HUGO

Hospital de Urgências de Goiás

Dr. Valdemiro Cruz

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 01/2023.

INSTITUTO CEM

Goiânia -2023

ANEXO VI

AV. DEPUTADO JAMEL CECÍLIO, 2496, SALA 26-A EDIFÍCIO NEW BUSINESS, JD.GOIÁS, CEP 74.810-100, GOIÂNIA/GO – TELEFONE: (62) 3157.0732 HTTP://WWW.INSTITUTOCEM.ORG.BR

ANEXO VI–
Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques plantões e sobreaviso

Sumário

1 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques plantões e sobreaviso 5158

1.1 Linhas de Serviços 5158

1.1.1 Internação: 5158

1.1.2 Atendimento Ambulatorial: 5158

1.1.3 Assistência Hospitalar 5158

1.1.4 Atendimento às Urgências Hospitalares 5160

1.1.5 Quadro 1- Especialidades para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO. 5161

1.1.6 Atendimento Ambulatorial 5161

1.1.6.1 Quadro 2 - Especialidades iniciais a serem oferecidas no ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO 5163

1.1.6.2 Quadro 3 - Especialidades MULTIPROFISSIONAIS iniciais a serem oferecidas no ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO. 5163

1.1.7 Cirurgias Eletivas 5164

1.1.8 Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT Externo 5165

1.1.9 Quadro 4-Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo 5166

1.1.10 Serviços de Apoio 5166

2 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS 5168

1.1 Rotinas Para o Ambulatório 5171

2.1 Fluxo de Atendimento Ambulatorial 5171

1.2 Normas Gerais 5172

1.3 Marcações de Consultas e Exames 5175

1.4 Ala Interna do Ambulatório 5176

1.5 Marcação de Procedimentos 5177

1.6 Unidade Ambulatorial 5178

1.7 Procedimentos Médicos: 5178
1.7.1 Procedimentos Médicos: Ambulatório 5178
1.7.2 Procedimentos Médicos: Cardiologia 5180
1.7.3 Procedimentos Médicos: Medicina Interna 5195
1.7.4 Procedimentos Médicos: Neurologia 5241
1.7.5 Procedimento Médico: Residente em Clínica Médica 5322
3 ROTINA OPERACIONAL 5324
3.1 Solicitação de Exames Externos (exceto exames de imagem) 5324
3.2 Solicitação de Medicamento não Padronizado 5325
3.3 Solicitação de Exames de Imagiologia 5326
3.4 Solicitação de Padronização de Medicamentos 5327
4 PROTOCOLOS CLINICOS -AMBULATORIAIS 5329
4.1 INTRODUÇÃO 5329
4.2 PROTOCOLO DE MANCHESTER 5334
5 ANESTESIA 5335
5.1 ANESTESIA LOCAL - PEQUENAS CIRURGIAS 5335
6 CARDIOLOGIA 5338
6.1 CARDIOLOGIA GERAL 5338
6.1.1 Insuficiência cardíaca 5338
6.1.2 Hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle e secundária 5340
6.1.3 Arritmias 5342
6.1.4 Parecer cardiológico – pré-operatório com avaliação do risco cirúrgico 5344
6.2 CARDIOLOGIA CORONARIANA 5347
6.2.1 Doença aterosclerótica coronariana 5347
6.3 CARDIOLOGIA VALVULAR – 5349
6.3.1 Doença orovalvular 5349
7 NEUROLOGIA 5352
7.1 Cefaleia 5352
7.2 Epilepsia, convulsão e desmaios 5354
8 UROLOGIA 5381

9 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 5433

10 HEMATOLOGIA 5471

10.1 HEMATOLOGIA GERAL 5471

10.1.1 Trombocitopenia menor ou igual a 100.000/mm3 em pelo menos dois exames 5471

10.1.2 Leucometria global menor ou igual a 2.000/ mm3 e/ou contagem de neutrófilos menor ou igual a 1.200/mm3 em pelo menos dois exames. 5473

10.1.3 Dosagem de hemoglobina menor que 9 g/dl, com VCM acima de 100fl 5475

10.1.4 Blastos no sangue periférico 5477

10.1.5 Anemia e icterícia por elevação de bilirrubina indireta 5480

10.1.6 Anemia normocítica e normocrômica, excluídas as doenças crônicas, como insuficiência renal, diabetes, colagenoses, hepatopatias 5482

10.1.7 Alterações no coagulograma na ausência de terapêutica com anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários (AAS, cumarínico) e/ou hepatopatias. 5484

10.1.8 Adenomegalias na ausência de infecção viral aguda. 5486

10.1.9 Esplenomegalia no adulto, afastada doença hepática de etiologia não hematológica 5488

10.1.10 Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal.. 5490

10.1.11 Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal.. 5492

10.1.12 Trombocitose isolada maior que 500.000/ mm3 em 3 hemogramas realizados com intervalo de um mês 5494

10.1.13 Trombocitose maior que 500.000/mm3 acompanhada de leucocitose maior que 15.000/mm3 5497

10.1.14 Leucocitose maior que 20.000/mm3 com desvio à esquerda em ausência de infecção 5499

10.1.15 Eritrocitose (hematócrito maior que 50% em homens e 46% em mulheres) 5501

10.1.16 Um ou mais eventos trombóticos em adultos maiores de 40 anos, sendo afastados neoplasia, hepatopatia, trauma, colagenoses e cardiopatias 5503

11 PNEUMOLOGIA 5506

12 NEUROCIRURGIA 5528

FLUXOGRAMA PARA AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA DE PACIENTES ENVIADOS PARA ATENDIMENTO DE AMBULATÓRIO 5528

PREFÁCIO 5529

COLABORADORES 5529

AGRADECIMENTOS 5530

Neurocirurgia Protocolo Operacional Padrão 5530
Cuidados de Enfermagem no Paciente Neurocirúrgico 5530
1. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO 5530
Atendimento Inicial ao Acidente Vascular Encefálico 5535
Atendimento Inicial ao AVCh - Acidente Vascular Hemorrágico.. 5537
- PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO 5537
Hemorragia Subaracnoidea e Aneurisma Cerebral 5538
- PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO 5539
Craniotomia Descompressiva no AVCi Maligno 5542
- PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO 5542
Triagem e Primeiro Atendimento ao Paciente Neurológico 5544
Hematoma Subdural Crônico 5545
- PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO 5545
- PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO 5549
12.1.1 TCE – Orientações Domiciliares 5549
TCE Grave..... 5551
Tumor Cerebral..... 5555
Prescrições Padronizadas..... 5557
Fluxo de Atendimento Ambulatorial..... 5564
Fluxo de Realização de Tomografias Externas..... 5566
TCLE – Termo de Consentimento para Neurocirurgia 5567
13 HOSPITAL DIA 5571
13.1 FLUXO DE ALTA PARA CIRURGIAS DE PEQUENO PORTE 5571
13.1.1 INTRODUÇÃO 5571
13.1.2 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE 5571
13.1.3 Exame físico: 5571
14 CRE - PROTOCOLO GERENCIA ASSISTENCIAL – ATENDIMENTO AMBULATORIAL INSTITUCIONAL HUGO 5574

15 ROTINA MÉDICA DE PLANTÃO DE SOBREAVISO 5616
Definição: 5616
Proposta Regimento Interno de Plantões Médicos 5617

ANEXO VI – Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos

Sumário

1 NECESSIDADES ..... **Erro! Indicador não definido.**

2 EDITAL HUGO 17/07/23 5158

2.1 Linhas de Serviços 5158

2.1.1 Internação: 5158

2.1.2 Atendimento Ambulatorial: 5158

2.1.3 Assistência Hospitalar 5158

2.1.4 Atendimento às Urgências Hospitalares 5160

2.1.5 Quadro 1- Especialidades para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO. 5161

2.1.6 Atendimento Ambulatorial 5161

2.1.6.1 Quadro 2 - Especialidades iniciais a serem oferecidas no ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO 5163

2.1.6.2 Quadro 3 - Especialidades MULTIPROFISSIONAIS iniciais a serem oferecidas no ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO. 5163

2.1.7 Cirurgias Eletivas 5164

2.1.8 Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT Externo 5165

2.1.9 Quadro 4-Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo 5166

2.1.10 Serviços de Apoio 5166

2.2 PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO ..... **Erro! Indicador não definido.**

2.3 PROPOSTAS DE MELHORIAS **Erro! Indicador não definido.**

3 CRE ANTIGO- PROTOCOLO GERENCIA ASSISTENCIAL – ATENDIMENTO AMBULATORIAL INSTITUCIONAL HUGO 5574

4 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS AMBULATÓRIOS, HOSPITAL DIA E ENFERMARIAS, DESTAQUES PARA OS PLANTÕES E SOBREAVISOS 5168

1.1 Rotinas Para o Ambulatório 5171

4.1 Fluxo de Atendimento Ambulatorial 5171

1.2 Normas Gerais 5172

1.3 Marcações de Consultas e Exames 5175
1.4 Ala Interna do Ambulatório 5176
1.5 Marcação de Procedimentos 5177
1.6 Unidade Ambulatorial 5178
1.7 Procedimentos Médicos: 5178
1.7.1 Procedimentos Médicos: Ambulatório 5178
1.7.2 Procedimentos Médicos: Cardiologia 5180
1.7.3 Procedimentos Médicos: Medicina Interna 5195
1.7.4 Procedimentos Médicos: Neurologia 5241
1.7.5 Procedimento Médico: Residente em Clínica Médica 5322
2 ROTINA OPERACIONAL 5324
2.1 Solicitação de Exames Externos (exceto exames de imagem) 5324
2.2 Solicitação de Medicamento não Padronizado 5325
2.3 Solicitação de Exames de Imagiologia 5326
2.4 Solicitação de Padronização de Medicamentos 5327
3 PROTOCOLOS CLINICOS -AMBULATORIAIS 5329
3.1 INTRODUÇÃO 5329
3.2 PROTOCOLO DE MANCHESTER 5334
3.3 ANESTESIA 5335
3.3.1 ANESTESIA LOCAL - PEQUENAS CIRURGIAS 5335
4 CARDIOLOGIA 5338
4.1 CARDIOLOGIA GERAL 5338
4.1.1 Insuficiência cardíaca 5338
4.1.2 Hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle e secundária 5340
4.1.3 Arritmias 5342
4.1.4 Parecer cardiológico – pré-operatório com avaliação do risco cirúrgico 5344
4.2 CARDIOLOGIA CORONARIANA 5347
4.2.1 Doença aterosclerótica coronariana 5347
4.3 CARDIOLOGIA VALVULAR – 5349
4.3.1 Doença orovalvular 5349

5 NEUROLOGIA 5352
5.1 Cefaleia 5352
5.2 Epilepsia, convulsão e desmaios 5354
6 UROLOGIA 5381
7 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 5433
8 HEMATOLOGIA 5471
8.1 HEMATOLOGIA GERAL 5471
8.1.1 Trombocitopenia menor ou igual a 100.000/mm3 em pelo menos dois exames 5471
8.1.2 Leucometria global menor ou igual a 2.000/ mm3 e/ou contagem de neutrófilos menor ou igual a 1.200/mm3 em pelo menos dois exames. 5473
8.1.3 Dosagem de hemoglobina menor que 9 g/dl, com VCM acima de 100fl 5475
8.1.4 Blastos no sangue periférico 5477
8.1.5 Anemia e icterícia por elevação de bilirrubina indireta 5480
8.1.6 Anemia normocítica e normocrômica, excluídas as doenças crônicas, como insuficiência renal, diabetes, colagenoses, hepatopatias 5482
8.1.7 Alterações no coagulograma na ausência de terapêutica com anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários (AAS, cumarínico) e/ou hepatopatias. 5484
8.1.8 Adenomegalias na ausência de infecção viral aguda. 5486
8.1.9 Esplenomegalia no adulto, afastada doença hepática de etiologia não hematológica 5488
8.1.10 Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal.. 5490
8.1.11 Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal.. 5492
8.1.12 Trombocitose isolada maior que 500.000/ mm3 em 3 hemogramas realizados com intervalo de um mês 5494
8.1.13 Trombocitose maior que 500.000/mm3 acompanhada de leucocitose maior que 15.000/mm3 5497
8.1.14 Leucocitose maior que 20.000/mm3 com desvio à esquerda em ausência de infecção 5499
8.1.15 Eritrocitose (hematócrito maior que 50% em homens e 46% em mulheres)..... 5501
8.1.16 Um ou mais eventos trombóticos em adultos maiores de 40 anos, sendo afastados neoplasia, hepatopatia, trauma, colagenoses e cardiopatias 5503
9 PNEUMOLOGIA 5506
10 HOSPITAL DIA 5571

10.1 FLUXO DE ALTA PARA CIRURGIAS DE PEQUENO PORTE 5571

10.1.1 INTRODUÇÃO 5571

10.1.2 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE 5571

10.1.3 Exame físico: 5571

11 ROTINA MÉDICA DE PLANTÃO DE SOBREAVISO 5574

4.2 Definição: 5616

11.1 Proposta Regimento Interno de Plantões Médicos... 5617

1 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques plantões e sobreaviso

1.1 Linhas de Serviços

Para o funcionamento do HUGO serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

1.1.1 Internação:

a.1) Saídas de Clínica Médica;

a.2) Saídas Cirúrgica;

a.3) Quantidade de Cirurgias Eletivas;

Internações em leitos de UTI adulto (não compõe a Linha de Serviços para efeito de metas).

1.1.2 Atendimento Ambulatorial:

- Consultas Médicas Especializadas: consultas médicas especializadas realizadas em ambulatório;
- Consultas Multiprofissionais na Atenção Especializada: consultas multiprofissionais realizadas em ambulatório; b.3) Atendimentos de Leito Dia.
- **Atendimento Ambulatorial - SADT Externo:** corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual para a Unidade.
- O Serviço de Urgência e Emergência, assim como o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõe a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **INSTITUTO CEM** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário regulado e/ou internado, quando da admissão hospitalar, e deverá informar mensalmente a produção realizada via Sistema de Gestão Hospitalar.

1.1.3 Assistência Hospitalar

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos

necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME);

A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos pactuados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento;

Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares, enviando a Autorização de Internação Hospitalar - AIH devidamente preenchida pelo médico assistente ou plantonista e os exames pertinentes ao diagnóstico, os quais serão anexados à solicitação no sistema de regulação de vagas do Complexo Regulador Estadual;

Em caso de doenças de notificação compulsória, encaminhar-se-á simultaneamente a cópia da ficha de notificação, devidamente preenchida.

No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

- Assistência por equipe médica especializada;
- Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação;
- Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação;
- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.
- Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista);
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente, considerando a legislação vigente e as normas regulamentadoras do SUS, as quais dão direito à presença de acompanhante;

- Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000), assim como qualquer outra situação especial assegurada por lei;
- Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário;
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de enxoval;
- Procedimentos especiais em número e qualidade adequados para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição;
- A realização das cirurgias, devendo o **INSTITUTO CEM** evitar cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente;
- Transporte inter-hospitalar para acesso a cuidados especializados e diagnósticos, em todos os níveis de complexidade, independente da distância.

A assistência hospitalar envolve a disposição de equipe de profissionais para atuarem no processo de desospitalização.

1.1.4 Atendimento às Urgências Hospitalares

A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências e atende a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24hs.

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea em situações de urgência e emergência; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde .

O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades ou em situação não urgente às demais unidades de saúde por meio do instrumento de referência e contra-referência e/ou pelo Complexo Regulador Estadual.

Para efeito de produção pactuada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o process mecanizado exija um tempo maior para sua realização.

1.1.5 Quadro 1- Especialidades para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades para porta de entrada (urgência) a serem oferecidas no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Cirurgia Buco Maxilo Facial Cirurgia Geral
Cirurgia Torácica Clínica Médica
Ortopedia e Traumatologia Neurocirurgia
Otorrinolaringologia (plantão diurno, 12 horas, 07 dias por semana) Neurologia
Angiologia e Cirurgia Vascular

1.1.6 Atendimento Ambulatorial

441. Consultas Especializadas

- O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas à Regulação Estadual, respeitando-se o limite da capacidade operacional do ambulatório;
- O **INSTITUTO CEM** apresentará a agenda à Regulação Estadual conforme sua carta de serviços. No entanto, para efeito de acompanhamento de metas, serão consideradas as consultas efetivamente realizadas/executadas;
- As consultas ambulatoriais compreendem:
- Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso ;
    a. Interconsulta;

- Consultas subsequentes (retornos).
- Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela **Regulação** ao Hospital/Estabelecimento de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade;
- Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida. Todas as consultas de egressos devem ser inseridas no Sistema informatizado de regulação estadual;
- Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, desde que dentro da mesma linha de cuidado da primeira consulta regulada e/ou primeira consulta de egresso. Todas as interconsultas devem ser informadas no Sistema informatizado de regulação estadual;
- Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas. Todas as consultas subsequentes devem ser informadas no sistema informatizado de regulação estadual;
- Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como: sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes;
- É vedado o registro de sessões como consultas subsequentes para efeito de composição de metas.
- As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde;
- Constitui exceção ao disciplinado no caput deste subitem, as **consultas ambulatoriais realizadas pela Enfermagem** que atenderem ao Decreto Lei nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas desta consulta, quais sejam:
- análise dos dados contidos no prontuário;
- entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento;
- diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro);
- resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico;
- definição do plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades identificadas mediante comprovação; e
- registro, que é a legitimação das ações deste profissional.
- O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira à sábado, conforme demanda da população de usuários do Hospital/Estabelecimento de Saúde, nas especialidades mínimas descritas nos quadros abaixo:

1.1.6.1 Quadro 2 - Especialidades iniciais a serem oferecidas no ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Especialidades iniciais a serem oferecidas no ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Angiologia e Cirurgia Vascular
Anestesiologia
Cardiologia
Cirurgia Geral
Cirurgia Torácica
Geriatria
Neurologia Clínica
Neurocirurgia
Otorrinolaringologia
Ortopedia e Traumatologia

1.1.6.2 Quadro 3 - Especialidades MULTIPROFISSIONAIS iniciais a serem oferecidas no ambulatório do Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Especialidades multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.
Bucomaxilo Facial
Enfermagem
Fisioterapia
Fonoaudiologia
Nutrição
Psicologia

O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais e odontológicas), bem como os tipos de consultas (primeira e ou egresso/retorno/interconsulta), poderão sofrer mudanças de quantitativo e tipos de especialidades, dependendo da avaliação das mesmas, levando-se em consideração a necessidade e a demanda reprimida identificadas pela SES-GO;

A avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será feita constantemente pelo Complexo Regulador Estadual. Assim, sempre que necessário, o PARCEIRO PÚBLICO solicitará modificações com relação às especialidades ofertadas e/ou tipos de consultas, o que será cumprido pelo **INSTITUTO CEM** em até 60 dias;

Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, **o quantitativo total de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais previstas no Termo de Colaboração**, ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou de tipos de consultas.

1.1.7 Cirurgias Eletivas

- Consideram-se Cirurgias Eletivas o procedimento cirúrgico (Grupo 04 da Tabela do SUS) preconizado para o restabelecimento da saúde e bem-estar do paciente/usuário, mas que não se enquadra como urgência e emergência médica e, portanto, pode ser programado de acordo com a capacidade dos serviços de cirurgia e as necessidades do indivíduo;
- Por não ser considerada de urgência ou emergência, é agendado dia e horário para sua realização conforme mapa cirúrgico do hospital e a ocasião mais propícia. Geralmente é realizada após diversos exames que são feitos para garantir as melhores condições de saúde dos pacientes/usuários (risco cirúrgico) e são estratificadas em 3 tipos, a saber: pequeno procedimento ambulatorial, cirurgia eletiva ambulatorial e cirurgia eletiva hospitalar;
- Pequeno procedimento ambulatorial: procedimento cirúrgico de pequeno porte realizado no consultório ou ambulatório, geralmente sob anestesia local, com alta imediata do paciente/usuário, sem necessidade de internação hospitalar pós operatória;
- Instrumento de registro: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAi);
- Autorização para execução: via regulação ambulatorial de 1ª vez;
- Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Gestão Hospitalar (SES-GO).
- Cirurgia eletiva ambulatorial: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia sem necessidade de internação hospitalar pós operatória;
- Instrumento de registro: APAC;
- Autorização para execução: via sistema de regulação;
- Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.
- Cirurgia eletiva hospitalar: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia com necessidade de internação hospitalar pós operatória;

- Instrumento de registro: AIH - Autorização para execução: via sistema de regulação;
- Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.
- As cirurgias eletivas hospitalares podem ser estratificadas em 3 tipos, conforme especificado abaixo:
- Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: média de permanência hospitalar de 4 dias, não envolve alto custo e não envolve uso de OPMEs de alto custo;
- Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade: média de permanência hospitalar maior que 5 dias, não envolve alto custo ou uso de OPMEs de alto custo; e
- Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo: média de permanência hospitalar maior que 6 dias com ou sem uso de OPME, envolve alto custo e pode envolver ou não o uso de OPMEs de alto custo.
- As cirurgias eletivas deverão ser realizadas prioritariamente para os pacientes egressos que necessitem do segundo tempo cirúrgico;
- Os pacientes para acesso à cirurgia eletiva deverão ter como única porta de entrada a consulta ambulatorial autorizada pelo Complexo Regulador Estadual, na mesma especialidade da cirurgia eletiva ou dentro da mesma linha de cuidado para o qual o paciente foi regulado;
- Não é legítimo converter pacientes que são admitidos via Pronto Socorro de unidades de saúde que possuem porta de entrada aberta 24h, em pacientes elegíveis para inserção na lista de espera da cirurgia eletiva;
- Será admitida a inserção da solicitação de procedimento cirúrgico eletivo para pacientes que forem admitidos via Emergência e necessitam de abordagem de 2º tempo cirúrgico pós-trauma na especialidade de ortopedia e retirada de cateter em urologia, e em outras situações a depender da demanda da regulação estadual;
- A unidade de saúde deverá cumprir e fazer cumprir todas as normativas de regulação e autorização de cirurgias eletivas constantes no Protocolo Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas vigente, bem como atualizações futuras e outras normativas estabelecidas no âmbito da Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás.

