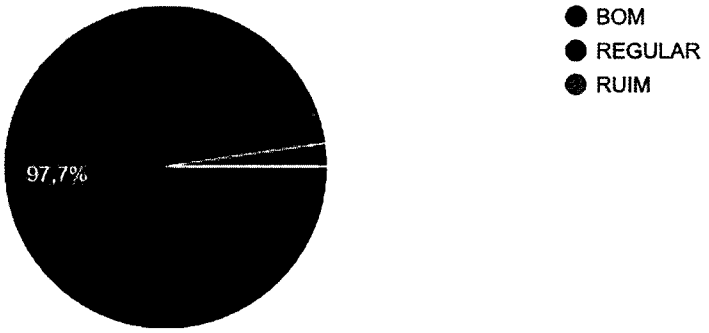
67 respostas



- RAIO-X:

RAIO-X - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do raio-x?

43 respostas

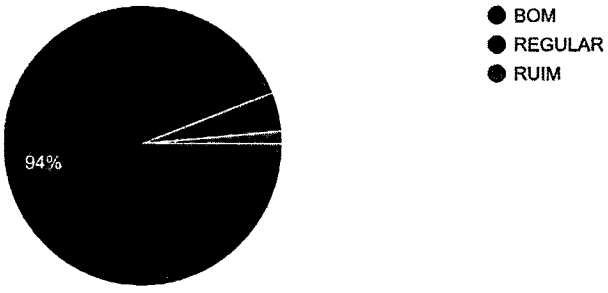


HOSPITAL

- LIMPEZA E INSTALAÇÕES:

INSTALAÇÕES - Como você avalia nossas instalações, quanto a estrutura do prédio e equipamentos, conforto, segurança e limpeza?

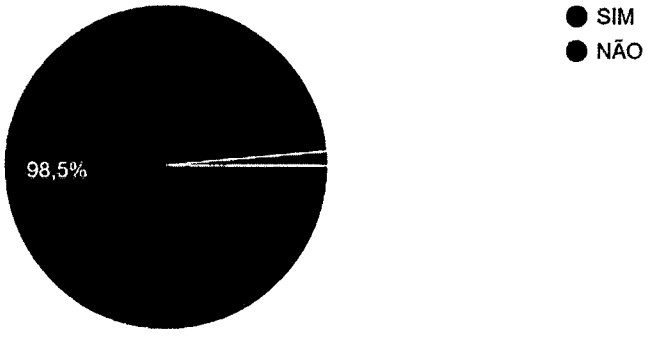
67 respostas



- RECOMENDAÇÕES:

VOCÊ RECOMENDARIA NOSSOS SERVIÇOS PARA UM FAMILIAR, AMIGO OU CONHECIDO?

67 respostas



HOSPITAL

OBSERVAÇÕES:

11 respostas

MEDICA NICOLE PESSIMO ATENDIMENTO, SÓ FEZ O PEDIDO DE EXAME POR MINHA EXIGENCIA

ATENDIMENTO MÉDICO DO DIA 07/10 FOI OTIMO - ATEDIMENTO MÉDICO ANTERIOR NAO FOI MUITO BOM POR ISSO COLOQUEI REGULAR

40 MINUTOS DE ESPERA PARA FAZER UMA RETIRADA DE PONTOS - NÃO QUIS AGUARDAR MAIS

DEMORA DO ATENDIMENTO

MÉDICO DEMORA PRA CHAMAR

12/10/2024

ENFERMAGEM ESQUECEU DE ENVIAR O EXAME DE SANGUE, PRECISOU REFAZER

NAO INFORMAR O MEDICO PLANTONISTA POR TELEFONE É MUITO RUIM. PRECISA MUDAR ISSO

ATENDIMENTO DIA 19/10

HOSPITAL

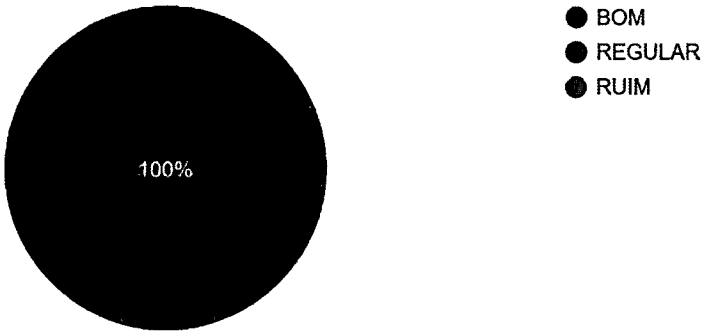
PESQUISA DE SATISFAÇÃO HOSPITAL SENHOR BOM JESUS
PRONTO ATENDIMENTO – CONVÊNIOS

COMPETÊNCIA: NOVEMBRO/2024

QUANTIDADE DE PESQUISAS REALIZADAS: 19

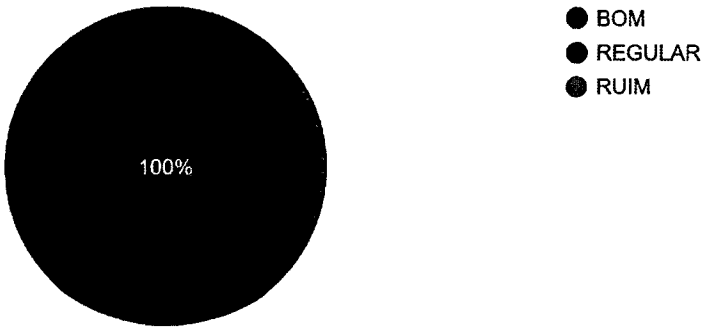
- RECEPÇÃO:

Recepção - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da recepção?
19 respostas



- ENFERMAGEM:

Enfermagem - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento da enfermagem?
18 respostas

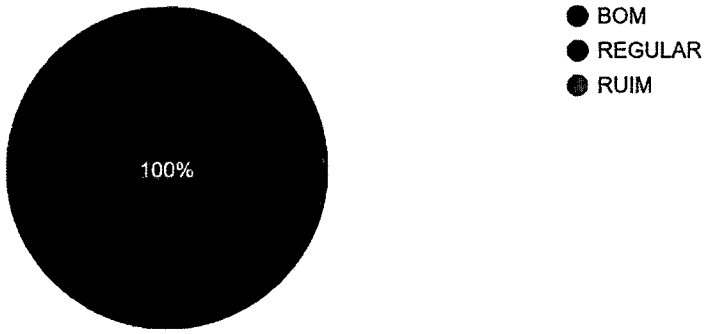


HOSPITAL

- MÉDICOS:

Médicos - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do médico?

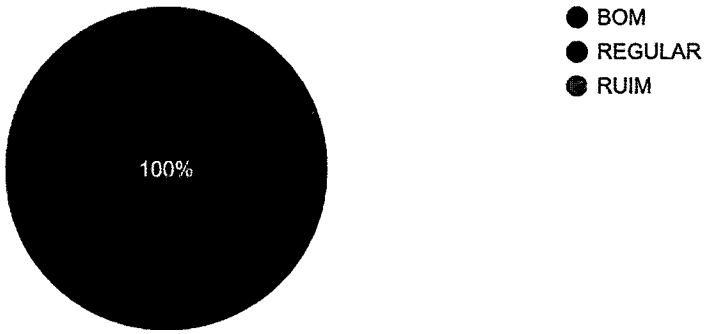
19 respostas



- RAIO-X:

RAIO-X - Qual a sua avaliação geral para a qualidade do atendimento do raio-x?

18 respostas

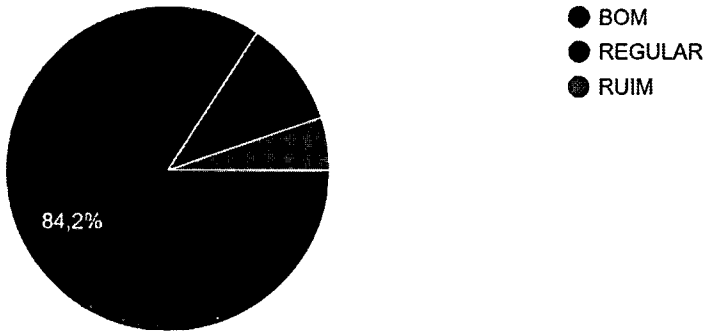


HOSPITAL

- LIMPEZA E INSTALAÇÕES:

INSTALAÇÕES - Como você avalia nossas instalações, quanto a estrutura do prédio e equipamentos, conforto, segurança e limpeza?

19 respostas



- RECOMENDAÇÕES:

VOCÊ RECOMENDARIA NOSSOS SERVIÇOS PARA UM FAMILIAR, AMIGO OU CONHECIDO?

19 respostas