1.1.8 Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico SADT Externo

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo envolve o conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, que será disponibilizado prioritariamente à pacientes egressos e aos que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos autorizados pelo Complexo Regulador Estadual;

O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar vagas de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pela **Regulação Estadual**, no limite da capacidade operacional do SADT;

Os Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo a serem ofertados e executados são:

1.1.9 Quadro 4-Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo

Colonoscopia Endoscopia Digestiva
Radiografia com e sem contraste Endoscopia via urinária
Tomografia Computadorizada com e sem contraste Ultrassonografia
Ultrassonografia
/Doppler

O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar o serviço de imagenologia para os usuários da unidade, bem como àqueles da Rede Assistencial de acordo com fluxos estabelecidos pela **Regulação Estadual**, no limite da capacidade operacional dos aparelhos de imagem existentes;

Os exames a serem ofertados/executados dependerão da disponibilidade do recurso/equipamento, o que poderá ocorrer por locação/comodato ou outra forma de contratação devidamente autorizada.

1.1.10 Serviços de Apoio

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: corresponde ao conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico. Será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade. O SADT Interno deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente;

Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica;

Serviço de Nutrição e Dietética – SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada usuário/cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND está proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada,

fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes/usuários de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional;

Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes/usuários, responsável pelo processamento do enxoval e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setore da Unidade;

Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares;

Destaca-se a possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

2 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS

O objetivo da assistência ambulatorial é proporcionar ao paciente o excelente controle de sintomas de sua doença, a comunicação adequada de informações sobre a evolução da enfermidade e suas perspectivas de tratamento.

Para fins de regulação da primeira consulta médica ambulatorial, a marcação deverá ser feita respeitando-se o período de 20 minutos a partir do horário de início do ambulatório, sendo reservada 1 vaga por cada ambulatório para primeira consulta.

Em caso de vagas excedentes para primeira consulta, cada serviço deverá comunicar a Central de Regulação até o dia 10 de cada mês para preenchimento das mesmas, respeitando-se sempre a regra acima de 20 minutos para cada consulta.

A marcação dos retornos ambulatoriais será de responsabilidade de cada serviço, respeitando-se o intervalo de 40 minutos por consulta. As consultas de retorno deverão ser confirmadas pelo serviço responsável no período de até 7 dias antecedentes à data da consulta.

A confirmação das consultas visa evitar horários vagos nos ambulatórios. Uma vez detectado que o paciente não poderá comparecer à consulta, deve-se encaixar outro em seu lugar, a fim de otimizar o atendimento à população.

O encaminhamento poderá ser realizado por qualquer profissional da equipe assistente, mas preferencialmente pelo médico e deverá incluir o motivo do encaminhamento, com descrição dos sintomas físicos não controlados. Em caso de dor, pode-se classificá-la em leve, moderada ou intensa .

O referido encaminhamento poderá, ainda, incluir a capacidade de mobilidade do paciente ou a avaliação funcional , de modo a facilitar a classificação de prioridade .

A ampliação do acesso requer que ele ocorra em tempo oportuno e seja resolutivo

É necessário uma postura acolhedora, desburocratizada de todos os profissionais que atuam na unidade e que permeie qualquer atendimento realizado na Unidade. É fundamental que os profissionais estejam preparados para acolher o usuário que chegar, incluindo as demandas que não foram programadas, ou seja, as eventualidades e os imprevistos. Esta ação poderá ser realizada por qualquer trabalhador da Unidade.

Classificação de prioridade para primeira consulta:

- Prioridade 1 – Paciente com dor intensa (Escala Visual ou Verbal Numérica ≥ 7, numa escala de0 a 10), mesmo após ser medicado pela equipe assistente ou com outro sintoma de difícil controle pe. equipe assistente.
- Prioridade 2 – Paciente com restrição de mobilidade (em cadeira de rodas ou maca) ou com Escala de Performance Paliativa (PPS) ≤ 40%. (Quadro abaixo).
- Prioridade 3 – Paciente com dor leve a moderada (Escala Visual ou Verbal Numérica ≤ 6, numa escala de 0 a 10).
- Prioridade 4 – Paciente em Cuidados Paliativos
- Prioridade 5 – Paciente assintomático ou sem demanda especificada.

Escala de Performance Paliativa (Palliative Performance Scale) – PPS.

%	Deambulação	Atividatde e evidência da doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da Consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa

80	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; Doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para os hobbies/ trabalho doméstico. Doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho. Doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades. Doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
30	Totalmente acamado Incapaz para qualquer atividade	Doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão

20	Totalmente Acamado Incapaz para qualquer atividade	Doença extensa	Dependência Completa	Mínima a pequenos goles	. Completa ou sonolência. +/- confusão
10	Totalmente acamado Incapaz para qualquer atividade	Doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma. +/- confusão 0 Morte - -

Fonte: Maciel MGS. Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). Manual de

Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 31-418

1.1 Rotinas Para o Ambulatório

2.1 Fluxo de Atendimento Ambulatorial

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 O paciente com seu atendimento agendado para hospital ao chegar no hospital deve se dirigir a recepção de área referente ao seu agendamento A recepcionista de área confirma o agendamento, confere o documento de identidade, e dá presença por ordem de chegada A recepcionista indica o consultório de atendimento para o paciente se dirigir até o local e aguardar ser chamado pelo seu nome pelo profissional Se tratar-se de paciente sem prontuário no hospital, o mesmo será encaminhado ao balcão do SPP para abertura de prontuário (conforme POP do referido serviço) seguindo o mesmo fluxo dos pacientes que necessitarem de atualização cadastral Nos casos de encaixe, primeiro a recepcionista de área insere na agenda mediante autorização de consulta com a data assinada pelo médico . O paciente tem o prazo de até duas horas do horário agendado de início do atendimento para dar presença na respectiva área. Excepcionalidades serão avaliadas por cada 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

1.2 Normas Gerais

1- Iniciar suas atividades laborais no horário preestabelecido entre as partes e constante da distribuição de local de atendimento e horário de trabalho.

2- Nos atendimentos realizados aos usuários deverá ser respeitada a individualidade e a privacidade.

3- Os colaboradores, quando em serviço, deverão estar uniformizados de acordo com a padronização estabelecida, sendo proibido o uso de roupas decotadas e/ou saias ou bermudas.

4- Todos os colaboradores deverão usar identificação de acordo com a sua função e setor.

5- Organizar sua estação de trabalho antes de iniciar o atendimento aos pacientes e ao público em geral.

6- Prestar informação ao paciente e ao público em geral de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, procurando, sempre que possível atender às suas necessidades.

7- Todo o usuário deverá ser escutado, objetivando a resolução da sua necessidade, quando possível, sendo proibido o encaminhamento desses para as áreas que não competem às marcações.

8- É vedada a presença de pessoas estranhas e/ou não identificadas no interior da Unidade Ambulatorial.

9- Todo o atendimento desta unidade de saúde será norteado pelo dispositivo do acolhimento e da interdisciplinaridade.

10-É vedada a utilização de máquinas fotográficas ou qualquer aparelho que faça a captura de imagens dos setores, aparelhos e usuários, exceto com autorização expressa e antecipada da administração da Unidade.

11- Imagens de usuários e/ou aparelhos ambulatoriais sem autorização colocadas em qualquer site, acarretará punições.

12-Os colaboradores deverão informar aos pacientes idosos (maiores de sessenta anos), menores de dezoito anos, acamados e cadeirantes que deverão comparecer ao ambulatório para realização de consultas e/ou exames com um acompanhante. Somente uma pessoa poderá permanecer junto ao paciente, não sendo permitida circulação em outros andares.

13-Quando houver intercorrências com qualquer paciente, será solicitado aos acompanhantes e visitantes que se retirem momentaneamente para que o trabalho da equipe não seja prejudicado.

14-Evitar deixar objetos e alimentos sobre as bancadas, pois a exposição dos mesmos aos microrganismos hospitalares poderá acarretar em riscos à saúde.

15-Manter a organização de seu setor, bem como a higienização de seus instrumentos de trabalho.

16-As informações sobre o estado de saúde do paciente, tratamentos, exames e outros somente poderão ser fornecidos pelo médico.

17-Registrar em livro ata as ocorrências da respectiva clínica.

18-Manter bom relacionamento interpessoal com toda a equipe ambulatorial.

19-Desligar todos os aparelhos e equipamentos ao final do expediente.

20-Zelar pelo patrimônio da instituição.

21-Compete ao profissional responsável pela triagem informar, orientar e prestar informações aos pacientes sobre o local de realização de consultas, exames e procedimentos. 22-Tratar o paciente pelo nome.

abertura de cadastros de pacientes deverá observar o que se segue:

1. Solicitar os documentos necessários para abertura de cadastro de novos pacientes que comprovem a identificação pessoal (documentos com fotos, aceitos por lei).
2. Solicitar o cartão SUS.
3. Solicitar o contato pessoal.e 4. Observar se o paciente se enquadra no pacto da macrorregião e/ou municípios conveniados

A marcação de novas consultas deverá observar o que se segue:

1. Casos provenientes da atenção primária ou de serviços secundários nos ambulatórios das especialidades:
   - 1.1- A UBS solicitará a marcação de consultas de acordo com a disponibilidade de vagas.
   - 1.2- A Regulação Estadual marcará a primeira consulta do paciente, via sistema on line.
   - 1.3- A marcação de consultas só será feita mediante as normas estabelecidas.

1.4- - Cabe aos municípios da região de cobertura priorizarem, junto as UBS's, os pacientes a serem encaminhados para marcação de consultas.

1.5- O encaminhamento do paciente de forma equivocada e em desconformidade com as normas aplicáveis, implicará em perda da consulta do paciente e o mesmo deverá retornar à UBS município para ajustar as pendências que impossibilitaram a realização da consulta e/ou ser reencaminhado ao ambulatório adequado.

2- Casos de Interconsultas:

2.1- Deverá ser agendada, no Ambulatório da Unidade, conforme confirmação de atendimento prévio na especialidade.

2.2- O agendamento das consultas de retornos será realizado somente na Unidade Ambulatorial.

Definição das Funções

1.3 Marcações de Consultas e Exames

As marcações de consultas e exames deverão ser realizadas no guichê central da Unidade Ambulatorial, a saber: Ambulatório Especialidades.

1- Agendar consultas e/ou exames (interconsultas, reconsultas e outras condições), observando a especialidade e/ou subespecialidade.

2- Verificar os dados cadastrais do paciente e/ou público geral sempre que for realizada a marcação de consultas e/ou exames, atualizando-os sempre que necessário.

3- Conferir se houve atendimentos anteriores, tendo como objetivo checar o fluxo de atendimentos do paciente.

4- Registrar consultas extras conforme pedido médico. Diariamente as marcações extras deverão ser encaminhadas à Coordenação Ambulatorial para monitoramento sistêmico.

5- Se houver vagas, promover os encaixes correspondentes. As informações sobre ausência ou presença de pacientes serão monitoradas pela equipe do ambulatório, à qual deverá,

imediatamente, entregar a senha de controle da ordem de chegada do paciente.

6- Comunicar ao paciente que aguarda o encaixe, no período matutino até às 9hs e no período vespertino até às 14hs, sobre a possibilidade de realização de encaixe.

7- Fornecer dados para atualização da Gestão dos Consultórios.

8- Orientar o paciente sobre o local que deverá comparecer para realização da consulta.

9- Registrar consultas com demandas reprimidas no sistema de acompanhamento.

10-Realizar a triagem do paciente e direcioná-lo ao local de sua consulta.

11- Separar os prontuários de atendimentos e disponibilizá-los nos consultórios com 1 (um) dia de antecedência

1.4 Ala Interna do Ambulatório

1- Solicitar o prontuário do paciente pelo sistema de apoio com 3 (três) dias de antecedência.

2- Separar os prontuários de atendimentos e disponibilizá-los nos consultórios com 1 (um) dia de antecedência.

3- Organizar impressos para atendimento.

4- Registrar a presença ou ausência dos pacientes no sistema .

5- Registrar a presença ou ausência dos profissionais no sistema.

6- Verificar a quantidade de pacientes que não compareceram às consultas previamente agendadas (no período matutino às 8hs e no período vespertino às 13h) para que possam ser promovidos os encaixes até o número de atendimento pactuado nas grades.

7- Em caso de ausência imprevista do médico, solicitar ao apoio institucional da Unidade Ambulatorial remarcação do atendimento, conforme orientação do médico responsável pelo paciente. Não dispensar o paciente sem definir remarcação e/ou atualização de cadastro.

8- Direcionar a ala e o consultório de atendimento, conforme impresso da marcação.

9- Verificar presença de pacientes no pátio a fim de redirecioná-los, caso haja necessidade.

10-Solicitar e repor materiais e impresso de escritório.

11- Auxiliar pacientes em caso de dúvidas quanto as localizações.

12-Encaminhar estatística ao setor de Coordenação da Unidade Ambulatorial.

13-Prestar informações à Coordenação da Unidade Ambulatorial sobre inconformidades no uso de salas, dentre outros efeitos que interfiram no bom andamento.

14-Distribuir o impresso de receituário controlado (receita azul) ao profissional.

15-Atualizar os dados da planilha de controle dos talonários de receituário controlado (receita azul), preenchendo, obrigatoriamente, o nome do profissional que recebeu o talonário, contato telefônico, numeração inicial e final, bem como a data e hora da devolução.

16-Prestar informações, por telefone, das marcações que estão sendo realizadas.

1.5 Marcação de Procedimentos

1) Registrar o paciente no sistema de acordo com o procedimento a ser realizado.
2) Verificar, obrigatoriamente, os dados cadastrais do paciente e/ou público geral, atualizandoos sempre que necessário.
3) Orientar o paciente sobre o local que deverá comparecer para realização do procedimento.
4) Registrar procedimentos com demandas reprimidas no sistema de acompanhamento.
5) Encaminhar APAC e/ou estatística ao setor de Coordenação da Unidade Ambulatorial.

1.6 Unidade Ambulatorial

1) Realizar a remarcação de pacientes na ausência imprevista do profissional.
2) Atender as demandas de intercorrências relativas às atividades de marcação de consultas, exames, procedimentos e ala interna da Unidade Ambulatoria.
3) Prestar informações, por telefone, das marcações que estão sendo realizadas.
4) Realizar a marcação de consultas dos pacientes da Unidade (demandas oriundas das UBS's encaminhadas à Unidade Ambulatorial.
5) Realizar a intermediação entre a Regulação Estadual, Coordenação da Unidade Ambulatorial e os recepcionistas lotados na ala interna, tendo como objetivo sanar eventuais dúvidas.
6) Garantir a continuidade da Atenção à Saúde em casos complexos e prioritários (Recepção das demandas). Médico deverá realizar contato com os colegas passando a demanda recebida e/ou caso do paciente.

1.7 Procedimentos Médicos:

1.7.1 Procedimentos Médicos: Ambulatório

PROCEDIMENTO: 1ª Consulta Ambulatorial

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Atender o paciente verificando hipótese diagnostica e procedendo a investigação pertinente.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Sala de ambulatório com maca, mesa e cadeiras
- Prontuário médico
- Receituário

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Realizar o registro do atendimento englobando motivo da consulta, história médica atual, interrogatório sistemático, antecedentes médicos, antecedentes familiares, história social e da personalidade, exame físico;
- Realizar o exame físico do paciente;
- Estabelecer a suspeita diagnóstica;
- Solicitar os exames laboratoriais, radiológicos, etc., necessários à investigação da suspeita diagnostica;
- Programar consulta subsequente, se for o caso;
- Registrar na ficha de atendimento do paciente todos os dados da consulta.

CUIDADOS

- Adequar linguagem médica à linguagem local;
- Registrar os exames solicitados no prontuário;
- Checar se há registro de atendimento anterior bem com existência de exames recentes realizados;
- Orientar o paciente quanto à suspeita diagnóstica, condutas e tratamentos a serem prescritos e prognóstico.

PROCEDIMENTO: Consulta Subsequente em Ambulatório

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Reavaliar o caso do paciente e tomar decisão terapêutica.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Sala de ambulatório com maca, mesa e cadeiras
- Prontuário médico
- Receituário

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Receber e anotar em prontuário médico os resultados dos exames solicitados anteriormente;
- Encaminhar, se necessário, o paciente para outros especialistas, no caso de tratamento de doenças associadas, fornecendo relatório médico;
- Programar o retorno para acompanhamento, se for o caso.

CUIDADOS

- Adequar linguagem médica à linguagem local;
- Verificar a condição de compra de medicamentos pelo paciente;
- Prescrever sempre que possível, medicamentos genéricos.

1.7.2 Procedimentos Médicos: Cardiologia

PROCEDIMENTO: Prevenção da Aterosclerose - Dislipidemia

RESPONSÁVEL: Médico Cardiologista

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

Levantamento bibliográfico no MEDLINE e INDEX MEDICUS Latino Americano. Consulta às Diretrizes europeias do ano de 1998 e Americanas de 2001.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.

B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.

C: Relatos e séries de casos clínicos.

D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:

Definir e recomendar os principais procedimentos utilizados na prevenção da aterosclerose.

CLASSIFICAÇÃO DAS DISLIPIDEMIAS

A aterosclerose é doença multifatorial na qual as dislipidemias são um fator de risco modificável. A diminuição do LDL-colesterol (LDL-C) em indivíduos sob risco diminui a morbimortalidade relacionada à aterosclerose coronariana1-5(A)6(D).

CLASSIFICAÇÃO LABORATORIAL 6(D):

- Hipercolesterolemia isolada (aumento do colesterol total-CT e ou LDL-C);
- Hipertrigliceridemia isolada (aumento dos triglicérides-TG);

- Hiperlipidemia Mista (aumento do CT e dos TG);
- Diminuição isolada do HDL-colesterol (HDL-C) ou associada a aumento dos TG ou LDL-C.
- Os valores de referência para o diagnóstico das dislipidemias em adultos > 20 anos encontram-se na tabela I7(D):

Tabela I

Lipides	Valores	Categoria
CT	<200 200-239 ≥240	Ótimo Limítrofe Alto
LDL-C	<100 100-129 130-159 160-189 ≥190	Ótimo Desejável Limítrofe Alto Muito alto
HDL-C	<40 >60	Baixo Alto
TG	<150 150-200 200-499 ≥500	Ótimo Limítrofe Alto Muito alto

CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA 6(D):

Dislipidemias Primárias

Origem genética: hipercolesterolemia familiar (HF), dislipidemia familiar combinada (DFC), hipercolesterolemia poligênica, hipertrigliceridemia familiar e síndrome da quilomicronemia.

Dislipidemias Secundárias

Causadas por outras doenças ou uso de medicamentos: hipotireoidismo, diabetes mellitus (DM), síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica, obesidade, alcoolismo, icterícia obstrutiva, uso de doses altas de diuréticos, betabloqueadores, corticosteróides, anabolizantes. O tratamento dessas dislipidemias consiste em controlar a doença de base.

AVALIAÇÃO LABORATORIAL DAS DISLIPIDEMIAS

O perfil lipídico é definido pelas determinações do CT, HDL-C, TG e, quando possível, do LDL-C* após jejum de 12 horas. * Fórmula de Friedewald: LDL-C = CT – HDL-C – TG/5 (válida se TG < 400 mg/dL).

VARIAÇÕES NAS DOSAGENS DOS LÍPIDES

As variações podem ser analíticas8(D), quando relacionadas à metodologia e procedimentos utilizados pelos laboratórios, e pré-analíticas, quando relacionadas a fatores intrínsecos do

indivíduo, estilo de vida, uso de medicações, doenças associadas, jejum, exercícios e procedimentos de coleta e preparo da amostra.

Deve-se levar em conta a variabilidade biológica para o CT, HDL-C (5%) e LDL-C (em torno de 10%) e para os TG (25%) 6(D). Na presença de infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC), o perfil lipídico deve ser obtido nas primeiras 24 horas, pois além deste período seu valor poderá estar reduzido. Doenças infecciosas e cirurgias também podem atenuar os valores lipídicos.

Medicamentos não devem ser suspensos, mas o álcool deve ser evitado nas 72 horas prévias.

NOVOS MARCADORES LABORATORIAIS DO RISCO CARDIOVASCULAR Lipoproteína (a)

Esta lipoproteína tem sido associada a um risco maior de doença aterosclerótica9(B). Todavia, devido a problemas metodológicos, não há indicação de sua determinação rotineira10(C).

Homocisteína (HCY)

Elevações da HCY têm sido associadas à aterosclerose11(B). Não há provas até o momento de que a diminuição da HCY reduza o risco de eventos ateroscleróticos, logo não deve ser determinada rotineiramente.

Fatores hemostáticos:

O fibrinogênio tem sido associado ao risco cardiovascular12(B). Todavia, devido a sua alta variabilidade biológica à problemas metodológicos, não se recomenda sua determinação rotineira13(B).

Proteína C reativa de alta sensibilidade (PCR-as)

A PCR-as é um sensível marcador do processo inflamatório em indivíduos sadios e tem uma estabilidade comparável ao CT. Todavia, sua determinação para estimativa do risco cardiovascular não se aplica para fumantes, portadores de osteoartrose, obesos, diabéticos, mulheres em terapia de reposição hormonal (TRH), uso de antiinflamatórios ou na presença de infecções. A PCR-as tem sido consistentemente associada ao risco, cardiovascular14(B) e sua determinação parece ser de utilidade na estratificação do risco de eventos

coronários14(B)15(D). São considerados de alto risco indivíduos com valores acima do terceiro quintil de distribuição na população15(D). Nesses indivíduos deve ser considerada mudança agressiva do estilo de vida e controle dos fatores de risco presentes(D).

Tabela II"(D)

QUINTIL	PCR-as
1.	0,1 - 0,7 mg/L
2.	0,7 - 1,1 mg/L
3.	1,2 - 1,9 mg/L
4.	2,0 - 3,8 mg/L
5.	3,9 - 15,0 mg/L

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E DE METAS LIPÍDICAS DE T RATAMENTO PARA A ATEROSCLEROSE

O risco doença aterosclerótica é avaliado baseando-se na análise conjunta dos fatores de risco (FR) ou agentes causais para essa doença16(D). A estratificação é feita pelo risco absoluto, ou seja, risco que tem uma pessoa de desenvolver um determinado evento clínico num período de tempo.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

O LDL-C é considerado fator causal e independente de aterosclerose e sobre o qual devemos agir para diminuir a morbimortalidade1- 5,18(A)7,17(D)9(B). O poder preditor de risco e a meta lipídica adotada para prevenção irão variar dependendo da associação com outros FR. Os principais FR para a aterosclerose7(D) encontram-se na tabela I. A diretriz recomenda para todos os níveis de risco modificações no estilo de vida (MEV). A instituição do tratamento farmacológico dependerá do nível de risco, dos níveis do LDL-C, e da eficácia ou não das MEV em modificar os FR.

Os níveis de prevenção são divididos em: prevenção primária, primária de alto risco (risco absoluto de eventos coronários ≥ 20% em dez anos) e secundária (diabéticos e portadores de aterosclerose).

Tabela III

Fatores de Risco para Aterosclerose que modificam as metas de LDL-C*(D):
Fumo
Hipertensão arterial sistêmica (PA ≥ 140/90 mmHg)
HDL-C* < 40 mg/Dl
Diabetes mellitus (diabéticos são considerados como portadores de aterosclerose)
Idade (≥ 45 anos homens e ≥ 55 anos mulheres)
História familiar precoce de aterosclerose (parentes de primeiro grau < 55 anos homens e < 65 anos mulheres)
*HDL-C > 60 mg/dL são considerados um fator protetor devendo ser descontado um fator de risco da soma

AS RECOMENDAÇÕES PROPOSTAS SÃO AS SEGUINTES:

Baixo risco:

Risco absoluto de eventos < que 10% em dez anos7(D). Geralmente são indivíduos com 1 FR (excetuando DM) além do colesterol (LDL-C > 160 md/dL).

Prevenção Primária Meta: LDL-C < 130 mg/dL 4,5(A)7(D), entretanto, tolerase LDL-C até 160 mg/dL.

Perfil desejado: CT <200 mg/dL, HDL-C > 40 mg/dL e TG< 150 mg/dL (tabela IV)(D).

Médio risco:

Risco de evento > 10%, porém menor do que 20% em 10 anos7(D).

Geralmente indivíduos com 2 FR (excecutando DM) além do colesterol (LDLC > 160 mg/dL).

Prevenção Primária Meta: LDL < 130 mg/Dl4,5(A)7(D) (Tabela V)

Perfil desejado: CT <200 mg/dL, HDLC > 40 mg/dL e TG< 150 mg/dL. (D).

Tabela IV

Nivel de LDL-C (mg/dL)	Orientação	Verificações
Até 159	MEV	6 meses*
160 -190	MEV	3 meses*
> 190	tratamento farmacológico	

*- O tratamento farmacológico (TF) nessa faixa de risco é opcional e deverá ser iniciado a critério do médico, dependendo da intensidade dos FR: tabagismo importante (> 40 cigarros dia), história familiar importante, HDL-C muito baixo.

Tabela V

Nível de LDL-C (mg/dL)	Orientação	Verificações
Até 160	MEV	3 meses
> 160	tratamento farmacológico	

Tabela VI

Nível de LDL-C (mg/dL)	Orientação	Verificações
100 - 129#	MEV	3 meses
> 130	tratamento farmacológico	

#- Nesses casos, não é obrigatório o início da TF imediatamente já nesses níveis. Se após 3 meses as metas não forem atingidas, recomenda-se iniciar a TF.

Alto risco:

Risco de evento maior ou igual a 20% em 10 anos ou acima de 20% extrapolando-se a idade para os 60 anosNR1* de vida7,19(D) (Tabela VI).

Geralmente > de 2 FR (excetuando DM) além do colesterol (LDL-C > 160 mg/dL), principalmente homens com idade acima dos 55 anos e outros FR associados20(A). Nessa categoria também se incluem diabéticos21(B) e portadores de doença aterosclerótica coronária ou não (aneurisma de aorta, insuficiência vascular periférica ou doença cerebrovascular sintomática) 7(D). Portadores de síndromes genéticas como a HF e DFC também se encontram nesse grupo. O cálculo do risco absoluto de eventos poderá ser feito pelo uso do escore de risco de Framingham(ERF)22(B) que avalia o risco de eventos coronários em 10 anos. O ERF dá uma ideia do risco de eventos coronários em diabéticos, entretanto, não é recomendado para se estabelecer a meta lipídica, já que a mesma nesses indivíduos é LDL-C < 100 mg/dL. Da mesma forma, o ERF não é indicado para os indivíduos portadores de manifestações clínicas da aterosclerose ou dislipidemias de origem genética.

Tabela VII

Passo 1

Idade	Homens	Mulheres
30-34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70-74	7	8

Passo 2

Colesterol Total	Homens	Mulheres
< 160	-3	-2
160-199	0	0
200-239	1	1
240-279	2	1
≥280	3	3

Passo 3

HDL-C	Homens	Mulheres
< 35	2	5
35-44	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
≥ 60	-1	-3

Passo 4

PAS	PAD	Homens	Mulheres
< 120	< 80	0	-3
120-129	80-84	0	0
130-139	85-89	1	0
140-159	90-99	2	2
≥160	≥100	3	3

Quando os valores da PAS e PAD discordarem usar o mais alto.

Passos 5 e 6

Diabetes	Homens	Mulheres
Sim	2	4
Não	0	0
Fumo		
Sim	2	2
Não	0	0

Passo 7: some os pontos

Idade + CT + HDL-C + PAS ou PAD + DM + Fumo = total de pontos

Prevenção Primária de Alto Risco e Prevenção Secundária Meta: LDL < 100 mg/Dl2,5(A)7(D).

Perfil desejado: CT <200 mg/dL, HDLC > 40 mg/dL (HDL-C > 45 mg/dL em Diabéticos) e TG< 150 mg/dL (D).

USO DE ESCORES DE RISCO DE FRAMINGHAM COMO FERRAMENTA DE AUXÍLIO NA ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DE EVENTOS CLÍNICOS CORONÁRIOS

Para uma melhor identificação do risco absoluto de eventos clínicos foi adotado o ERF como guia de avaliação 22,23(B). O ERF calcula o risco absoluto de eventos coronários (morte, IAM e angina pectoris) em 10 anos (tabela VII). São atribuídos pontos para idade, pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), CT, HDL-C, fumo (qualquer cigarro no último mês) e presença ou não de DM. Após o cálculo dos pontos deve-se consultar a tabela VIII para ambos os sexos.

Tabela VIII

Passo 8: veja o risco absoluto nas tabelas			
Homens Pontos	Homens Risco de DAC em 10 anos %	Mulheres Pontos	Mulheres Risco de DAC em 10 anos %
≤-1	2	≤-2	1
0	3	-1	2
1	3	0	2
2	4	1	2
3	5	2	3
4	7	3	3
5	8	4	4
6	10	5	4
7	13	6	5
8	16	7	6
9	20	8	7
10	25	9	8
11	31	10	10
12	37	11	11
13	45	12	13
≥14	53	13	15
		14	18
		15	20
		16	24
		17	≥27

Tabela IX

	Risco de complicações metabólicas [24](B)	
Sexo	Aumentado	Muito aumentado
Homem	> 94 cm	> 102 cm
Mulher	> 80 cm	> 88 cm

Medida da cintura, e risco aumentado" e muito aumentado" para complicações metabólic associadas à obesidade em caucasianos*

EXCESSO DE PESO, OBESIDADE E SÍNDROME PLURIMETABÓLICA

O excesso de peso (índice de massa corpórea –IMC> 25 kg/m2), principalmente acúmulo de gordura na região abdominal, do tipo central ou androgênico, está associado a um maior risco de doença aterosclerótica16(D). Geralmente, esses indivíduos apresentam: dislipidemia (TG elevado, HDL-C baixo, padrão tipo B da LDL), resistência à insulina e hipertensão arterial o que caracteriza a síndrome plurimetabólica. Portadores dessa síndrome apresentam risco elevado de aterosclerose7(D). A medida da circunferência da cintura nos permite identificar portadores de obesidade androgênica (tabela IX). A cintura é uma medida que se apresenta como um marcador de risco para alterações metabólicas

independente do índice de massa corpórea3(A)12(B). Nesses indivíduos enfatizamos que a MEV que leve à perda de peso é de extrema importância.

MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA (MEV)

NUTRIÇÃO

A terapia nutricional é importante parte da terapia das dislipidemias.

Hipercolesterolemia

Foi adotada a recomendação da Associação Americana do Coração25(D) (Tabela X)".

Colesterol Alimentar e Ácidos Graxos:

O consumo do colesterol e dos ácidos graxos saturados (AGS) aumenta o LDL-C26(B). Para reduzir a ingestão de colesterol e AGS, deve-se restringir o consumo de alimentos de origem animal (colesterol e AGS) e de óleos de dendê e coco (AGS)27(D).

Os ácidos graxos (AG) insaturados (AGI)25(D) são representados pelas séries ômega-6 (linoléico e araquidônico), ômega-9 (oléico) e ômega-3 (alinolênico, eicosapentaenóico-EPA e docosahexaenóico-DHA). Os ômega 6 são encontrados nos óleos vegetais, exceto os de coco, cacau e dendê. A substituição isocalórica dos AGS por AGI reduz o LDL-C e o HDL-C. Os AG monoinsaturados (ácido oléico) reduzem o LDL-C, sem, no entanto, diminuir o HDL-C. Suas principais fontes são os óleos de oliva e canola, azeitonas, abacate e oleaginosas (castanhas, nozes, amêndoas). O ômega-3 28(D) (EPA e DHA) é encontrado em peixes de águas frias. O ácido alinolênico encontra-se nos tecidos verdes das plantas, óleo de soja e de canola. O ômega-3 tem como efeito farmacológico a diminuição da trigliceridemia plasmática25(D), entretanto, se consumirmos essas gorduras no lugar dos AGS, o colesterol do sangue irá baixar. Fontes de ômega-3: cavala, sardinha, salmão (EPA e DHA) e óleos de soja e canola (ácido linolênico).

Tabela X [25](D)

Recomendações dietéticas para o tratamento das hipercolesterolemias:

Nutrientes	Ingestão recomendada
Gordura total	25 a 35% das calorias totais
Ácidos Graxos Saturados	< 7% das calorias totais
Ácidos Graxos Polinsaturados	> 10% das calorias totais
Ácidos Graxos Monoinsaturados	> 20% das calorias totais
Carboidratos	50 a 60% das calorias totais
Proteínas	Aproximadamente 15% das calorias totais
Colesterol	<200 mg/dia
Fibras	20 a 30 g/d
Calorias	Para atingir e manter o peso desejável

Ácidos graxos trans

Os ácidos graxos trans são sintetizados durante o processo de hidrogenação dos óleos vegetais na produção de margarinas29(B) e elevam o LDL-C e reduzem o HDL-C. As principais fontes são: margarinas duras, óleos e gorduras hidrogenadas e gorduras industriais que devem ser evitadas.

Fibras:

As fibras solúveis ajudam na eliminação do colesterol. A recomendação de ingestão de fibra alimentar total para adultos é de 20 a 30 g/dia, sendo em torno de 25% (6g) de fibra solúvel25(D).

Fitosteróis

Os fitosteróis são esteróides vegetais. A ingestão de 3 – 4 g/dia de fitosteróis promove a redução do LDL-C em 10-15% e é opção para o tratamento da hipercolesterolemia25(D).

Antioxidantes e álcool:

Não há evidência de que a suplementação com antioxidantes previna a doença coronária30(D). Não há indicação para o consumo de álcool para a prevenção da aterosclerose25(D).

Dieta para a Hipertrigliceridemia:

Pacientes com níveis muito elevados de TG e que apresentem quilomicronemia, devem reduzir a ingestão de gordura total da dieta25(D). Na hipertrigliceridemia secundária à obesidade ou diabetes, recomenda-se, respectivamente, dieta hipocalórica, restrição de

carboidratos e compensação do diabetes. Recomenda-se restrição total do consumo de álcool.

EXERCÍCIO FÍSICO

O sedentarismo constitui fator de risco para a aterosclerose31(B). O exercício previne a doença aterosclerótica32(A). Tanto a implementação de exercícios de alta como de baixa intensidade, realizados em faixas de 85 a 90% e em torno de 50 a 70% do consumo máximo de oxigênio, respectivamente, podem reduzir os triglicérides e aumentar o HDL-C. Além disso, há melhora da condição cardiorrespiratória melhora da composição corporal, redução da obesidade, do estresse, do nível de catecolaminas e também do efeito benéfico na pressão arterial33(D). Devem ser adotadas, com frequência de três a seis vezes por semana, sessões de em média 40 min, de atividade física aeróbia. A zona alvo do exercício aeróbio deve ficar na faixa de 60 a 80% da frequência cardíaca máxima, observada em teste ergométrico, realizado na vigência dos medicamentos de uso corrente.

TABAGISMO

O tabagismo deve ser combatido de forma agressiva. O tratamento do tabagismo passa por duas etapas: abordagem cognitivo comportamental e farmacoterapia com nicotina ou bupropiona, segundo o consenso sobre a abordagem e tratamento do fumante promovido pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional do Câncer em 2001, que pode ser visitado no endereço da internet www.saúde.gov.br (D).

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DAS DISLIPIDEMIAS

VASTATINAS OU ESTATINAS OU INIBIDORES DA HMG-COA REDUTASE

São os medicamentos de escolha para reduzir o LDL-C em adultos (18-55% em média). Elevam também o HDL-C de 5-15% e reduzem os TG de 7-30%. As vastatinas diminuem eventos isquêmicos coronários, necessidade de revascularização do miocárdio, mortalidade cardíaca e total e AVC (nos estudos de prevenção secundária)1-5,34(A). Consideramos que o benefício do uso das vastatinas é decorrente de um efeito de classe secundário à redução do LDL-C, embora alguns mecanismos possam diferenciar os diversos fármacos35(D). Dessa maneira, para o tratamento adequado devem ser atingidas as metas de LDL-C propostas utilizando-se as doses necessárias (Lovastatina 20-80 mg, Sinvastatina 10-80 mg, Pravastatina 2040mg, Fluvastatina 10-80 mg, Atorvastatina 10-80 mg). Uma vez

estabelecido o tratamento, este deverá ser seguido por tempo indeterminado. As vastatinas devem ser suspensas caso haja aumento das aminotransferases > 3 vezes os valores normais, ou se há dor muscular ou aumento da creatinoquinase > 10 vezes o valor normal.

COLESTIRAMINA

A colestiramina nas doses 16-24 g/dia reduz o LDL-C (15-30%) e o risco de eventos coronários7(D)36(A). É fármaco de escolha em crianças e como adjuvante às vastatinas. Não deve ser usada na hipertrigliceridemia.

FIBRATOS

São indicados no tratamento da hipertrigliceridemia endógena quando houver falha das MEV37(D) ou quando esta for muito elevada (>500mg/dL). As alterações lipídicas com as doses habituais de fibratos (Genfibrosila 600-1200 mg, Bezafibrato 400-600 mg/dia, Etofibrato 500 mg/dia, Fenofibrato 200

(micronisado)-250 mg/dia, Ciprofibrato 100 mg/dia),

em média são: redução dos TG 30-60%, aumento do HDL-C 10-30% e diminuição do LDL-C 5-20%. No estudo VA-HIT38(A), a Genfibrosila diminuiu em 22% o risco de eventos coronários em homens com LDL-C < 140 mg/dL (média 111 mg/dL), HDL-C < 40 (média 32 mg/dL) e TG < 300 mg/dL (média 160 mg/dL). Nesse estudo, mais de 70% dos indivíduos apresentavam resistência à insulina e 25% eram diabéticos tipo II. Os efeitos foram atribuídos ao aumento do HDL-C. Dessa forma, os fibratos podem ser úteis na prevenção secundária em indivíduos com as características descritas.

ÁCIDO NICOTÍNICO

O ácido nicotínico diminui o LDL-C de 5%-25%, aumenta o HDL-C 10-35% e diminui os TG 20%-50%7(D). Na forma tradicional, utiliza-se a dose de 2 a 6 g/dia ajustadas conforme o efeito ou a tolerância. A limitação ao uso do ácido nicotínico são frequentes efeitos colaterais que são rubor facial, hiperglicemia, hiperuricemia e alterações do trânsito intestinal. Deve ser utilizado com cuidado em diabéticos. No estudo de prevenção secundária Coronary Drug Project", houve diminuição de 27% de redução nos eventos coronários39(A).

ÔMEGA 3

O ômega-3 reduz os TG. A dose mínima recomendada é de 4 gramas/dia. O estudo GISSI demonstrou que a suplementação de 1g/dia de ômega-3 reduziu em 10% os eventos cardiovasculares em portadores de doença arterial coronária40(A).

FÁRMACOS ADJUVANTES PARA A PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE CLÍNICA

São medicamentos que diminuem a morbimortalidade de indivíduos de alto risco e que devem ser prescritos na ausência de contra indicações.

ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO (AAS)

O AAS nas doses acima de 100 mg/dia deve ser prescrito para indivíduos que se encontrem sob alto risco de eventos cardiovasculares. Indivíduos hipertensos devem ter a pressão controlada41-43(A).

INIBIDORES DA ENZIMA DE CONVERSÃO (IECA)

Os IECA devem ser prescritos para indivíduos em prevenção secundária, principalmente os que apresentem disfunção ventricular esquerda ou para diabéticos que apresentem algum outro FR associado ou nefropatia44-45(A).

BETABLOQUEADORES (BB)

Os BB devem ser prescritos para indivíduos que sofreram IAM, principalmente os que apresentam disfunção ventricular46(A).

DISLIPIDEMIAS EM GRUPOS ESPECIAIS

DOENÇA RENAL

A dislipidemia no nefropata aumenta a prevalência de doenças cardiovasculares e favorece a evolução para insuficiência renal terminal47(B). As vastatinas são as drogas de escolha, reduzir o LDL-C. Fibratos são recomendados para o controle da hipertrigliceridemia, mas suas doses precisam ser ajustadas para o nível de função renal, pois podem determinar miosite e rabdomiólise.

SIDA E INIBIDORES DE PROTEASE

Pacientes com SIDA apresentam aumento nos TG e redução do HDL-C48(D). A dislipidemia é agravada pelos inibidores de protease (IP). Os fibratos e o ômega-3 podem ser utilizados

nestes pacientes. As vastatinas podem modificar os níveis séricos e eficácia dos IP por compartilharem os mesmos sítios de metabolização hepática.

SÍNDROMES ISQUÊMICAS AGUDAS (SIA)

O perfil lipídico deverá ser determinado em todos os portadores de SIA, preferencialmente nas primeiras 24 horas após o evento. Após esse período, o LDL-C diminui. As vastatinas estão indicadas para os indivíduos no IAM ou angina instável se o LDL-C ≥ 130 mg/dL 34(A)49-50(B). Para os com LDL-C 100-129 mg/dL o uso fica a critério do médico e se LDL-C <100 mg/dL não há indicação nesse momento. O LDL-C deverá ser reavaliado 2 mese após o evento agudo e seguidas as recomendações do item III (D).

IDOSOS (> 70 ANOS)

Nessa faixa etária, deve ser dada especial atenção ao afastamento de causas secundárias de dislipidemias, principalmente hipotireoidismo, diabetes melito e IRC. Os estudos de prevenção secundária com vastatinas mostram alta eficácia nessa faixa etária51(D). Na prevenção primária, os dados disponíveis são ainda limitados, com benefício sugerido no estudo AFCAPS/TexCAPS

5(A).

MULHERES NO PERÍODO CLIMATÉRICO PÓS-MENOPAUSAL

Prevenção primária

A TRH melhora o perfil lipídico das mulheres após a menopausa e a maioria dos estudos observacionais revela que esta promove redução da morbimortalidade por doença cardiovascular52(D). Entretanto, resultados de estudos prospectivos e controlados ainda não estão disponíveis. Não há indicação no momento da TRH para se prevenir a aterosclerose. A utilização de vastatinas é eficaz em mulheres com HDL-C baixo7(D).

Prevenção secundária

Apesar da evidência de estudos observacionais52(D), não há evidência de estudos prospectivos controlados de que a TRH traga benefício na prevenção secundária da aterosclerose, logo não está recomendada53-54(A). As vastatinas diminuem a morbimortalidade em mulheres portadoras de aterosclerose1-3(A).

GESTAÇÃO

Mulheres dislipidêmicas em idade fértil e sem contracepção adequada devem seguir orientação dietética e, se necessário, utilizar a colestiramina. Os fibratos devem ser considerados em casos de hipertrigliceridemia muito grave (TG > 1000 mg/dL)7(D).

MULHERES 20-45 ANOS E HOMENS 20-35 ANOS

Nessas faixas etárias, a doença aterosclerótica é rara, exceto para os portadores de síndromes genéticas, fumantes importantes ou diabéticos. A

MEV deve ser enfatizada em adultos jovens com LDL ≥ 130. Entretanto, devese considerar terapia hipolipemiante para indivíduos com LDL-C entre 160189 mg/Dl, principalmente em fumantes. Aqueles com LDL-C> 190 mg/dL devem receber terapia hipolipemiante como os adultos mais velhos7(D).

Tabela XI

Valores de referência para os lipides entre 2 e 19 anos *(D)

Lipides	Idade (anos)	Valores (mg/dL)		
		Desejáveis	Limítrofes	Aumentados
CT		<170	170-199	≥200
LDL-C		<110	110-129	≥130
HDL-C	<10	≥40	-	-
	10-19	≥35	-	-
TG	<10	≤100	-	>100
	10-19	≤130	-	>130

CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Os lipídios devem ser dosados em crianças com parentes de 1º grau com aterosclerose precoce, parentes de 1º grau com dislipidemias graves (CT≥ 300mg/dL ou TG≥ 400mg/dL); presença de pancreatite aguda, xantomatose, obesidade ou outros FR 6,55(D)(Tabela XI).

Dieta(D)

Confirmada a dislipidemia, o tratamento dietético deverá ser iniciado após 2 anos de idade, priorizando as necessidades energéticas e vitamínicas próprias da idade. Deve-se encorajar a ingestão de fibras e desestimular a de alimentos ricos em colesterol e gordura saturada. Havendo refratariedade à dieta, o uso de drogas hipolipemiantes para crianças acima de 10 anos pode ser considerado nas seguintes situações: dislipidemia familiar com LDLC>190mg/dL; antecedentes familiares de doença aterosclerótica prematura; 2 ou mais FR com LDL-C>160mg/ dL; na vigência de aterosclerose manifesta, com LDL-C>130mg/dL.

A colestiramina é a droga recomendável por não apresentar efeitos sistêmicos na dose de 2mg/dia com dose máxima de 8mg/dia. As vastatinas, devido à pequena experiência atual, podem ser usadas em casos de HF grave (CT>300mg/dL) e/ou aterosclerose manifesta, nos quais o uso das resinas foi insatisfatório. A quilomicronemia requer somente tratamento dietético.

Em situações excepcionais, considerações sobre outras formas de tratamento incluem a plasmaferese, LDL aférese, anastomose ileal parcial e transplante hepático.

TRANSPLANTE CARDÍACO (TC)

A presença de dislipidemia após TC está associada a maior incidência de doença vascular do enxerto. Por outro lado, o uso de pravastatinas pode reduzir a progressão da vasculopatia, independente de redução do colesterol e também parece reduzir a incidência de rejeição 56(A).

1.7.3 Procedimentos Médicos: Medicina Interna

PROCEDIMENTO: Admissão Médica

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Admitir o paciente no Hospital de acordo com a patologia apresentada.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Prontuário médico, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, balança, oftalmoscópio

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Apresentar-se ao paciente e familiares.
2. Atender o paciente na sala de admissão.
3. Fazer anamnese e exame físico no paciente.
4. Preencher a ficha do histórico clínico e avaliação inicial com os dados do exame físico e anamnese e AIH.
5. Descrever as suspeitas de diagnóstico do paciente e solicitar os exames em formulário próprio em duas vias.
6. Realizar prescrição médica do paciente em impresso próprio em duas vias.

7. Informar à equipe de enfermagem os procedimentos a serem realizados de imediato.
8. Informar ao paciente e familiar sobre o diagnóstico e terapêutica realizados.
9. Informar a Enfermeira responsável do Hospital o paciente deverá ser internado.

CUIDADOS

- Certificar-se da vaga na respectiva enfermaria com a Enfermeira responsável;
- Registrar os dados de forma legível;
- Exames de urgência deverão ser informados à equipe de enfermagem para solicitar ao respectivo serviço (laboratórios, radiologia, etc.);
- Caso o paciente necessite de procedimentos invasivos (cirurgias, exames, etc.) deverá assinar o termo de consentimento e ser orientado devidamente.

PROCEDIMENTO: Prescrição Médica e Evolução

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Registrar no prontuário prescrição e evolução médicas diárias de forma legível e sistemática.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Prontuário médico, folha de evolução e prescrição médicas, impressos, balança e materiais médicos afins
- Padronização de Medicamentos do Hospital

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Examinar o paciente colhendo as informações do estado de saúde do mesmo.
2. Analisar gráficos de TRP, balanço hídrico e ocorrências de enfermagem.
3. Preencher devidamente a evolução médica, com nome completo do paciente, registro, data, horário e unidade de internação e dados do estado de saúde do paciente.
4. Escrever no prontuário médico os principais achados pertinentes ao caso.
5. Solicitar exames, quando necessário.
6. Preencher a prescrição médica em duas vias, disponibilizando à enfermagem até as 10: 00 horas, diariamente.

CUIDADOS

- Assinar e carimbar a prescrição médica.

- Certificar-se da existência do medicamento na Padronização de Medicamentos do Hospital, antes de prescrevê-lo.
- Caso seja prescrito um antibiótico, será necessário o preenchimento de formulário de programação e quantidade de antibiótico

PROCEDIMENTO: Solicitação de Inter-Consulta

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Obter consulta com especialista.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Prontuário médico, receituário.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Solicitar interconsulta à equipe da especialidade requerida, explicitando os respectivos motivos.
2. Entregar solicitação de interconsulta à enfermagem, que o encaminha para a respectiva equipe.
3. Anotar no prontuário a solicitação da referida interconsulta.
4. Verificar anotações feitas em prontuários pelo especialista em questão e seguir recomendações necessárias.

CUIDADOS

- Checar a existência da especialidade médica do Hospital.
- Solicitar que a enfermagem avise imediatamente após o registro da resposta da consulta no prontuário.
- Caso a especialidade médica não esteja disponível no Hospital, preencher solicitação de consulta externa e encaminhar ao Serviço Social para marcação.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Artrite Reumatóide

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Desacelerar progressão da doença e debelar a dor

MATERIAL NECESSÁRIO

- Impressos para prescrição

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- A-Soro-Negativa (Fator Reumatóide negativo) ○ Antinfalmatório não esteróides ○ Corticóides em doses antinfalmatórias: 5 a 10mg/ dia ○ Corticóides de depósito em aplicação intra-articular ○ Avaliar nos casos resistentes o uso de Drogas Controladoras da Doença
- B-Soro-Positivo (Fator Reumatóide positivo)
- Avaliar os marcadores de risco ○ Introduzir precocemente as Drogas Controladoras de Doença (uma ou duas)

  Methotrexate

  Hidroxicloroquina

  Sulfassalazina

  D.Penicilina

  Leflunomida (Arava)
- Associar corticóides
- Uso eventual de corticóides intra-articular
- Medicações biológicas quando indicadas (anti-TNF)
- Féreses

CUIDADOS

- Tratar episódios de distúrbio gastrointestinal se ocorrer após início do tratamento.
- Nas manifestações extrarticulares de risco (serosites, vasculites, quadros neurológicos), contemplar o uso de Pulsoterapia com

  Metilpredisolona e/ou Ciclofosfamida

AÇÕES CORRETIVAS

- Em casos refratários avaliar transferência para Unidade Hospitalar de referência.

PROCEDIMENTO: Tratamento do Lupus Eritematoso Sistêmico

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Tratar os pacientes com diagnóstico de lupus eritematoso sistêmico.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Impressos para prescrição e exames laboratoriais, estetoscópio, tensiômetro

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Sem lesões viscerais importantes ○ Antinflamatório não esteróides (AINES) ○ Hidroxicloroquina ○ Corticóide em doses baixas ○ Medicações tópicas (forma cutânea)
- Com lesões viscerais importantes (Poliserosites, Vasculites, Alt.: Neuropsiquiátricas, Renais, Pulmonares, Cardíacas, etc.):

  ○ Corticóides em doses elevadas (1mg/kg) ○ Pulso de Metilprednisolona ○ Pulso de ciclofosfamida ○ Azatioprina

CUIDADOS

- Terapias Específicas: ○ Féreses ○ Imunoglobina I.V.

○ Fator Estimulador de Colônia (CSF)

AÇÕES CORRETIVAS

- Nos casos de necessidade de terapia específica considerar transferência para unidade hospitalar de referência.

PROCEDIMENTO: Avaliação Inicial do Paciente Diabético

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Introduzir o paciente em programa de controle da diabetes.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Tensiômetro, estetoscópio, espátula, oftalmoscópio, exames laboratoriais e Impressos educativos

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Exame físico completo ○ Peso, TA ○ Fundo de olho ○ Palpação das artérias ○ Avaliar macroangiopatia ○ Avaliar neuropatias ○ Exame cuidadoso dos pés ○ Exame buco dentário
- Solicitar testes bioquímicos ○ Sumário de urina ○ Hemograma – Glicemia ○ Urocultura ○ Colesterol, Triglicérides ○ HDL, LDL

o Creatinina, Uréia, K

CUIDADOS

- Solicitar glicohemoglobina ou frutosamina (podem ser normais em diabetes recentes), Raio X de tórax e ECG

AÇÕES CORRETIVAS

- Equipe multidisciplinar o Iniciar o programa de aprendizagem o Consulta com a nutrição para receber sua dieta individualizada o Consulta de enfermagem o Consulta com o serviço social o Avaliação Psicossocial o Autocontrole o Folhetos educativos, cartão de identificação.

PROCEDIMENTO: Tratamento da diabetes I

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter níveis aceitáveis de glicemia sérica no paciente diabético

MATERIAL NECESSÁRIO

- Material descartável, medicamentos e equipamentos pertinentes.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Critérios para o diagnóstico de:

o Diabetes o Critério do ADA - Glicemia plasmática > 126 mg o Critério do WHO (World Health Organization) – Glicemia de jejum

> 140mg ou valor glicêmico aleatório > 200mg% o Glicemia de Jejum Alterada o Glicemia de jejum > 110mg% e < 126mg% o Intolerância à Glicose o Critério do WHO – Glicemia plasmática de jejum < 140mg% e >

200mg% o TTG Gestante o Valor normal: 105, 190, 165, 145 mg%

- Terapêutica o Dieta o A dieta do diabético deve ser individualizada de acordo com as necessidades calóricas diárias, atividades físicas, hábitos alimentares, etc. num indivíduo normal, calcula-se o gasto calórico como sendo de 30 a 40 calorias/kg/dia.

- o Insulina
- o A insulina está indicada nos diabéticos do tipo 1, nos diabéticos magros, na presença de cetose e em diabéticos do tipo 2 quando os hipoglicemiantes orais já não conseguem um

bom controle glicêmico. A insulina é também indicada em caso de infecções, na gravidez, na insuficiência hepática ou renal e no diabetes secundário à pancreatite.

PROCEDIMENTO: Tratamento da diabetes II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- A dose a ser utilizada varia conforme o paciente, em média 40u diárias de NPH são suficientes. Para pacientes que nunca tomaram insulina pode ser administrado 0.2 a 0.5u/kg e nos dias seguintes 1u para cada 20mg de glicemia acima de 140mg. Em crianças faze 0.1u/kg de peso, inicialmente.
- Os esquemas de administração de insulina são vários. Poderá serem utilizadas quatro doses de regular, antes das principais refeições, NPH pela manhã associada com simples, NPH a noite, ou 02 doses de NPH, sendo 2/3 antes do desjejum e 1/3 antes do jantar, associada ou não a insulina simples, tudo vai depender da resposta e aceitação do paciente.
- Hipoglicemiantes Orais

- O uso de hipoglicemiante oral está indicado nos diabéticos do tipo 2, ou não insulinodependente, quando a dieta e o aumento da atividade física não forem capazes de obter um bom controle.
- Se o diabético é obeso, a primeira opção é a biguanida ou o inibidor da alfaglucosidade.
- Se ele tem o peso normal ou pequeno excesso de peso, pode ser testada, inicialmente, uma sulfonilureia, associado ou não à biguanidade ou a um inibidor da alfa-glucosidade.

PROCEDIMENTO: Tratamento da diabetes III **RESPONSÁVEL:** Equipe Médica

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Hipoglicemiantes orais disponíveis no Brasil

Droga

1. Sulfoniluréias	Nome Comercial	Apresentação	Duração de ação	Dose Máxima
Clorpropamida	ClorpropamidaDiabinese	Comp. 250 mg	+ 36h	500 mg

Glibenclamida	Daonil Euglucon Lisaglucon	Comp. 5mg	6 – 12h	20 – 30mg
Gliclazida	Diamicron	Comp.80mg	6 – 12h	240mg
Glipizida	Minidiab	Comp. 5mg	4 – 10h	20mg
Glimepirida	Amaryl	Comp. 2 e 4mg	5 – 8h	8mg
2. Biguanidas				
Metformin	Dimefor Glifage Glucoformin	Comp. 500 e 850mg	9 – 12h	200mg
Fenformin	Debei	Comp. 50mg	4 – 6h	150mg
3. Inibidores da alfa-glucosidade				
Acarbose	Glucobay	Comp. 50 e 100mg	3h	200mg

- Sulfonilureais
- As sulfonilureais de primeira geração, como a clorpropamida tem meia vida mais longa – 36 a 60h, devido formação de metabólitos com excreção mais lenta. Já os de 2ª geração tem meia vida mais curta, 8 a 16h, como glibenclamida, glimepirimida, glicazida e glipizida.
- Deve-se iniciar com um a dois comprimidos, em jejum, observar a resposta por duas a três semanas e, se necessário, aumentar a dose. A dose máxima diária a ser utilizada varia e no caso clorpropamida é de 500mg, no caso da glibenclamida 20 mg e da glicazida, 320mg e da glimepirida 8mg. Estes comprimidos devem ser dados em jejum.
- As sulfonilureias podem ser administradas associadas às biguanidas e/ou a acarbose e à insulina.

PROCEDIMENTO: Acompanhamento do Diabético I

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter o paciente no programa de controle da diabetes.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Tensiômetro, estetoscópio, controle de glicemia

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Continuar o programa educativo
- Peso, TA
- Glicemia em jejum
- Glicemia pós-prandial
- Avaliar mapa de glicosúria
- Procurar hipoglicemia

CUIDADOS

- Esta segunda visita deve ser feita com 15 a 30 dias da avaliação inicial - Orientar o paciente para situações de hipoglicemia

PROCEDIMENTO: Acompanhamento do Diabético II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter o paciente no programa de controle da diabetes.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Exames laboratoriais

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Glicohemoglobina
- Lipídios séricos (se estiverem elevados)
- Glicemia pós-prandial
- Sumário de urina

- Exame dos pés
- Prosseguir com o programa educativo de grupo, já avaliando a educação recebida anteriormente
- Reconsiderar a terapêutica

CUIDADOS

- Esta terceira visita deve ser realizada após 3 meses da avaliação inicial
- Esta avaliação acima deverá ser mantida a cada 3 a 4 meses no paciente que esteja bem controlado.

PROCEDIMENTO: Acompanhamento do Diabético III

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter o paciente no programa de controle da diabetes.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Tensiômetro, estetoscópio, espátula, oftalmoscópio, exames laboratoriais e RX.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Exame físico completo e particularmente ○ Palpação das artérias (Doppler se necessário) ○ Exame cuidadoso dos pés e unhas ○ Procurar macroangiopatias ○ Procurar neuropatias, hipertensão ortostática ○ Fundo de olho ○ Avaliação buco dentária

CUIDADOS

- Realizar avaliação complementar:
- Clearance de creatinina
- Creatinina, uréia, eletrólitos
- Colesterol, triglicérides, HDL, LDL
- Sumário de urina, urocultura
- Glicohemoglobina ou frutosamina
- Microalbuminúria, Raio X de tórax

AÇÕES CORRETIVAS

- Reconsiderar a terapêutica
- Solicitar consultas especializadas, se necessário

- Rever mapa de glicosúrias
- Revisão com a nutricionista
  Revisão de enfermagem
- Revisão psicossocial

PROCEDIMENTO: Transferência de Paciente

RESPONSÁVEL: Equipe Médica **RESULTADOS ESPERADOS**

- Transferir o paciente para outra unidade hospitalar

MATERIAL NECESSÁRIO

- Prontuário médico, relatório de transferência.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Certificar-se da vaga no local de destino.
2. De posse da vaga, informar o paciente e/ou familiares sobre sua transferência.
3. Registrar no prontuário indicação de transferência.
4. Preencher relatório de transferência constando resumo da história e exame na admissão, curso de internamento e registro de todos os exames realizados.
5. Informar à equipe de enfermagem quando o relatório estiver pronto.
6. Avisar ao Serviço Social a necessidade da transferência e as providências tomadas.

CUIDADOS

- Certificar-se junto a equipe de enfermagem que haja continuidade na administração dos medicamentos.
- Registrar no prontuário e relatório de transferência o quadro clínico do paciente ao sair da unidade hospitalar

PROCEDIMENTO: Alta Médica

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Proceder à alta hospitalar, orientando o paciente quanto aos cuidados pertinentes.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Prontuário médico, relatório de alta, receita médica

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Comunicar o paciente da sua alta.
2. Registrar medicação de alta no prontuário.
3. Colocar na prescrição do dia, o aviso de alta do paciente.
4. Fazer o relatório de alta, em 2 (duas) vias, devendo uma delas ficar no prontuário médico do paciente e a outra ser entregue ao paciente.
5. Orientar o paciente e/ou familiares quanto à sua medicação, dieta e cuidados gerais, fornecendo receituário, se necessário.
6. Orientar quanto ao seu retorno no ambulatório, caso haja necessidade.
7. Avisar ao Serviço Social e a Enfermagem, a indicação de alta hospitalar.

CUIDADOS

- Certificar-se do entendimento do paciente em relação as orientações dadas.

PROCEDIMENTO: Conduta no Óbito

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Atestar o óbito do paciente e tomar as providências cabíveis à situação.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Prontuário médico, atestado de óbito

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Constatar o óbito do paciente;
2. Descrever no prontuário médico a ocorrência, horário do óbito e medidas adotadas durante a parada cardiorrespiratória.
3. Preencher o atestado de óbito, no caso de morte natural.
4. Entregar o atestado de óbito à enfermagem.
5. Informar a família e/ou responsável juntamente com o Serviço Social sobre o óbito do paciente.

CUIDADOS

- Em caso de suspeita diagnostica de envenenamento, morte violenta ou óbito antes de completar 24 horas de internamento, não poderá ser fornecido atestado de óbito pelo Hospital, devendo o médico entrar em contato telefônico com o delegado regional, para solicitar sua presença no Hospital. O médico deve, ainda, fazer relatório com a ocorrência, em duas vias, onde uma delas ficará no prontuário médico do paciente e a outra será entregue ao delegado.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Infecção do Trato Urinário (ITU) II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

CUIDADOS

- Ao se administrar a gentamicina, certificar-se de monitorização a função renal da paciente.

A paciente deverá permanecer internada até 48 horas após o desaparecimento da febre ou normalização do quadro laboratorial, quando poderá receber alta hospitalar, com antibioticoterapia oral prescrita

AÇÕES CORRETIVAS

- Em caso de falha do tratamento (persistência da febre 48 horas após sua introdução), deve-se avaliar a possibilidade de mudança de tratamento.

PROCEDIMENTO: Tratamento das Parasitoses Intestinais

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Assistência médica capacitada a detectar e tratar adequadamente as parasitoses do trato digestivo.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Resultado laboratorial do parasitológico, Impressos para solicitação de exames e prescrição médica

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Colher amostra parasitológicos de fezes (03 amostras) com Baermann para todos os pacientes com suspeita de parasitose intestinal. Swab retal em casos específicos;
2. Solicitar hemograma para avaliar grau de anemia, eosinofilia, etc.;
3. Em pacientes imunodeprimidos solicitar pesquisa de oportunistas nas fezes e coprocultura;

4. Utilizar anti-helmítico de largo espectro. Mebendazol 100mg de 12/12hs por 03 dias, repetindo com 15 dias após a 1ª dose para a maioria das parasitoses. Em casos de ascaridíase isolada, pode-se usar Levamizole em dose única;
5. Para esquistossomose Mansônica, usar Oxamniquine 15 mg/kg/dia (máxima de 1,5g) em dose única;
6. Para estrongiloidíase, usar Tiabendazol 50 mg/kg/dia (não ultrapassar 03g) por 03 dias. Em caso de imunodepressão tratar por 21 dias;
7. Para teníase, usar Praziquantel 20mg/kg para T. sagnata e 5 mg/ kg para T. solium, dose única;
8. Para amebíase, usar Metronidazol 400mg VO de 8/8 hs por 10 dias – apenas para pacientes com doença intestinal atribuída ao parasito e/ou

   E. histolytica. Para giardíase, Metronidazol 250mg VO 8/8hs por 05 dias.

CUIDADOS

- Não demorar de enviar a amostra ao laboratório;
- Corrigir condições associadas, como anemia ferropriva;
- Orientar o paciente quanto a cuidados de higiene no manuseio de alimentos.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Pneumonia Hospitalar

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Aplicação de medidas preventivas da infecção respiratória adquirida no ambiente hospitalar, visando a reduzir a morbimortalidade, os custos e o tempo de internação prolongado associado a essa patologia. Identificação precoce e tratamento bem sucedido dos casos identificados, tentando-se sempre identificar o agente etiológico, para traçar um perfil de sensibilidade da flora hospitalar em questão.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Exames laboratoriais, Laudo do RX, , medicamentos (ver abaixo), controle dos sinais vitais, estetoscópio, tensiômetro, termômetro

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Implantação de medidas profiláticas básicas, incluindo lavagem das mãos, normas de isolamento, etc. – para toda a equipe de saúde, sob supervisão da SCIH;

2. Ampla divulgação dos resultados das culturas entre as equipes médicas para seleção mais precisa dos antibióticos;
3. Tentar, sempre que possível, corrigir condições o mais rápido possível, que possam predispor à infecção respiratória, como ventilação mecânica, estados de coma, distensão abdominal e vômitos, etc.;
4. Solicitar hemograma completo, bioquímica, glicemia, Raio x de tórax em PA e perfil – sempre que possível - e hemogasometria em casos mais graves e/ou associados a dispnéia. Colher material para culturas;
5. Identificar fatores de risco para determinados grupos de patógenos que podem ajudar na seleção do antibiótico;
6. Iniciar antibioticoterapia empírica de largo espectro, levando-se em conta a gravidade, patologias concomitantes e perfis de sensibilidade;
7. Iniciar tratamento com cefalosporina de 3ª geração (p.ex.: Ceftriaxona), associada ou não a aminoglicosídeo;
8. Usar Ceftiazima como primeira escolha se Pseudomonas for um provável patógeno;
9. Associar Metronidazol ou Clindamicina caso haja suspeita de associação com anaeróbios;
10. Associar Oxacilina ou Vancomicina – conforme perfis de sensibilidade – caso haja suspeita de Stafilococos, baseada no quadro clínico e fatores de risco para essa bactéria, traumatismo grave, diabetes, etc.;
11. Macrolídeos, quinolônicos, etc.; dependendo da avaliação de cada caso individualmente;
12. Orientar posteriormente baseando-se nos resultados das culturas;
13. Instituir fisioterapia respiratória nos casos mais graves, com complicações, ou com excesso de secreção respiratória associada ou não à infecção.

CUIDADOS

- Assepsia rigorosa na coleta do material para culturas, para evitar contaminação;
- Atentar para casos de insuficiência respiratória, necessitando de ventilação mecânica;
- Atentar para casos de tosse crônica, mesmo com agudização e piora recente, para se afastar BK;
- Observar causas de imunodepressão (AIDS, etc.).

PROCEDIMENTO: Manuseio de Pacientes com Insuficiência Renal Aguda

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Assistência Médica e de Enfermagem capacitada para conduzir pacientes com insuficiência renal aguda, visando o restabelecimento da diurese, a correção dos distúrbios hidreletrolíticos e ácido-básicos, além de restaurar a capacidade renal de eliminar adequadamente as escórias nitrogenadas.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Balanço hídrico, resultados dos exames laboratoriais (níveis séricos, uréia e creatinina / eletrólitos)
- Medicamentos apropriados (citados abaixo) e equipamentos necessários para o uso destes medicamentos e para a realização de procedimentos dialíticos caso estes sejam necessários.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Identificar precocemente alterações da função renal, através do controle da diurese, do balanço hídrico e da monitorização dos níveis séricos de uréia e creatinina;
2. Tratar prontamente as condições que possam predispor ao desenvolvimento da IRA – estados de choque, rabdomiólise, hiperbilirrubinemia, etc. – bem como evitando o uso indiscriminado de agentes nefrotóxicos (AINEs, aminoglicosídeos, contrastes iodados, etc.);
3. Dieta com restrição proteína para 0,6-0,8g/kg/dia, rica em AA essenciais, pobre em potássio. Restrição hídrica em casos de oligúria/ anúria e suplementação em caso de poliúria. Hipossódica em caso de HAS ou hipernatremia;
4. Avaliação laboratorial deve incluir dosagem de uréia e creatinina, eletrólitos – inclusive cálcio e fósforo – hemograsometria arterial ou dosagem de reserva alcalina e sumário de urina. Se possível, deve-se dosar o sódio e a creatinina urinários para cálculo da fração de excreção de sódio (FENa) de importância para a classificação da IRA. Outros exames laboratoriais e exames de imagem devem ser individualizados a critério do médico assistente;
5. Com base na história clínica e no resultado da avaliação laboratorial, tentar classificar a IRA em prerrenal, renal e pós-renal, dirigindo a abordagem terapêutica;
6. IRA prerrenal: otimização hemodinâmica e correção de fatores que possam prejudicar a perfusão renal (p.ex.: AINES) ou reduzir a taxa de filtração glomerular (p.ex.: uso de I-ECA);
7. IRA renal: tratar causa intrínseca. As medidas acima também se aplicam;
8. IRA pós-renal: procedimentos desobstrutivos". Em geral requer avaliação de especialistas em Urologia;
9. Se oligúrico ou anúrico, acrescentar além do controle rigoroso dos dados vitais e do balanço hídrico, a monitorização da PVC;
10. Se apresentar poliúrica, deve-se hidratar o paciente adequadamente, orientando-se pelo balanço hídrico. Pode ser necessária a monitorização da PVC para otimização da hidratação;

11. Estar atento aos distúrbios hidreletrolíticos e tentar corrigi-los, principalmente em relação à elevações do potássio, que podem ser fatais;

Quando necessário estimular a diurese, usar diuréticos de alça como a Furosemide, em bolos endovenoso e em doses progressivamente mais altas, repetindo-se sempre que necessário a mesma dose que obteve diurese efetiva. Diuréticos osmóticos, como manitol e associação com tiazídicos para potencializar o efeito diurético, poderão ser prescritos em casos específicos. Solicitar avaliação do Nefrologista em casos mais complexos.

PROCEDIMENTO: Manuseio de Pacientes com Insuficiência Renal Aguda II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

CUIDADOS

- Atentar sempre para o balanço hídrico, evitando negativá-lo demais – risco de desidratação como piora da função renal por mecanismo prerrenal – ou positivá-lo demais – risco de sobrecarga hídrica.
- Concentrar as soluções para diluir as medicações em caso de restrição hídrica. Em caso de diálise peritoneal, além dos cuidados com o balanço hídrico da diálise e com a patência do cateter, deve-se verificar o aspecto do líquido drenando do abdômen, para diagnosticar precocemente uma peritonite, que nesses casos pode ser oligossintomática. Em caso de hemodiálise com cateter de Sorensen, deve-se ter os cuidados usuais de um acesso venoso central.

AÇÕES CORRETIVAS

- Indicações de procedimento dialítico:
  - Hipercalemia refratária a medidas conservadoras; ○ Congestão pulmonar; ○ Uremia: uréia maior que 200 mg/dl e/ou sintomas neurológicos atribuídos à retenção de escórias nitrogenadas;
  - Acidose metabólica refratária ao tratamento conservador; ○ Pericardite; ○ Neuropatia.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Balanço hídrico, exames laboratoriais, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, impressos. Em caso de diálise: material para curativo, soluções dialíticas, cateteres.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Insuficiência Cardíaca Congestiva

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Assistência Médica e de Enfermagem adequadas para o paciente com ICC, visando sua estabilização hemodinâmica e alívio dos sintomas.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Tensiômetro, estetoscópio, Medicamentos apropriados para o tratamento da ICC (citados abaixo) e equipamentos para monitorização (aparelho para eletrocardiograma, monitor cardíaco, oxímetro de pulso) e para utilização das medicações.
- Controle dos sinais vitais (T/ P/ PA/ R/ PVC) e balanço hídrico.

Resultados laboratoriais

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Tentar estabelecer sempre a etiologia da ICC (insuficiência coronariana, doença de Chagas, valvulopatia) que podem vir a diferenciar a conduta para cada caso em particular;
2. Detectar e tratar precipitantes: dist. Hidreletrolítico, sepse, intoxicação digitálica, arritmias, etc;
3. Solicitar, se não disponíveis, hemograma completo, função renal e eletrólitos, radiografia simples de tórax, ECG com 12 derivações. Demais exames, como Ecocardiograma, conforme necessário para cada caso em particular;
4. Aferição frequente de dados vitais pela equipe de Enfermagem, em casos mais graves, deve-se instalar monitor cardíaco, oxigênio e monitorizar a PVC, o débito urinário e o balanço hídrico;
5. Atividade física conforme a classe funcional do paciente. Dieta hipossódica, devendo ser suspensa em casos de instabilidade hemodinâmica importante;
6. Medicamentos:
7. Digital: Digoxina (VO) / Lanatosídeo C (IV) em casos de disfunção ventricular sistólica sintomática ou para controle de taquiarritmias supraventriculares;
8. Diuréticos: Furosemida VO (IV para os casos de congestão mais importante). Titular a dose que mantenha o paciente sem sinais ou sintomas congestivos. Associar com tiazídico caso seja necessário potencializar o efeito diurético;
9. Vasodilatadores: I-ECA mesmo em pacientes assintomáticos e com disfunção ventricular. Antagonistas da angiotesina 2 em pacientes que não toleram I-ECA. Titular a dose de ambos para a máxima tolerada pelo paciente. Esquemas outros como nitrato e hidralazina conforme julgamento médico;
10. Betabloquadores: em pacientes com classe funcional II, III e IV. Os únicos devidamente testados para essa finalidade são o carvedilol, metropolol e bisoprolol. Titular a dose conforme tolerado, lentamente;
11. Antagonista da aldosterona: espironolactona em baixas doses em pacientes em classe funcional III e IV;

12. Aminas vasoativas em casos de choque. Ter sempre desfibrilador próximo ao paciente;
13. Em caso de Edema Agudo de Pulmão, fazer furosemida 60 – 100mg e Meperidina 2-3mg, IV. Fornecer 02 sob máscara, sempre que possível. Utilizar técnica de CPAP se houver ventilador capacitado para tal disponível e o paciente encontra-se lúcido e colaborativo. Manter material de intubação orotraqueal – inclusive sedativo e mirrelaxante – prontamente disponível, caso esta seja necessária. Demais medicações a critério do médico assistente.
14. Dar alta quando paciente encontrar-se estável hemodinamicamente e com diurese satisfatória, com fatores desencadeantes corrigidos e com adequada avaliação diagnostica. Prescrever as medicações em uso para casa, com retorno ambulatorial agendado.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Insuficiência Cardíaca Congestiva II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

CUIDADOS

- Atentar sempre para distúrbios hidreletrolíticos, principalmente os relacionados ao potássio e ao magnésio;
- Em casos mais graves, com choque e/ou congestão pulmonar importante, associar hemogasometria arterial na avaliação laboratorial;
- Não esquecer medidas profiláticas para Trombose Venosa Profunda/ Embolia Pulmonar, para pacientes de risco;
- Ficar atento para a possibilidade de Tromboembolismo Pulmonar, principalmente nos casos de piora súbita e inexplicada e dispnéia mais intensa com ausculta pulmonar pouco alterada. O uso da profilaxia não afasta essa possibilidade;
- Checar rotineiramente se o desfibrilador está funcionando normalmente. Certificar-se de que sabe operá-lo ANTES de fazer-se necessário o seu uso.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Resultado laboratorial (potássio, magnésio), tensiômetro, estetoscópio.

PROCEDIMENTO: Choque

RESPONSÁVEL: Médico Clínico

Choque

Introdução

Com algumas modificações, este enfoque sobre choque, principalmente o

Choque Hemorrágico, tem como base o protocolo do ATLS - Advanced Trauma Life Support (Suporte Avançado de Vida no Trauma, Manual 1993 do Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões).

Definição

Define-se choque como uma anormalidade circulatória cuja perfusão orgânica e a oxigenação tecidual estão inadequadas.

Dois passos são importantes no que se refere ao choque;

1. Reconhecer precocemente sua presença.
2. Identificar sua provável causa.

Nos casos de pacientes traumatizados a causa do choque está relacionada ao mecanismo de lesão. Todos os tipos de choque podem estar presentes no paciente politraumatizado. A maioria dos pacientes em choque está em hipovolemia.

O início do tratamento do choque deve ser simultâneo com o reconhecimento do estado de choque. A resposta ao tratamento inicial, além da clínica e exames secundários, direcionam para o diagnóstico da causa. Lembrar que a hemorragia é a causa mais comum de choque no paciente traumatizado.

Os componentes fisiológicos envolvidos nos choques são:

1. pré-carga - representada pela capacitância venosa e pela volemia; 2. bomba - a contratilidade cardíaca é o que mantém o sistema em atividade;

3. pós-carga - é a resistência vascular sistêmiica (periférica).

No tratamento inicial do choque busca-se o restabelecimento das perfusões orgânica e celular com sangue adequadamente oxigenado. No choque hemorrágico isto significa aumentar a précarga o que, por si só, contraindica o uso de drogas vasopressoras.

Classificação dos Estados de Choque

Hipovolêmico - falta conteúdo (baixo volume intravascular):

- sangramentos volumosos (exteriorizados ou não);
- perda líquida excessiva (diarréia, vômito, poliúria, febre);

- sequestro líquido - tecidos inflamados (peritonite, colite, pleuris);
- drenagem de grandes volumes de transudato (ascite, hidrotórax).

Observação

Muitas vezes, mais de um fator associado quando em doentes graves.

Obstrutivo – Bloqueio do fluxo de sangue na pequena circulação ou na circulação sistêmica:

1. embolias pulmonares maciças ou submaciças produzem obstrução direta pelo coágulo (êmbolo) e, indiretamente, pela liberação de vasoconstritores;
2. tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, coartação aórtica - causando restrição mecânica da pré-carga ventricular direita (não há enchimento).

Distributivo - Existe inadequada demanda tecidual e oferta local de oxigênio:

- Fluxo alto/necessidade;
- Fluxo alto/não atendendo à necessidade.
- Séptico
- Neurogênico
- Anafilaxia
- Síndrome de hiperviscosidade - Doencas endócrinas:
- hipotireoidismo
- hipocortisolismo

Cardiogênico – O desempenho cardíaco está limitado (inotropismo e cronotropismo):

- Falência ventricular esquerda
- Lesões valvares
- Infarto do miocárdio
- Shunt arteriovenoso
- Miocardiopatia
- Aneurisma ventricular
- Miocardite
- Alterações elétricas
- Disfunção miocárdica da sepse

- Arritmias
- Defeitos mecânicos
- Distúrbios de condução

Avaliação Inicial

Reconhecimento do choque

Mecanismos compensatórios mantêm a pressão sistólica até uma perda de 30% da volemia. Então, não aguardar queda da pressão arterial, aparecimento de alterações do fluxo renal e do Sistema Nervoso Central para fazer diagnóstico do choque. Taquicardia, pele fria, queda da pressão de pulso (sistólica-diastólica) em pacientes traumatizados, até provar o contrário, devem ser considerados evidências de choque. Idosos, medicamentos como o propranolol, hematócrito, podem ter comportamento não esperado.

Diferenciação clínica da etiologia do choque

Choque hemorrágico

Hemorragia, como já foi dito, é a causa mais comum de choque em pacientes politraumatizados. Outros choques podem responder parcial ou transitoriamente à reposição volêmica. O fator de grande importância é identificar se o quadro é ou não devido à hemorragia.

Choque não-hemorrágico

Choque Cardiogênico

A disfunção miocárdica pode ocorrer por contusão miocárdica, tamponamento cardíaco, embolia gasosa ou infarto do miocárdio associado ao trauma. Destes o mais comum é o tamponamento cardíaco relacionado ao ferimento penetrante do tórax. Taquicardia, abafamento de bulhas, jugulares ingurgitadas, hipotensão e resposta ruim à reposição volêmica falam a favor do diagnóstico. O pneumotórax hipertensivo pode simular tamponamento cardíaco. Inserção correta de uma agulha alivia estas ameaças.

Pneumotórax Hipertensivo

Mecanismo valvular que causa compressão e colapso pulmonar, com desvio do mediastino para o lado oposto, diminuindo o retorno venoso e o débito cardíaco. Requer tratamento

imediato. Clinicamente há enfisema subcutâneo, ausência de murmúrio vesicular, hipertimpanismo à percussão, desvio da traqueia e insuficiência respiratória aguda, manifestações estas que autorizam a descompressão torácica sem esperar confirmação radiológica.

Choque Neurogênico

Lesões cranianas isoladas não causam choque. Já os traumas por lesão modular podem provocar hipotensão pela perda do tônus simpático, mas não há taquicardia nem vasoconstrição cutânea, assim como pulso fino não é visto no choque neurogênico.

Choque Hemorrágico no Paciente Traumatizado

Fisiopatologia

As respostas iniciais à perda de sangue são compensatórias como a vasoconstricção progressiva cutânea, muscular e visceral na tentativa de preservar o fluxo sanguíneo. Taquicardia é o sinal mais precoce.

Nas células, a perfusão e oxigenação inadequadas desencadeiam um mecanismo compensatório que é o metabolismo anaeróbio que resulta em produção de ácido lático e acidose metabólica. No choque prolongado, a parede celular perde a capacidade de manter o gradiente elétrico, e ocorre o edema celular, levando a lesão e à morte celular, e ao edema tecidual. Isto agrava o impacto global da perda sanguínea e da hipoperfusão preexistente. A infusão de soluções eletrolíticas ajudam a combater este processo. Às vezes, a reposiç pode ser acompanhada de um aumento significativo do edema intersticial devido à lesão de reperfusão da membrana capilar intersticial, necessitando de volumes maiores de soluções salinas.

Definição de hemorragia

É uma perda aguda de sangue. O indivíduo adulto normal tem um volume sanguíneo de aproximadamente 7% do seu peso corporal enquanto a criança tem cerca de 8 ou 9%. Em caso de obesos considera-se o peso ideal.

Efeitos diretos da hemorragia

O tratamento deve ser orientado mais pela resposta individual do que por uma classificação, pois a distinção entre as classes de choque nem sempre é precisa. Didaticamente divide-se

em quatro classes: I - perda de sangue igual ao doador de sangue; II - choque não-complicado que requer reposição de cristalóides; III - estado mais complicado onde há necessidade de reposição de líquidos e provavelmente de sangue e: IV - grave, considerado evento preterminal, se medidas agressivas não forem tomadas. Alguns fatores podem alterar a dinâmica vascular e devem ser lembrados: (1) idade do paciente, (2) gravidade do trauma e localização anatômica, (3) intervalo entre o trauma e início do tratamento e (4) reposição volêmica pré-hospitalar e uso do PASG. Como regra, diz-se que é perigoso aguardar que o paciente traumatizado se enquadre em uma classificação fisiológica precisa antes de iniciar uma terapia agressiva.

Efeitos Diretos da Hemorragia

Alteração	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Perda Sanguínea em ml	até 750	750-1.500	1.500 - 2.000	> 2.000
Perda Sanguínea em %	até 15%	15-30%	30-40%	>40%
Frequência de Pulso	< 100	> 100	> 120	>140
Pressão Arterial	normal	normal	diminuída	diminuída
Pressão de Pulso mmHg	normal ou diminuída	diminuída	diminuída	diminuída
Frequência Respiratória	14-20	20-30	30-40	>35
Diurese ml/hora	> 30	20-30	5-15	desprezível
Estado Mental/SNC	ansiedade leve	ansiedade moderada	ansiedade e confusão	confusão e letargia
Reposição Volêmica	cristalóide	cristalóide	cristalóide e sangue	cristalóide e sangue

Alterações hidroeletrolíticas secundárias a lesões de partes moles

Fraturas e lesões de partes moles, extensas, comprometem a hemodinâmica de dois modos:

- pela perda de sangue nos casos de fraturas extensas (tíbia e úmero podem perder 750 ml cada e fêmur 1.500 ml). Vários litros de sangue podem acumular-se num hematoma retroperitonial associado a uma fratura pélvica;
- edema intersticial obrigatório em partes moles lesadas. Este edema depende da extensão da lesão e consiste de líquido extracelular. Lembrar que o plasma é parte do extracelular e corresponde a 25% do volume do edema e sua perda tem impacto no volume circulatório na presença de grandes edemas. Por exemplo, a perda de 2.000 ml de edema em uma fratura de fêmur corresponde a 500 ml de plasma, volume que somado a outras perdas pode complicar o estado hemodinâmico.

Abordagem do Choque Hemorrágico

O diagnóstico e o tratamento devem ser realizados em rápida sucessão. Para a maioria dos pacientes traumatizados, o tratamento é instituído como se fosse choque hipovolêmico, até evidente prova em contrário.

Exame físico

Anotar sinais vitais, diurese e nível de consciência para comparação.

Vias aéreas e respiração (A e B do ABC): - estabelecer via aérea prévia; - iniciar oxigênio.

- Circulação e controle da hemorragia (C do ABC):
- verificar circulação:
- controlar hemorragia externa (compressão, garrote. etc.); - estabelecer acesso venoso:
- avaliar perfusão tecidual.
- Exame neurológico:
- avaliar nível de consciência (escala adotada na instituição ou Glasgow), movimentação ocular, resposta pupilar, função motora e sensibilidade.
- Exame completo:
- despir o paciente, identificar lesões. Cuidado com hipotermia.
- Descompressão gástrica:
- não se sabe porque mas a distensão gástrica torna o choque de díficil tratamento e aumenta o risco de aspiração. Deve-se drená-lo sempre (SNG-Sonda Nasogástrica).
- Sondagem vesical:
- mede débito urinário, avalia presença de hematúria. Na presença de sangue uretral ou próstata não-palpável em homem, não sondar.

Acesso vascular

Obter acesso vascular imediatamente por meio de 2 cateteres que devem ser curtos e grossos preferencialmente em braço ou antebraço. Na impossibilidade da punção, dissecar veias (membro superior ou safena) evitando-se danos arteriais e nervosos. Em crianças menores de 6 anos, em casos de inabilidade, utilizar punção óssea. Colher sangue para exames de rotina. Se realizado acesso venoso central via subclávia ou jugular interna, obter Raio X de tórax em seguida.

Reposição liquida inicial

Inicialmente dee ser usada solução eletrolítica isotônica que promove expansão intravascular (transitória) por reposição das perdas que ocorreram para o interstício e compartimento celular. Posteriormente, se necessário, sangue.

O ringer lactato é a primeira escolha e o soro fisiológico a segunda. As reposições à base de soro fisiológico, devido aos grandes volumes, podem acarretar acidose hiperclorêmica que se agravará ainda mais se a função renal estiver comprometida.

Preconiza-se para o adulto cerca de 2.000 ml e na criança cerca de 20 ml/kg de peso, infundidos rapidamente e observando-se a resposta hemodinâmica. Pode-se utilizar a tabela como guia para a reposição (3 ml de solução isotônica para cada ml de sangue perdido) lembrando sempre dos fatores que podem interferir ou modificar as respostas esperadas. Sempre avaliar a resposta à reposição inicial.

Avaliação da Reposição Volêmica e da Perfusão Orgânica

Generalidades

Os dados da manifestação clínica são os parâmetros para avaliação da reposição. Então, regularização da frequência cardíaca, frequência respiratória, palidez, pele fria, pressão de pulso, diurese. Pode-se incluir exames laboratoriais.

Débito urinário

Utilizar o débito urinário como um dos monitores da reposição. 50 ml/hora no adulto ou 1/2 a 1 ml/kg/ hora inclusive para crianças até 1 ano; abaixo de 1 ano e desejável 2 ml/kg/hora. Débitos urinários inferiores sugerem reposição volêmica inadequada, sendo necessária a complementação da reanimação e/ou outras medidas diagnósticas.

Equilíbrio ácido-base

Normalmente o paciente hipovolêmico cursa, no início, com alcalose respiratória ocasionada pela taquipnéia e posteriormente evolui para acidose metabólica (no início é leve e não necessita tratamento). O choque prolongado ou profundo leva à acidose metabólica grave provocada pelo metabolismo anaeróbio indicando reposição inadequada. Acidose metabólica persistente em paciente normotérmico deve ser manejada com aumento da infusão líquida. Só utilizar bicarbonato de sódio com pH abaixo de 7,2.

Resposta à Reposição Volêmica Inicial e as Decisões Terapêuticas

Generalidades : a resposta do doente à reposição volêmica inicial mostra o caminho dos próximos passos da terapêutica. Aumentar, diminuir ou complementar a infusão de líquidos,

adição de sangue, novos exames, tomam por base a evolução ao tratamento inicial instituído cujo padrão de resposta pode ser resumido na tabela a seguir (tabela 2):

Respostas e Decisões Terapêuticas

Tipo de Resposta	Rápida	Transitória	Sem resposta
Sinais Vitais	Retorno ao normal	Melhora Transitória Recidiva PA e FC	Continuam Anormais
Perda Sanguínea Estimada	Mínima – 10 a 20%	Moderada e Persistente 20 a 40 %	Grave (< 40%)
Necessidade de Mais Cristaloide	Baixa	Alta	Alta
Necessidade de Sangue	Baixa	Moderada a Alta	Imediata
Preparo do Sangue	Tipado e com Prova Cruzada	Tipo Específico	Liberado em Caráter de Emergência
Necessidade de Cirurgia	Possível	Provável	Muito Provável
Necessidade de Opinião Cirúrgica	Sim	Sim	Sim

Sangue com provas cruzadas, tipo específico e tipo O (vide tabela anterior).

É sempre preferível o uso de sangue, com todas provas cruzadas realizadas, procedimento que normalmente exige 1 hora.

Sangue tipo específico (ABO e Rh) são encontrados na maioria de bancos de sangue. Aqui a incompatibilidade a anticorpos menores pode ocorrer, mas justifica-se seu uso na presença de choque grave cuja resposta a infusão líquida é transitória.

Na presença de sangramento profuso, exsanguinante e na indisponibilidade de sangue específico, usa-se o tipo O e, se puder, Rh negativo.

Filtros de sangue

Utilizar filtros comerciais de transfusão sanguínea.

Aquecimento dos líquidos

Para prevenir hipotermia ou ajudar a reverter a já existente, infundir líquidos cristalóides a 39 graus centígrados, utilizar cobertores e evitar exposição corporal. Não aquecer em microondas as soluções contendo glicose, plasma e sangue. Vide hemoterapia, Capítulo 26, para maiores informações.

Autotransfusão

Existem equipamentos disponíveis comercialmente para coleta estéril, anticoagulação e retransfusão de sangue drenado utilizados principalmente em hemotórax volumoso. Outros

equipamentos com finalidades semelhantes, mais complexos podem ser encontrados comercialmente.

Coagulopatia

Normalmente não é necessário a transfusão de plaquetas, crioprecipitado, plasma fresco e fibrinogênio em atendimentos iniciais. A medida do tempo de protrombina, do tempo de tromboplastina parcial e a contagem de plaquetas são estudos de grande valia em algumas situações especiais em portadores de coagulopatias ou uso de medicamentos anticoagulantes. Estar alerta nos casos que cursam com hipotermia e necessitam de transfusões maciças, pois pode ocorrer alterações dos fatores de coagulação e diluição planetária levando à coagulopatia.

Administração de cálcio

Reposição de cálcio deve ser baseada em dados laboratoriais.

Dispositivo Pneumático Antichoque — PASG (Pneumatic Antishock Garment)

Este equipamento de insuflação age, na extremidade inferior e abdômen, por compressão causando aumento da resistência vascular periférica e da póscarga, elevando a pressão arterial.

Indicado em casos de transporte ou atendimento extra hospitalar para fraturas pélvicas com hemorragia contínua e hipotensão e em traumas abdominais com grave hipovolemia em pacientes que estão sendo removidos.

Está contraindicado seu uso no edema pulmonar, ruptura diafragmática conhecida (impulsiona órgãos da cavidade abdominal para dentro da cavidade torácica) e em hemorragias fora da área da ação do dispositivo como lesões de tórax, extremidades superiores, couro cabeludo, face e pescoço.

Deve ser usado com conhecimento de seus efeitos deletérios no quadro clínico do choque assim coma sua desinsuflação também requer manejo sequencial e protocolar.

Problemas no Diagnóstico e Tratamento do Choque

Equiparação da pressão arterial ao débito cardíaco

Não assumir que obrigatoriamente uma elevação da pressão arterial corresponde a um aumento concomitante do débito cardíaco. Assim, um aumento da resistência periférica sem aumento do débito cardíaco, por uso de drogas aumenta a pressão arterial mas não, necessariamente, melhora a perfusão e a oxigenação tecidual.

Idade

Os idosos toleram mal a hipotensão, pois pode evoluir para complicações sérias como o infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral.

Atletas

Os atletas podem aumentar seu volume sanguíneo em 15 a 20%, elevar o débito cardíaco em até seis (6) vezes, aumentar o volume da ejeção sistólica em ate 50% e baixar a frequência cardíaca a 50 bpm. Por isso tudo, eles suportam perdas sanguíneas maiores sem grandes alterações hemodinâmicas.

Medicamentos

Medicamentos como os bloqueadores beta adrenérgicos e os do cálcio podem alterar a resposta hemodinâmica do paciente frente à hemorragia.

Hipotermia

Já comentado, porém deve ser enfatizado. Processo que junto com a hemorragia torna difícil a reanimação com a infusão líquida e pode caminhar para coagulopatia. Levando-se em conta isso, a temperatura é um bom indicador da eficácia da reanimação. Esofágica, vesical, timpânica ou ainda a retal podem ser usadas. Em alguns casos, dependendo da evolução da reanimação deve-se "lançar mão" das infusões aquecidas tanto em tórax como em abdômen não comprometido. Utilizar todos os dispositivos de aquecimento ambiental.

Marca-passo

Fica evidente que pacientes em uso de marca-passo, cuja frequência cardíaca é determinada pelo dispositivo, alguns sinais precoces do choque hipovolêmico ficam comprometidos.

Reavaliação da Prevenção de complicações

A hemorragia oculta ou não diagnosticada é a principal causa da resposta inadequada a reposição volêmica.

O controle da PVC durante a reanimação tem seu valor relativo estabelecido. Para tanto, o acesso venoso central deve ser providenciado (se já não o foi durante a busca de acesso vascular por dissecção, com introdução de cateter longo). De melhor utilidade é a medida de PVC, inicialmente baixa, que progressivamente se eleva, à medida da progressão da reanimação. Valores altos podem significar problemas com o cateter, com o funcionamento cardíaco, com excesso de volume, além de inúmeros outros. Buscar outras causas sempre que a reanimação não oferecer o resultado planejado no início da infusão do líquidos.

Observação

É recomendável que todos participantes de equipes médicas envolvidas em atendimento de traumatizados obtenham o título do ATLS.

Choque Séptico

Sepse significa uma resposta sistêmica desencadeada por uma infecção evidente. Esta resposta sistêmica é denominada de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS), a qual pode ser desencadeada não só por infecção, mas por outros processos que levam ao estímulo da cascata inflamatória, como um paciente queimado, pancreatite e até mesmo neoplasia, e ainda, doenças reumatológicas. Quando nos referimos à infecção, estamos afirmando que existe a presença de organismos num local previamente estéril.

A SRIS é manifestada como temperatura axilar >38°C ou <36°C, frequência cardíaca >90 batimentos por minuto, frequência respiratória >20 batimentos por minuto ou pressão arterial de dióxido de carbono (PaCO2) <32 mmHg (<4.3 kPa), contagem de leucócitos no sangue >12.000 células/mm3 ou <4.000 células/mm3, ou >10 % de formas imaturas, também denominadas de bastões.

A síndrome séptica diz respeito à sepse associada com a evidência de alteração da perfusão orgânica e um dos seguintes estados: hipoxemia, níveis elevados de lactato, oligúria ou alteração do nível de consciência. Já a sepse severa representa a sepse associada com disfunção orgânica, hipoperfusão ou hipotensão. O choque séptico representa a sepse com hipotensão mesmo depois de adequada reposição volêmica. A última definição é a do choque séptico refratário, sendo aquele que persiste por mais de 1 hora sem resposta à reposição volêmica e intervenção com drogas vasoativas.

A incidência anual e o número de óbitos relacionados à septicemia vem aumentando progressivamente, embora a mortalidade relacionada à doença esteja diminuindo. A incidência nos Estados Unidos da América (EUA) tem se aproximado de 240.4 casos por 100,000 habitantes. A mortalidade provocada pela septicemia severa gira em torno de 28%, variando conforme o estudo; é preciso determinar qual a gravidade de sepse para podermos predizer a mortalidade, a qual segue uma hierarquia muito bem definida de SRIS, sepse, sepse severa e choque séptico, cujos níveis de mortalidade são representados por 7%, 16%, 25%, e 46%, respectivamente.

O atendimento do paciente em choque séptico deve seguir uma ordem de raciocínio e algunsconceitos básicos, principalmente nas primeiras horas da identificação. Os critérios diagnósticos e o estado do choque devem estar bem definidos.

Ressuscitação Inicial

Deve iniciar assim que o diagnóstico de sepse com hipoperfusão seja feito, antes mesmo do doente ser encaminhado para a UTI, nas primeiras 6 horas. O volume necessário para a reanimação vai depender da capacidade de atingir algumas metas, independendo do tipo de fluido, cristalóide ou colóide. A vantagem do colóide parece se basear na menor necessidade de volume para se atingir os parâmetros de ressuscitação adequada devido à menor distribuição em relação ao cristalóide, o qual tende a produzir mais edema.

O objetivo desta reanimação é manter uma pressão venosa central (PVC) entre 8 a 12 mmHg, uma pressão arterial média (PAM) maior que 65 mmHg, um débito urinário maior que 0,5 ml/Kg/h e uma saturação venosa central (SVC) acima de 70%. Atingir estes objetivos em menos de 6 horas significa uma redução na mortalidade em mais de 50%. Pacientes submetidos à ventilação mecânica devem ter níveis de PVC entre 12 a 15 devido aumento na pressão intratorácica. Se não houver sucesso inicial em manter uma SVC acima de 70% com a reposição volêmica, pode-se realizar hemotransfusão, a fim de manter um hematócrito acima de 30% ou a utilização de dobutamina em doses crescentes, sempre mantendo uma PAM > 65 mmHg.

Diagnóstico

Em todo paciente séptico devem ser colhidas culturas antes da terapêutica antimicrobiana. Em geral, colhe-se 2 hemoculturas, sendo pelo menos uma delas percutânea e a outra podendo ser de acesso vascular já instalado. Outras culturas deverão ser obtidas conforme

a indicação do quadro do paciente, como cultura de urinas, líquor, ferida, secreção brônquica ou outras. A vantagem da coleta de hemocultura pelo acesso vascular é que se esta cultura apresentar crescimento em tempo maior de 2 horas antes da hemocultura coletada percutânea, indica que o acesso vascular pode ser a fonte de septicemia.

Além da pesquisa microbiana, deve-se realizar estudos de imagem, como Raio X de tórax ou ultrassonografia de abdome, para auxílio no foco de septicemia quando há dúvida diagnóstica. Apesar da importância de exames de imagem no diagnóstico, deve-se levar em consideração o risco de transporte dos pacientes para os locais de exame, considerando a utilização de exames à beira do leito como de eleição em pacientes graves.

Terapia Antimicrobiana

O tratamento com antibióticos não pode ultrapassar 1 hora após o reconhecimento de sepse severa, muitas vezes iniciado junto com a ressuscitação volêmica. Quanto maior a demora na utilização do antibiótico, maior a mortalidade. Devido a esse motivo, os servidos de emergência e UTI devem ter a sua disposição os antimicrobianos de amplo espectro, mais utilizados para se iniciar a primeira dose. A escolha antimicrobiana dependerá de muitos fatores, como a doença de base, doenças associadas, histórico de uso antimicrobiano, infecção nosocomial ou comunitária, critérios esses que vão além de escopo deste capítulo. Mesmo com a terapia correta, nunca esquecer das infecções que necessitam de outro tratamento além do antibiótico, como a drenagem de abscessos (abdominais, torácicos, articulares, colangite, pielonefrite), debridamentos de tecidos necróticos, retirada de dispositivos como prótese, cateter, sondas ou tubos.

Vasopressores

Quando a terapia com volume falha em atingir os parâmetros mínimos mesmo com hidratação vigorosa ou quando o volume infundido esta proporcionando sobrecarga sem alguma vantagem, deve-se se iniciar drogas vasoativas, preferencialmente através de um acesso venoso central. Essas drogas são necessárias não só para manter uma PAM adequada, mas sim uma perfusão tecidual suficiente para os órgãos mais importantes. As drogas mais utilizadas no choque séptico são a noradrenalina e a dopamina. Essas duas catecolaminas apresentam diversas vantagens sobre a adrenalina ou fenilefrina (discutidas a seguir). A noradrenalina é a catecolamina mais potente e a mais efetiva em reverter quadro de choque séptico, além de menos efeitos adversos que a dopamina.

Em pacientes com baixo débito cardíaco apesar da reposição adequada de fluidos, dobutamina pode ser usada para aumentar o débito cardíaco, sendo droga de primeira escolha nestes casos, uma vez que a pressão de enchimento ventricular esteja normal e a PAM normal ou elevada.

Corticóide

Recomenda-se em pacientes com choque séptico já com terapia vasopressora o uso de hidrocortisona 200 a 300 mg ao dia devido a redução da mortalidade. Este fato foi verificado pela existência de insuficiência adrenal relativa em alguns pacientes com choque séptico. , insuficiência relativa da adrenal pode ser identificada pelo teste de estimulação com ACTH, o qual define os pacientes com choque que respondem ao uso de corticóide. Como o exame não está disponível facilmente e o resultado pode demorar, é sensato utilizar corticóide em todo paciente com choque séptico em terapia vasopressora. A duração da terapia com corticóide não está definida, podendo ser utilizada por 1 semana ou até recuperação do estado de choque e sem o uso de drogas vasoativas. Considerando que o choque da insuficiência adrenal apresenta componente mineralocorticóide mais importante, pode se utilizar a fludrocortisona, que apresenta vantagem de não interferir com a imunidade. Na ausência de choque, o uso de corticóide pode ser maléfico.

Proteína C Ativada Humana Recombinante

Uma das vias inflamatórias da sepse severa refere-se à ativação endotelial e agentes pró-coagulantes, predominando estes no início do quadro séptico. A utilização de agentes anticoagulantes sempre foi estudada com o intuito de diminuir a mortalidade e evolução para CIVD. Dentre as medicações, uma delas, a proteína C ativada vem sendo largamente estudada após demonstração de aumentar sobrevida em pacientes com sepse severa na presença de disfunção orgânica. Conhecida como drotrecogina alfa ou Xigris® é recomendada em paciente com risco de maior mortalidade, definidos polo APACHE II com escore igual ou maior que 25 (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II), disfunção múltipla de órgão e sistemas induzidos pela sepse, choque séptico ou SARA (Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto) induzida pela sepse e sem contraindicações absolutas a medicação. Estudos do Xigris® na sepse sem disfunção de órgão não aumentou a sobrevida.

Hemoderivados

Não existe um nível de hemoglobina considerado ótimo. O ideal é a quantidade de hemoglobina que possa carrear oxigênio suficiente para os tecidos, a fim de manter uma oferta tecidual de oxigênio adequada. Em estudos controlados, níveis entre 7 e 9 g/dL são bem tolerados em pacientes com sepse. E óbvio que um nível de 12 g/dL é melhor que 9 g/dL. Estudos comparando mortalidade entre a manutenção de níveis de hemoglobina mais baixos evitando-se transfusão de concentrado de hemáceas contra níveis de hemoglobina > 10 g/dL permitindo-se a transfusão a critério do Intensivista não demonstrou diferença na mortalidade. Apesar do aumento da hemoglobina produzir um aumento óbvio da oferta de oxigênio, parece não haver melhora no consumo do oxigênio. O uso de eritropoetina como agente estimulador na produção/maturação hemática não se justifica na sepse por não apresentar alteração na mortalidade.

O uso de plasma fresco só se justifica para correção de anormalidades na coagulação na vigência de sangramento ou para procedimentos cirúrgicos. Concentrados de plaquetas estão indicados quando contagem de plaquetas menor de 5.000 mm3 independente de sangramento, entre 5.000 e 30.000/mm3 na vigência de sangramento, acima de 50.000 mm3 quando o paciente for submetido à cirurgia.

Controle Glicêmico

Em pacientes com sepse severa o ideal é manter a glicemia menor que 150 mg/dL. Trabalhos recentes têm demonstrado que o ideal seria manter a glicemia entre 80 e 110 mg/dL. Para atingir essa meta é necessário realizar inicialmente de cada 30 a 60 minutos e 3 a 4 horas quando o doente está mais estável. Associado ao controle rígido de glicemia deverá ser utilizada a insulina em infusão contínua. Com este tipo de abordagem a hipoglicemia é frequente, porém, obtém-se diminuição da mortalidade. Aliado ao controle estrito com insulina em infusão contínua, dá-se preferencia à nutrição enteral contínua, o que permite o ajuste de insulina e controle glicêmico mais fácil.

Ventilação Mecânica na SARA

Em pacientes com SARA associada à sepse deve-se evitar altos volumes correntes e pressões de platô altas, tentando utilizar volumes de 6 ml/Kg de peso ideal como alvo, assim como limitar a pressão de platô para máximo de 30 cm H2O. Essa estratégia de ventilação pode se associar com a hipercapnia, a qual teoricamente tende a promover piora do choque por vasodilatação e queda no pH tecidual. Porém, estudos têm demonstrado que

os pacientes toleram bem a hipercapnia até um certo nível, denominada então de hipercapnia permissiva. O uso de altos valores de PEEP (Pressão Positiva Expiratória Final) nestes pacientes auxilia na oxigenação para redução dos níveis de FiO2, evitando lesão pulmonar secundária a radicais livres. Apesar disso, trabalhos recentes têm demonstrado não haver benefícios em altos níveis de PEEP em relação a níveis mais baixos, desde que se mantenha um nível FiO2, suficiente para atingir uma saturação de oxigênio entre 88 e 92%. Além dos parâmetros do ventilador, utilizar manobras de recrutamento alveolar como pronação do paciente, aumento progressivo de PEEP e outros, conforme protocolos de cada serviço. As manobras de recrutamento promovem melhora da saturação de oxigênio sem alterar mortalidade.

Sedação e Analgesia

Devem ser utilizados protocolos de sedação com reavaliações diária dentro de uma escala de sedação, fazendo a retirada da sedação para avaliar o nível de consciência e ajustar a nova dose de sedação, seja em infusão contínua ou intermitente. Esta estratégia diminui o tempo de ventilação mecânica, assim como o tempo de internamento e taxas de traqueostomias. Evita-se o uso de bloqueadores neuromusculares pelo risco de manutenção do bloqueio em pacientes com sepse, mesmo após descontinuação prolongada.

Terapia de Substituição Renal

Em pacientes sem instabilidade hemodinâmica, o uso de hemodiálise contínua ou intermitente não apresenta diferença. Já nos pacientes instáveis, a hemofiltração contínua apresenta-se como de mais fácil manejo. Ainda não existem evidências ou benefícios na utilização de hemodiálise contínua em choque séptico que não seja como terapia de substituição renal.

Uso de Bicarbonato

Não existem vantagens na utilização de bicarbonato em pacientes com choque séptico e pH 7,15. O mesmo não promove redução da mortalidade e melhoras no sistema cardiovascular quando comparado com cloreto de sódio na mesma proporção de milequivalentes. Tem indicação para melhora de ventilação durante a hipercapnia permissiva e promove redução da carga de drogas vasoativas em pacientes com choque séptico com uso de vasopressores e pH menor de 7,2. Não promove piora da acidose intracelular como a maioria dos trabalhos antigos especulava, porém ainda não apresenta espaço definido na septicemia, sendo seu

uso baseado na experiência de cada serviço e profissional até que trabalhos de melhor evidência e com maior número de pacientes sejam realizados.

Profilaxia da Trombose Venosa Profunda

O uso de baixas doses de heparina não fracionada ou de baixo peso molecular é indicado para pacientes com sepse severa. Quando contraindicados, devem ser substituídos por dispositivos profiláticos mecânicos.

Profilaxia de Ulceras de Estresse

Deve ser realizada em todos os pacientes com sepse severa. Os antagonistas de receptor H2 são mais eficazes que o sucralfato. O uso de inibidores de bomba de prótons não se justifica pela ausência de trabalhos comparativos com os antagonistas de receptor H2.

Choque Pirogenico

É um quadro clínico apresentado por alguns pacientes submetidos a infusões, principalmente via endovenosa, mais comum de ocorrer com medicamentos, sangue, plasma, trocas de soro, troca de equipo.

Então, nestas condições, sempre que um doente começar a apresentar:

- calafrios (arrepios de frio);
- tremores (abalos musculares);
- febre de início súbito (que pode não aparecer); - queda de pressão arterial ou choque.

PROTOCOLO

1. Retirar todos equipos, frascos, etc. que estiverem conectados ao doente, substituindo por outros, inclusive os de PVC e PAM.
2. Avisar o médico.
3. Ern casos de infusão endovenosa, proceder como protocolo para hemoderivados e SPGV.

Observações

- Alguns pacientes corn febre podem ter convulsões.
- A reação com o sangue deve-se a tipos diferentes (reação hemolítica).
- Às vezes, os causadores do choque pirogênico não são os medicamentos e sim as substâncias que compõem os plásticos dos equipos, frascos, etc.

Choque Anafilático

Reações alérgicas com prurido intenso, vermelhidão no corpo, edemas (inchaços) ou problemas respiratórios, muitas vezes acompanhados de choque (queda da pressão arterial), são geralmente muito graves e necessitam de atendimento médico imediato.

É o quadro de anafilaxia que, quando acompanhado de choque, recebe o nome de choque anafilático. Apresenta risco de morte e normalmente é medicado como abaixo:

Epinefrina (adrenalina), via subcutânea, na concentração 1: 1.000:

- adultos: 0,2 a 0.5 ml;
- crianças: 0,1 a 0,3 ml.
- Se o doente apresentar uma queda de pressão arterial, a epinefrina (adrenalina) é utilizada por via intravenosa na concentração mais diluída: 1: 10.000.
- adultos: 0,3 a 0,5 ml, em aplicação lenta, durante 5 rninutos, repetindo a dose, se houver necessidade, a cada 15 rninutos.
- crianças: 0,1 a 0,2 ml, em aplicação lenta, durante 5 minutos, repetindo a dose, se houver necessidade, a cada 30 minutos.
- Além disso, medidas específicas de urgência (ventilação, intubação, traqueotomia) podem ser necessárias para garantir a vide do doente.

Drogas Vasoativas

Noções básicas

O funcionamento celular depende de oferta de oxigênio e de nutrientes. A oferta de oxigênio depende do débito cardíaco, pressão de perfusão tissular, fluxo tissular e conteúdo arterial de oxigênio.

Na situação de estresse ocorre Centralização da Circulação, isto é, prioriza-se a oferta de nutrientes e oxigênio para o pulmão, cérebro e coronárias.

O Débito Cardíaco (DC) é o volume de sangue impulsionado pelo coração por minuto. Ele depende diretamente da frequência cardíaca (FC) e do volume sistêmico (VS), sendo este último o volume de sangue que e impulsionado pelo coração a cada contração (DC = FC x VS).

O Volume Sistêmico depende da précarga (pressão e volume de enchimento), pós-carga (resistência ao esvaziamento) e contratilidade (capacidade contrátil). Desta forma,

podemos concluir que vários fatores influenciam no débito cardíaco e, consequentemente, na oferta de oxigênio e nutrientes aos tecidos.

A distribuição de oxigênio para os tecidos, assim como o consumo, podem ser calculados indiretamente (Tabela 3). Por intermédio da aferição de parâmetros gasométricos colhidos de sangue arterial e venoso, e medindo-se o débito cardíaco por meio de técnica mais invasiva com a utilização de cateter central tipo Swan-Ganz, conforme técnica, teremos os dados para o cálculo correto de oferta e consumo de oxigênio. A finalidade primordial é manter um equilíbrio entre o que é ofertado e o que é consumido, evitando desta forma, a disfunção de múltiplos órgãos e sistemas.

Tabela 3. 24

Cálculos de Oferta e Consumo de Oxigênio
Oferta de $O_2 = DC \times CaO_2 \times 10$ donde $CaO_2 = Hb \times 1,39 \times SaO_2 + PaO_2 \times 0,0031$
Consumo de $O_2 = DC \times D(a\text{-}v)O_2 \times 10$; $D(a\text{-}v)O_2 = CaO_2 - CvO_2$; $CvO_2 = Hb \times 1,39 \times SvO_2 + PvO_2 \times 0,0031$

Drogas vasoativas e os receptores adrenérgicos

Aplica-se o termo adrenérgico a um neurônio pré-sináptico que libera noradrenalina como transmissor, e chama-se de receptor adrenérgico os receptores de adrenalina e noradrenalina (divididos em ·1, ·2, ·1 e ·2). As principais drogas vasoativas são: Noradrenalina, Adrenalina, Dopamina, Dobutamina, Dopexamina, Isoproterenol, Nitroprussiato de Sódio,

Nitroglicerina, Amrinone, Milrinone.

Receptores alfa 1 adrenérgicos

Apresentam a função de constrição arteriolar (pele, rins e órgãos abdominais), aumenta pressão arterial, perfusão cerebral e coronária.

Receptores alfa 2 adrenérgicos

São receptores pré-sinápticos que quando estimulados promovem feed-back negativo de (noradrenalina) NOR nas terminações nervosas levando a vasodilatação.

Receptores beta 1 adrenérgicos

São responsáveis basicamente por aumentarem a contratilidade cardíaca.

Receptores beta 2 adrenérgicos

Promovem dilatação arteriolar, principalmente em nível muscular, além de broncodilatação eacentuar os efeitos cronotrópicos promovidos pelos receptores Beta 1.

Receptores dopa 1 (dopaminérgicos)

Fornecem vasodilatação arteriolar e inibe aldosterona e ADH (hormônio antidiurético).

Receptores dopa 2

Estão relacionados a alterações hormonais.

As drogas vasoativas são drogas que têm sua ação fisiológica induzida, mensurável e podem ser divididas em:

- catecolaminas - Naturais – Noradrenalina, Adrenalina e Dopamina;
- Sintéticas – Isoprenalina, Dobutamina e Fenilefrina;
- vasodilatadoras - Nitroprussiato de Sódio, Nitratos, Nifedipina, Inibidoras da ECA;
- nao-digitálicas - Dopexamina, Amrinone e Milrinone.

Noradrenalina (NOR)

A NOR aumenta o VS, diminuindo a taquicardia reflexa por meio de efeito vagal reflexo, diminuindo FC. Aumenta a pressão arterial (PA) sistólica, diastólica e média. Promo vasoconstrição renal, cutânea e esplâncnica, sendo que o fluxo renal é mantido, exceto quando usada em altas doses por tempo prolongado. A meia-vida é de 2 a 3 minutos o que permite ajustar a dose a cada 10 minutos. A NOR é pouco menos potente em receptor alfa que a adrenalina, tem pouco efeito beta 2 e é equivalente à adrenalina na ação beta 1. (Tabela seguinte)

Indicação:

- choque séptico (1ª escolha);
- outros choques como droga de resgate.
- Dose: 0.05 ·g/Kg/min 2 ·g/Kg/min
- 1 ampola = 4 mg · 5 ampolas = 20 mg · 20 mg (5 ampolas) em 500 mL Soro Glicosado 5% ou Soro Fisiológico 0,9% = 40 ·g/mL

- Exemplo: Paciente de 60 Kg 4,5 ml/h ate 180 ml/h

Adrenalina (ADR)

Em doses < 0,2 ·g/Kg/min tem efeito beta 1 e beta 2, diminuindo a pressão diastólica. Em doses > 0,2 ·g/Kg/min tem efeito alfa 1 mais importante, aumentando a pressão diastólica, DC e FC. O trabalho cardíaco é aumentado, mas a eficiência é ruim (relação trabalho e consumo de oxigênio pelo miocárdio). Faz broncodilatação e vasoconstrição renal. Apresenta efeitos hormonais mais pronunciados que a NOR; além de hiperglicemia, aumenta a renina, a lipólise e diminui potássio, aldosterona e aminoácidos.

Apresenta meia-vida de 2 a 3 min, o que permite ajustar a dose a cada 10 minutos. Tem as mesmas indicações que a NOR.

Indicação:

- choque séptico (3ª Escolha);
- outros choques como droga de resgate.
- Dose:
- 0,05 ·g/Kg/min a 2 ·g/Kg/min · 1 ampola = 1 mg · 20 ampolas = 20 mg · 20 mg (20 ampolas) em 500 mL Soro Glicosado 5% ou Soro Fisiológico 0,9% = 40 ·g/mL
- Exemplo: Paciente de 60 Kg - 4,5 ml/h ate 180 ml/h.

Comparação entre ADR e NOR

Efeito	Adrenalina	Noradrenalina
FC	+	-
VS	++	++
DC	+++	0
Fluxo Coronário	++	++
PAS	+++	+++
PAM	+	++
PAD	-	++
PAP	++	++
RVS	-	++

Efeito	Adrenalina	Noradrenalina
Fluxo Cerebral	+	0
Fluxo Muscular	+++	-
Fluxo Cutâneo	- -	- -
Fluxo Renal	-	-
Fluxo Esplâncnico	+++	0
Consumo de O_2	++	0
Glicemia	+++	0
Ácido Lático	+++	0

Dopamina (DOPA)

Seus efeitos são complexos e dose dependente. Tem efeitos dopaminérgicos (dopa 1), beta 1 e 2, alfa 1.

- Os efeitos dopa 1 (1-3 ·g/Kg/min) levam a vasodilatação renal e esplâncnica, levando ao aumento da diurese, não só pelo aumento da vasodilatação, mas também pela natriurese, devido à inibição de ADH e aldosterona.

- Os efeitos beta (3-10 ·g/Kg/min) aumentam DC, FC e PA sistólica (discreta).
- Os efeitos alfa (>10 µg/Kg/min) aumentam a pressão arterial de forma importante, semelhante à noradrenalina. Estas doses (não-rígidas), dependem de outros fatores e devem ser ajustadas conforme avaliação clínica e hemodinâmica do paciente, e a dose ajustada conforme a resposta desejada.

A meia-vida de 2 a 3 minutos, permite o reajuste a cada 10 minutos.

Apesar de aumentar a diurese, não há "proteção" renal e nem mesmo reversão d insuficiência renal aguda, mas continua-se indicando em casos de choque com insuficiência renal, pelo efeito farmacológico de natriurese e aumento da taxa de filtração glomerular, o que poderia tornar uma insuficiência renal oligúrica em não-oligúrica.

Considerando suas ações e a disponibilidade de Noradrenalina e Dobutamina, a Dopamina não teria lugar em UTI, a não ser como droga de resgate em choque refratário. Tem as mesmas indicações que a Noradrenalina e a Dobutamina.

Indicação:

- choque séptico (2ª escolha);
- outros choques como droga de resgate:
- choque cardiogênico (2ª escolha).
- Dose:
- 1 ·g/Kg/min a 3 ·g/Kg/min dose dopa 1
- 3 µg/Kg/min a 10 ·g/Kg/min dose beta 1 e 2 (manor)
- >10 ·g/Kg/min dose alfa 1
- 1 ampola = 50 mg : . 10 ampolas = 500 mg · 500 mg (10 ampolas) em 500 mL S. Glicosado 5% ou Soro Fisiológico 0,9 % = 1.000 ·g/mL - Exemplo:
- Paciente de 60 kg – 3,5 ml/h até 11 ml/h dose dopa
- Paciente de 60 kg - 11 ml/h ate 36 ml/h dose beta
- Paciente de 60 kg - 36 ml/h dose alfa

Isoprenalina

Apresenta efeitos beta 1 e 2 puros, aumentando DC e VS. Aumenta FC e PAS (Pressão Arterial Sistólica) com diminuição da PAD (Pressão Arterial Diastólica). Potente vasodilatador pulmonar e broncodilatador, por isso parar ou diminuir infusão quando sinais e sintomas colaterais (FC e PA).

Indicação:

- choque com baixo débito e RVS (Resistência Vascular Sistêmica) aumentada (mesmo da Dobutamina), hipertensão pulmonar ou broncoconstrição que justifique o sal uso (diminui perfusão coronárias devido a queda de PAD);
- casos de bradicardia ou torsades de pointes aguardando marcapasso.
- Dose: 0,05 ·g/Kg/min a 2 ·g/Kg/min
- 1 amp = 1 mg · 10 amp = 10 mg : . 10 mg (10 amp) em 250 ml SG 5% ou SF 0,9%= 40 ·g/ml
- Exemplo: Paciente de 60 kg - 4.5 ml/h ate 180 ml/h.

Dobutamina

Droga com efeitos quase beta 1 exclusivos, se não fosse pelo discreto Beta 2, o qual pode piorar uma hipotensão preexistente, principalmente em casos de choque hipovolêmico e séptico (vasodilatação). No choque séptico ainda piora o efeito de "shunt" periférico (piora o consumo de O2 - VO2), isto é, mantém uma relação boa de DO2 / NO2, mas. na realidade, a pressão de fluxo capilar é baixa (dado não-aferido). Aumenta o DC e VS, sem alterar FC.

Indicação:

- choque com RVS aumentada, como no choque cardiogênico; - droga de resgate em pacientes euvolêmicos.
- Doses:
- inicial - 1 ·g/Kg/min a 2 ·g/Kg/min.
- manutenção - 5 ·g/Kg/min a 10 ·g/Kg/min;
- diluição - 250 mg (1 ampola) em 250 mL SG 5% on SF 0.9% = 1.000 ·g/mL;
- Exemplo: Paciente de 60 Kg -3,5 ml/h até 36 ml/h.

Fenilefrina

Droga alfa agonista adrenérgica que age aumentando a atividade pressora com baixo estímulo da FC e de arritmias.

Dopexamina

Catecolamina sintética com atividade B2 e B1 muito fraca, além de atividade de dopa 1 fraca. Com esse perfil farmacológico, apresenta capacidade de aumento do DC por redução do pós-carga e aumento do fluxo renal.

A meia-vida é menor que as catecolaminas naturais, permitindo o ajuste de dose em curtos espaços de tempo (1 minuto).

Indicação:

- choque com RVS (Resistência Vascular Sistêmica) aumentada, como o choque cardiogênico. Doses: 0,5 ·g/Kg/min a 6 ·g/Kg/min
- 1 amp=50 mg e 10 amp=500 mg · Diluição 10 amp em 500 ml S.G. 5% ou S.F. 0,9%.

Nitroprussiato de sódio

Existem muitas etiologias para o choque (falência circulatória), porém se baseiam em apenas 3 mecanismos: a diminuição do volume circulante, diminuição do débito cardíaco e diminuição da resistência vascular periférica.

Um estado de baixo débito com resistência aumentada ocorre no choque cardiogênico, pode ocorrer em cirurgia cardíaca e pós-infarto agudo de miocárdio apesar de toda terapêutica pressora. Apesar da pré-carga ser o fator mais importante para o DC, em casos de insuficiência cardíaca, o DC fica muito dependente da resistência ao esvaziamento cardíaco. O estado de baixo fluxo estimula receptores alfa, aumentando a resistência vascu periférica, sendo o uso de vasodilatadores indicados nesses casos para diminuir a pressão de enchimento esquerdo e a congestão pulmonar.

A diminuição da resistência vascular periférica diminui o trabalho cardíaco mais do que a PA diastólica, melhorando a perfusão miocárdica. Apresenta efeito veno e arteriodilatador devido aumento de óxido nítrico com relaxamento da musculatura lisa. Os efeitos são em circulação pulmonar e sistêmica.

Meia vida de 1 minuto (ajustes cada 3 a 5 minutos).

Usar por até 72 horas, devido risco de intoxicação por cianetos (tiocianato) e trocar a solução a cada 12 horas com equipo protetor de luz.

Indicação:

- emergências hipertensivas;
- choques com resistência vascular periférica aumentada ou com pressão de enchimento ventricular elevada (hipervolemia e congestão pulmonar); - aneurisma dissecante de Ao.
- Dose: 1 ·g/Kg/min ate 5 ·g/Kg/min e titulada conforme necessário.
- 50 mg (1 ampola) em 250 mL SG 5% ou SF 0,9% = 200 ·g/mL

Exemplo: Paciente de 60 Kg - 18 ml/h ate 90 ml/h.

Relação entre as catecolaminas e os receptores adrenérgicos

Catecolamina	Receptor			
	alfa 1	beta 1	beta 2	dopa
Noradrenalina	+++	+++	+	-
Adrenalina	+++	+++	+++	-
Dopamina	++	++	+	+++
Dobutamina	++	+++	+	-
Isoprenalina	-	+++	+++	-

Nitratos

- São vasodilatadores preferencialmente venosos (agem também nas artérias). Diminuem o tônus venoso reduzindo a pré-carga e o diâmetro ventricular, diminuindo a tensão da parede ventricular e finalmente redução do Pós-carga.
- Útil na Insuficiência Cardíaca aguda sem hipotensão, com pressão capilar pulmonar elevada e sinais clínicos de congestão pulmonar. Seu tempo de ação é curto.
- Uso SL ou EV.

Nifedipina

- Atuam bloqueando os canais de cálcio, inibindo a contração da musculatura lisa dos vasos (vasodilatação).
- Aumentam o transporte de O2 miocárdico por sua atividade vasodilatadora coronariana.
- Indicados na Insuficiência Cioronariana (ICO) com discreta disfunção ventricular, bradicardia sinusal, doença do nó sinusal e bloqueio ÁtrioVentricular.
- Tem vida média de cerca de 6 horas.
- V.O. e S.L
- Inibidoras da ECA
- São potentes hipotensores que agem no ciclo renina (rim), angiotensinogênio, angiotensina I (ECA) e angiotensina II.
- Apresentações oral e endovenosa.
- Amrinone/Milrinone

- Aumentam o DC devido diminuição da RVS, corn pouca interfência na FC. É inibidor de fosfodiestase que apresenta efeitos inotrópicos além de vasodilatador.
- Dose 5 a 10 ·g/Kg/min com bolo EV de 0,75 ·g/Kg de peso.
- Diluição 2 amp (200 ·g) em 250 ml de S.F. (800 ·g).

Parada Cardíaca

Introdução

Morte Cardíaca súbita é definida como uma parada cardíaca inesperada (que geralmente leva morte biológica), ocorrendo dentro de 1 hora após o início dos sintomas.

A morte biológica é definida como a perda irreversível da capacidade de respirar e sustentar os batimentos cardíacos. A parada cardíaca (PC) pode se apresentar de uma forma súbita ou progressiva, por meio da falência múltipla de órgãos e sistemas.

Abordaremos aqui apenas a PC intrahospitalar.

Em aproximadamente 1/3 dos casos, a arritmia encontrada é a fibrilação ventricular; o restante corresponde a assistolia e atividade elétrica sem pulso. Essa predominância de 2/3 é justificada pela gravidade das doenças que levam a PC. Em 80% das PC a doença aterosclerótica coronariana é a causa, sendo 10 % de cardiomiopatia e o restante por outras causas.

Manejo

O manejo destes pacientes deve seguir uma sequência para que atinja uma maior chance de sobrevida, seguindo protocolos de atendimento básico e avançado, sendo os mais difundidos o BLS (Basic Life Support) e o ACLS (Advanced Life Support). Em geral, o ACLS segue-se do BLS, porém, se o paciente encontra-se já intubado e monitorizado quando ocorre a PC, podemos pular alguns passos e proceder às medidas avançadas, como o uso de drogas e desfibrilação. (Tabela FV/TV e Assistolia, página 280).

Ações da Enfermagem

BLS

Deve-se, em uma suspeita de PC, conferir se o paciente realmente se encontra inconsciente. Caso monitorizado, verificar a posição dos transdutores e eletrodos do monitor cardíaco para não promover uma iatrogenia. Se já em ventilação mecânica, verificar se está sendo

eficaz ou há problemas com o respirador ou até mesmo a existência de pneumotórax que exija outra abordagem.

Após verificar a real existência de uma PC, chama por ajuda e solicita o desfibrilador, caso contrário não será possível realizar a reanimação de forma eficaz.

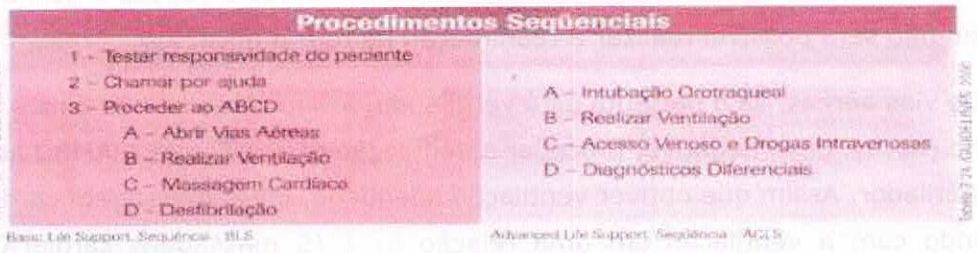
Verifique vias aéreas, se o paciente está ventilando, assim como se não existe algum corpo estranho (boca). Caso negativo, proceder à ventilação com máscara e AMBU até a chegada do desfibrilador. Assim que obtiver ventilação adequada, inicie massagem cardíaca externa alternando com a ventilação em uma relação 5: 1 (5 massagens cardíacas para uma ventilação), com frequência cardíaca entre 80 e 100 bpm (batimentos por minuto). Chegando o desfibrilador, verifique o ritmo e siga os protocolos conforme o ritmo identificado.

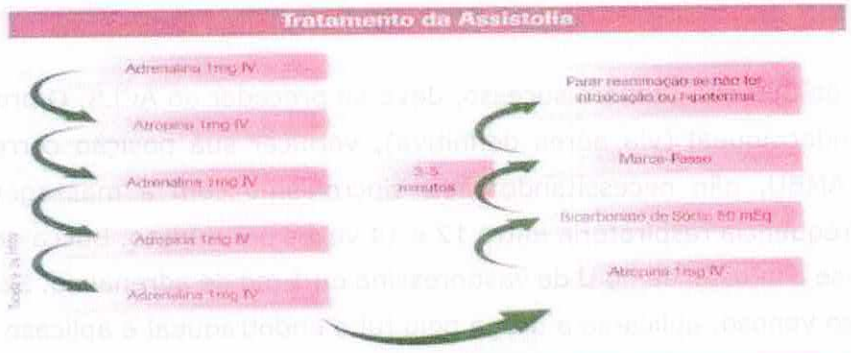
Antes mesmo de iniciar o ACLS, se for encontrado o ritmo de fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular sem pulso (TV), deve-se proceder ao choque com o desfibrilador com carga inicial de 200 J. Verifique o pulso e ritmo, se há sucesso, proceder aos passos conforme o ritmo obtido e manter dados vitais estáveis. Caso não haja sucesso, proceder a novo choque com 300 J e se continuar em FV ou TV, repetir com carga de 360 J.

ACLS

Caso os eventos do BLS não tenham sucesso, deve-se proceder ao ACLS. O primeiro passo é a intubação endotraqueal (via aérea definitiva), verificar sua posição correta e iniciar ventilação com AMBU, não necessitando mais sincronismo com a massagem cardíaca, mantendo uma frequência respiratória entre 12 e 14 vezes por minuto. Busca-se um acesso venoso e realiza-se a infusão de 40 U de vasopressina ou 1 mg de adrenalina. Se não houver sucesso no acesso venoso, aplica-se a droga pelo tubo endotraqueal e aplicase 2,5 vezes a dose indicada. Após isso, devemos prosseguir a identificação do ritmo e tratar a arritmia conforme os protocolos. Deve ser observado que essa sequência serve para lembrar os eventos que devem ser realizados no paciente em PC, porém, a ordem pode ser alterada conforme a situação encontrada. Esta ordem torna o procedimento de reanimação mais efetivo na maioria das vezes. Durante a infusão das drogas e o tratamento das arritmias, devemos buscar causas alternativas para a PC. Quando não encontramos turgência (ingurgitamento) jugular, devemos pensar em hipovolemia, hipóxia, hipercalemia, acidose, hipotermia e intoxicação exógena. Nos casos em que há turgência jugular, pensar em

tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, tromboembolismo pulmonar e trombose coronariana. Cada uma destas causas apresenta tratamento específico que devem ser tentados caso a reanimação não tenha sucesso após todas as manobras.





1.7.4 Procedimentos Médicos: Neurologia

PROCEDIMENTO: Diagnóstico e Tratamento da Esclerose Múltipla

RESPONSÁVEL: Médico Neurologista

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

Pesquisa bibliográfica ampla nas bases de referências MEDLINE.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.

B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.

C: Relatos e séries de casos clínicos.

D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:

Fornecer orientações sobre o diagnóstico e tratamento da Esclerose Múltipla (EM).

INTRODUÇÃO

A EM é uma doença de caráter geralmente progressivo, em que a inflamação e desmielinização da substância branca do sistema nervoso central resulta em vários sinais e sintomas neurológicos. Após 10 anos do início dos sintomas, 50% dos pacientes poderão estar inaptos para fazer atividades profissionais e mesmo as domésticas 1,2(D).

A evolução da EM é extremamente variável e imprevisível. Identificam-se dois cursos bem distintos da EM: o primeiro se denomina curso

remitente/recorrente, mais comum no adulto jovem, onde os sintomas e sinais neurológicos são transitórios, sendo imprevisível o momento e a característica do próximo surto; e o segundo, denominado curso progressivo, no qual os sintomas e sinais neurológicos instalados se intensificam, sem remissão sendo o quadro neurológico mais sistematizado, geralmente com comprometimento motor (sistema piramidal e/ou cerebelar) e manifesta-se mais frequente após os 40 anos2(D).

Em termos de frequência, o curso remitente é mais comum, sendo observado em aproximadamente 85% dos pacientes 2,3(D).

A região sudeste do Brasil é aquela que apresenta o maior número de pacientes diagnosticados. Em estudo realizado na população da capital do Estado de São Paulo, em julho de 1997, obteve-se uma prevalência de 15 pacientes por 100 mil habitantes. Este

resultado não permite realizar estimativas de prevalências para outras regiões do país, pois é muito diversa a composição étnica do Brasil4(B).

DIAGNÓSTICO

Para se estabelecer o diagnóstico da EM os critérios são clínicos. Utilizam-se as informações da anamnese para caracterizar a presença dos surtos e o exame neurológico para estabelecer correspondência entre os surtos e a estrutura do SNC lesada. As diferentes classificações propostas distinguem um diagnóstico denominado definido, no qual se exige a identificação de pelo menos dois surtos separados de pelo menos 1 mês, com sinais neurológicos revelando duas lesões distintas, em diferentes níveis topográficos da substância branca do SNC. As denominações prováveis e possíveis são reservadas a situações em que a evolução em surtos pode estar presente, mas não há evidência clínica definida de lesões distintas 3,5(D).

Recentemente, os critérios de diagnóstico passaram a contar com o auxílio laboratorial, como exemplo os Critérios de Poser et al, de 1983. Esses critérios estão representados por pesquisa de bandas oligoclonais nas imunoglobulinas do LCR, de estudo da imagem do encéfalo e medula espinal por ressonância magnética. Estes exames permitem evidenciar a existência de processo inflamatório no LCR e lesões em estruturas do SNC sem tradução clínica, permitindo que as exigências para os critérios de diagnóstico definido venham a ser preenchidas. Quando o diagnóstico se realiza com auxílio laboratorial recebe a denominação de EM laboratorialmente definida5(D).

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

O diagnóstico diferencial deve ser a conduta clínica mais importante e que precede a confirmação da EM. Várias são as doenças que tem uma apresentação temporal e espacial de seus sinais e sintomas:

- Doenças desmielinizantes com padrão de evolução monofásico como a encefalomielite aguda disseminada, a mielite transversa aguda e a neurite óptica; sendo que nesta última, em aproximadamente dois terços dos pacientes, há infecção viral precedente;
- A mielinóse pontina e extrapontina, leucodistrofias (adrenoleucodistrofia), mielopatia pós-radiação são exemplos de doenças crônicas que apesar de não terem caráter inflamatório, lesam a mielina e podem apresentar evolução monofásica ou progressiva;

- As vasculites sistêmicas, lúpus eritematoso sistêmico, doença de Sjöegren, doença de Behçet e sarcoidose podem ter comportamento semelhante a EM, tanto no padrão temporal como espacial dos sinais e sintomas neurológicos;
- Doença vascular cerebral como embolia de origem cardíaca em jovens, endocardite, síndrome do anticorpo anti-cardiolipina e cadosil;
- Síndromes infecciosas como sífilis meningovascular, doença de Lyme, Sida, mielopatia pelo HTLV-I;
- Síndromes paraneoplásicas, quando os sintomas neurológicos precedem o aparecimento da neoplasia, apresentando anticorpos antineuronal (anticélula de Purkinje), anti-Yo na síndrome cerebelar subaguda; encefalite do troncocerebral, mielite, encefalomielite, apresentando anticorpos anti-Hu e anticorpo antinúcleo neuronal (ANNA-2);
- Malformações venosas, encefálicas ou medulares, da transição occíptocervical (malformação de Chiari);
- Processos expansivos encefálicos ou medulares, principalmente os de natureza benigna;
- Doenças carenciais como mielose funicular, que pode envolver tratos mielinizados da medula, apresentando características progressivas simulando a esclerose múltipla progressiva primária;
- A neurite óptica como sintoma inicial da esclerose múltipla tem como característica fundamental a presença de dor ocular, principalmente à movimentação do olho, devendo ser diferenciada de outras perdas oculares agudas que embora não apresentem dores, entram no diagnóstico diferencial tais como: neuropatia óptica anterior isquêmica, neuropatia óptica hereditária de Leber, coreoretinopatia serosa central, retinopatia associada à neoplasia (com anticorpos anti-recoverina);
- Doenças degenerativas como paraplegias e ataxias hereditárias3, 6 (D).

TRATAMENTO

Apesar de ser considerada como uma doença autoimune, a resposta clínica aos imunossupressores tem sido desapontadora. O controle da doença obtido com essas drogas sempre foi insuficiente apesar de que alguns deles demonstram maior eficiência7(D).

A introdução recente de imunomoduladores como o interferon beta produziu diminuição da frequência e severidade das recidivas e talvez da progressão da doença em pacientes ambulatoriais, portadores da forma surto/remissão": tanto o interferon beta 1a como o beta 1b diminuem a frequência dos surtos813(A).

O advento do acetato de glatiramer representou uma terapêutica que veio complementar o conjunto dos imunomoduladores, sendo recomendado como fármaco também de primeira opção no tratamento da esclerose múltipla ou como substituto para casos de falha do

interferon, seja por ausência de resposta clínica, seja por efeitos adversos dos mesmos. Ensaios clínicos descritos na literatura revelam um perfil de tolerância muito boa, sem evidências de alterações laboratoriais específicas ou efeitos clínicos adversos14,15(A).

Na forma progressiva secundária da doença, forma evolutiva, concomitante ou sequencial da forma surto/remissão, foi comprovada a eficácia parcial do interferon beta 1b16, 17 A).

Entretanto, na forma progressiva primária da doença as evidências da eficácia destes tratamentos, em pequenas séries de casos e até a presente data, não há comprovação clínica da eficiência terapêutica dos imunomoduladores 4(B)1,18(D).

Apesar de aproximadamente 20% dos pacientes apresentarem uma evolução favorável, é recomendado iniciar o tratamento precoce em todos os casos que preencham os critérios que serão abaixo citados.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO TRATAMENTO:

As seguintes situações são requeridas, cumulativamente, como critérios de inclusão:

- Portador de Esclerose Múltipla definida clínica ou laboratorialmente pelos critérios de Poser e colaboradores5(D);
- Idade entre 18 e 50 anos, no início do tratamento 9,11-13(A);
- Portadores de esclerose múltipla – forma definida clinicamente como surto-remissão" ou progressiva secundária 11,12,14,16(A);
- Doença caracterizada como ativa: pela história clínica e ou por neuroimagem com ressonância magnética 8,13,19(A);
- Ter apresentado pelo menos 2 surtos da doença antes do início do tratamento1,9-11,13(A);
- Apresentar pontuação na escala EDSS20(D) (escala de incapacidade para esclerose múltipla) igual ou inferior a 6,5. Ter capacidade de deambular com ou sem ajuda11, 21, 22(A)18,20(D);
- Paciente ou familiar capaz de assegurar que a adesão ao tratamento será mantida e que a monitorização dos efeitos adversos será adequadamente identificada tanto pela família como pelo médico neurologista que prescreveu o imunomodulador18(D);
- Paciente foi avaliado por neurologista em Centro Especializado em Esclerose Múltipla credenciado pelo Comitê Brasileiro de Tratamento e Pesquisa em Esclerose Múltipla (BCTRIMS) e pelo gestor estadual;

- Foram excluídas outras doenças que clinicamente possam se assemelhar a Esclerose Múltipla, utilizando também o auxílio dos exames: ressonância magnética do neuro eixo e do líquido cefalorraqueano3, 6(D).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Serão excluídos deste tratamento todos os pacientes que apresentarem pelo menos uma das situações abaixo:

1. Esclerose Múltipla – forma progressiva primária1 ,9-11,13,18(A);
2. Esclerose Múltipla – forma surto - remissão caracterizada como doença muito avançada: com pontuação na escala EDSS 20(D) maior do que 6. 51,9-11,13,18(A);
3. Pacientes do sexo feminino onde a possibilidade de concepção não pode ser adequadamente controlada18, 24(A).

BENEFÍCIOS ESPERADOS COM O TRATAMENTO 9,12,16,19,21 (A)22,25(B)23(D):

- Melhora sintomática;
- Diminuição da frequência e severidade das recidivas; - Redução do número de internações hospitalares.

APRESENTAÇÃO:

Existem 3 diferentes produtos disponíveis contendo interferon beta recombinante:

1. Interferon Beta – 1b – administração subcutânea13(A);
2. Interferon Beta – 1a – administração subcutânea11(A);
3. Interferon Beta – 1a – administração intramuscular10(A).

O IFN beta-Ia é a forma glicosilada e mais semelhante ao IFN humano e mais hidrossolúvel. Estudo recente demonstrou a superioridade do IFN beta-Ib analisando a resposta de marcadores plasmáticos da atividade do interferon25(B).

Entretanto, não há evidência de que estes achados se traduzam em superioridade clínica13(A). Assim, adotamos a assertiva da eficácia clínica semelhante das diferentes formas comerciais de interferon beta no tratamento da esclerose múltipla na forma surto/remissão11,13,18,24, 26(A).

O acetato de glatiramer existe comercialmente na apresentação de ampolas de 20 mg para injeção subcutânea, sendo esta a única via de administração. Não pode ser usada intramuscular ou intravenosa14(A).

O crescente interesse pelo estudo da EM em nosso meio, a identificação de maior número de casos, a criação de centros especializados de tratamento e as questões relacionadas à política de distribuição dos novos medicamentos pelas Secretarias Estaduais de Saúde, levaram-nos a criar o BCTRIMS (Brasilian Committe for Treatment and Research in Multiple Sclerosis and Neuroimunological Disorders). O BCTRIMS visa organizar e fomentar interação entre os pesquisadores de vários pontos do país, implementando estudos multicêntricos, assim como traçar condutas baseadas nas evidências científicas disponíveis em relação ao diagnóstico e ao tratamento18(D).

POSOLOGIA 9,16(A)22,25(B)18(D):

Formas de administração:

Os 3 esquemas terapêuticos utilizando interferon beta serão aceitos na seguinte forma:

Posologia [9,16] (A) [22,25] (B) [18](D):

Formas de administração:
Os 3 esquemas terapêuticos utilizando interferon beta serão aceitos na seguinte forma:

Produto	Dose	Via	Intervalo	Conteúdo de IFN beta
IFNbeta1b	9,6MUI	Subcutânea	Dias alternados	250 µg
IFNbeta1a	12 MUI	Subcutânea	3 vezes por semana	44 µg
IFNbeta1a	6MUI	Intramuscular	1 vez por semana	30 µg

O interferon beta 1a é prescrito na dose de 11µg, subcutânea três vezes por semana. Será aceita a continuação da prescrição nessa dosagem somente por mais 1 ano, a fim de facilitar o ajuste de dose para 44µg, subcutânea três vezes por semana, dose atualmente preconizada, seguindo cronograma estabelecido pelo médico assistente.

Acetato de Glatiramer deverá ser utilizado, da seguinte forma:

Produto	Dose	Via	Intervalo
Acetato de Glatiramer	20 mg	subcutânea	diariamente

INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO 18(D):

Não há critérios definitivos na literatura para decidir sobre a suspensão do tratamento, exceto na vigência de efeitos adversos graves produzidos pelo interferon beta ou acetato de glatiramer.

MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO 9,16,18(A):

Recomenda-se hemograma e provas de função hepática avaliados mensalmente nos primeiros 6 meses e após, a critério clínico. O uso deve ser interrompido em caso de aparecimento de efeitos colaterais graves.

Não há necessidade, em geral, de exame do líquido cefalorraqueano ou de neuroimagem pela ressonância magnética para o acompanhamento clínico destes pacientes.

Leucopenia, alteração das enzimas hepáticas, hipersensibilidade e depressão são efeitos potenciais dos imunomoduladores que, de acordo com seu médico assistente, deverá tomar a conduta mais adequada 18,23(D).

TEMPO DE TRATAMENTO 18(D):

Indeterminado.

AS RECOMENDAÇÕES DO BCTRIMS

QUANTO AO USO DE IMUNOMODULADORES NA EM (D):

- Os imunomoduladores devem ser exclusivamente prescritos por neurologistas clínicos;
- Os imunomoduladores devem ser prescritos somente para os pacientes com EM definido de acordo com os critérios diagnósticos de Poser e col.3(D);
- Os imunomoduladores só devem ser prescritos para pacientes com as formas remitente-recorrentes e progressivas secundárias.
- Não há indicação de seu uso nas formas primariamente progressivas;
- Os imunomoduladores só devem ser prescritos para pacientes com EDSS igual ou inferior a 6.5;
- O tratamento deve ser iniciado com doses mínimas preconizadas, mas que podem ser ajustadas, se necessário, durante a evolução;
- Não há imunomodulador de escolha no tratamento, podendo haver substituições no seu curso;
- Não há contra-indicação da associação de imunomoduladores a corticosteróides e/ou imunossupressores;

- O uso de imunomoduladores deve ser interrompido em caso de efeitos colaterais graves;
- O uso de imunomoduladores deve ser monitorado com hemograma e provas de função hepática, não havendo necessidade de RNM ou LCR na monitoração;
- Os imunomoduladores estão contra-indicados em mulheres grávidas e apenas devem ser prescritos para mulheres em idade reprodutiva que estejam em uso de métodos contraceptivos seguros;
- O tempo de tratamento ainda é indeterminado;
- Estas recomendações serão revistas e modificadas quando novas evidências e condutas se tornarem normas aceitas na literatura.

CENTROS DE REFERÊNCIA 23(D):

Recomenda-se a criação de centros de referência a serem cadastrados e credenciados pelo BCTRIMS, para avaliação do diagnóstico e quantificação da disfunção dos pacientes. Este trabalho será realizado por neurologistas clínicos nesses centros de referência, cuja aferição será considerada como indispensável para a liberação dos medicamentos. O seguimento do paciente deverá ser feito pelo seu médico assistente de origem, não havendo assim quebra nesse relacionamento. A ele compete a identificação dos efeitos colaterais e conduzir o esquema terapêutico, nas nuanças individuais, assim como a associação de medicamentos. Compete ao médico assistente apresentar ao paciente os riscos da terapêutica imunomoduladora e conjuntamente assinar o termo de consentimento informado, de acordo com a exigência do SAS do Ministério da Saúde23(D).

PROCEDIMENTO: Hanseníase: Diagnóstico e Tratamento da Neuropatia

RESPONSÁVEL: Médico Neurologista

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

Esta publicação buscou incorporar as melhores bases de dados disponíveis à época de sua execução. No entanto, estes dados devem ser interpretados cuidadosamente, os resultados de estudos futuros podem levar às alterações nas conclusões ou recomendações sugeridas por este documento. Foram utilizados principalmente das bases de dados MEDLINE (U.S. National Library of Medicine) e LILA CS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), manuais e documentos do Ministério da Saúde do Brasil e da Organização Mundial de Saúde, teses e livros de textos relacionados ao assunto.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVOS:

1. Estas diretrizes destinam-se à abordagem prática e atualizada dos estados reacionais da hanseníase.
2. Estabelecer terapêutica adequada ao paciente para minimizar os danos decorrentes das reações hansênicas e os efeitos colaterais dos fármacos empregados para o controle da reação.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

INTRODUÇÃO

Os avanços na terapêutica da hanseníase e a implementação de novas estratégias na condução dos programas de controle reduziram drasticamente sua prevalência em todo o mundo1(D). Entretanto, o comprometimento da função neural continua a ser um problema que requer atenção cuidadosa, tanto com o objetivo de se evitar ou minimizar a sua progressão, como para prevenir suas sequelas, as deficiências sensitivas ou sensitivo-motoras e as incapacidades e deformidades que podem resultar desse comprometimento neural2(B)3(D).

O comprometimento do sistema nervoso periférico antes, durante e mesmo após o término do tratamento, ou seja, a alta da medicação específica (poliquimioterapia), é responsável pela maioria das deficiências e deformidades associadas à hanseníase4(C).

Na evolução da hanseníase, os nervos periféricos podem ser acometidos em número e gravidade variável, de acordo com a resposta imunocelular inerente a cada paciente5(D).

Episódios reacionais podem levar a um agravamento do processo inflamatório do nervo e, consequentemente, da função neural.

Por esses e outros fatores, faz-se necessário padronizar uma definição mais clara sobre as características da neuropatia da doença de Hansen, dos métodos diagnósticos disponíveis e de uma conduta terapêutica acessível e praticável.

DEFINIÇÃO

A neuropatia da hanseníase resulta, principalmente, de um processo inflamatório dos nervos periféricos, cuja intensidade, extensão e distribuição dependem da forma clínica, da fase evolutiva da doença e dos fenômenos de agudização durante os episódios reacionais, ou seja, a reação tipo 1 ou reação reversa (RR) e a reação tipo 2 ou o eritema nodoso hansênic (ENH), que é uma manifestação clínica da reação tipo 26,7(D), podendo acometer ramos cutâneos ou o tronco do nervo, de maneira isolada mononeuropatia) ou múltipla (mononeuropatia múltipla). Estes episódios reacionais envolvendo os nervos são clinicamente conhecidos como neurites. Entre os outros mecanismos de lesão do sistema nervoso periférico na hanseníase deve ser considerado um outro fator agravante, de natureza extrínseca, qual seja, a compressão e o aprisionamento do nervo edemaciado por estruturas anatômicas vizinhas.

QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

Na hanseníase, há o acometimento de fibras autonômicas, sensitivas e motoras. Entre as manifestações autonômicas, destaca-se a perda da sudorese, resultando em pele ressecada. O acometimento das fibras cutâneas resulta na perda da sensibilidade à dor, ao frio, ao calor e, mais tardiamente, também ao tato8(C). Quando há lesão do tronco dos nerv periféricos, há acometimento sensitivo, autonômico e motor no território do(s) nervo(s) afetado(s), resultando em perda de todas as formas de sensibilidade (dor, frio, calor, tato, parestesia e posição segmentar) e de paresia, paralisia e atrofia muscular9(C)10 (B).

A neuropatia inflamatória (neurite) pode ser aguda ou crônica11(D)12(B). As neurites agudas se apresentam de forma abrupta, com quadro objetivo de hipersensibilidade à palpação, dor intensa, espontânea ou desencadeada pela palpação13(B). Com frequência, as estruturas neurais desenvolvem edema, resultando em espessamento dos nervos, com alterações da função sensitiva ou sensitivo-motora, que podem ser reversíveis se houver controle do edema6(D). Já as neurites crônicas se caracterizam por um início insidioso e lentamente progressivo, apresentando, inicialmente, apenas leves alterações sensitivas, progredindo com alterações sensitivo-motoras e com sintomatologia dolorosa variável. A

neuropatia não dolorosa, conhecida como neurite silenciosa", se caracteriza por alteração da função sensitiva ou sensitivomotora na ausência de fenômenos álgicos.

O acometimento nervoso aumenta com a evolução da doença, com a idade do paciente e é maior nas formas multibacilares14(C).

A presença ou ausência de dor é outro aspecto notável da neuropatia da hanseníase. A dor da neuropatia (neuralgia) pode ocorrer durante o processo inflamatório, associado ou não à compressão neural, ou então decorrer de sequela da neurite (dor neuropática)15(D). A distinção entre as duas situações é importante, pois implica em tratamentos particularizados. A dor pode ainda ser espontânea ou ser desencadeada pela palpação ou percussão do nervo (sinal de Tinel). Sensações desagradáveis podem estar presentes na ausência do estímulo (parestesias) e, ocasionalmente, distúrbios na percepção das sensações (disestesias) são também encontrados.

O exame físico destes pacientes deve incluir:

a. palpação dos troncos nervosos, particularmente do nervo ulnar, no túnel epitrócleoolecraniano; do mediano, na face anterior do punho, na entrada do túnel do carpo; do tibial posterior, no túnel do tarso e do fibular, no joelho, abaixo da cabeça da fíbula até a fossa poplítea16(B). Avalia-se a forma, a consistência, e o volume do espessamento do nervo17(D), e a mobilidade do nervo durante o movimento articular;

b. o mapeamento sensitivo do tato cutâneo, utilizando-se o conjunto de monofilamentos de náilon de Semmes – Weinstein nos territórios específicos dos troncos nervosos das mãos e pés, recomendado para o programa de controle da hanseníase18,19(D). Estudos demonstraram que este instrumento é útil para detectar e quantificar a perda sensorial20-22(D), permitindo avaliar resultados em seis níveis funcionais: sensibilidade normal, sensibilidade diminuída, sensibilidade protetora diminuída, perda da sensibilidade protetora, sensação de pressão profunda e perda da sensação de pressão profunda18(D);

c. o teste manual de força dos músculos dos membros superiores e inferiores mais frequentemente acometidos, recomendado pelo programa de controle da hanseníase18,19(D). Este método é utilizado para o diagnóstico de lesões nervosas periféricas23(D), embora sua confiabilidade esteja na dependência da habilidade e conhecimento do examinador22(D). Recomenda-se adotar o critério de graduação da força muscular de zero a cinco18(D).

Os resultados dos exames devem ser analisados em seu conjunto. No que se refere à ocorrência de dor neural, perda da sensibilidade e da força muscular nas mãos e pés, os critérios para suspeitar de e/ou confirmar alterações da função neural são24(D):

1. NO DIAGNÓSTICO:

A presença de dor no trajeto do nervo e/ou história de alteração da sensibilidade e/ou da força muscular, num período menor ou igual a 12 meses, comprovados no momento da avaliação, deverão ser tratados como caso de neurite;

Quando na avaliação o paciente não sentir o toque do monofilamento igual ou maior que dois gramas, em dois territórios específicos de um mesmo nervo.

2. EM TRATAMENTO E APÓS ALTA:

A presença de dor aguda no trajeto do nervo e/ou diminuição ou perda da sensibilidade e/ou força muscular em comparação à última avaliação;

É considerada alteração da sensibilidade, a alteração em dois pontos do trajeto de um mesmo nervo em comparação à avaliação anterior.

As formas das neuropatias da hanseníase devem ser caracterizadas segundo o tempo de evolução, o tipo de reação e a sintomatologia álgica:

1. TEMPO DE EVOLUÇÃO:

- Agudas e subagudas, com menos de três meses de evolução (neurites); - Crônicas, com mais de três meses de evolução.

2. TIPO DE REAÇÃO:

- Tipo 1 ou reação reversa (RR);
- Tipo 2 ou de eritema nodoso hansênico (ENH).

3. SINTOMATOLOGIA ÁLGICA:

- Dor aguda ou crônica, incluindo aquela da sequela da neurite (dor neuropática);
- Neuropatia silenciosa (neurite silenciosa").

Diagnosticada a hanseníase, a neuropatia está sempre presente. Independentemente da presença de queixas, todos os pacientes devem obrigatoriamente ser submetidos a avaliação e monitoramento da função neural, durante o tratamento e mesmo após o término da poliquimioterapia4(C).

TRATAMENTO DAS NEURITES (NEUROPATIAS AGUDAS E SUBAGUDAS) TRATAMENTO CLÍNICO

O tratamento procura controlar as alterações imunoinflamatórias dos episódios reacionais e evitar as deficiências físicas decorrentes do dano neural. Os episódios reacionais podem

apresentar suas manifestações cutâneas e sistêmicas acompanhadas de neurite. O quadro reacional também pode manifestar-se somente com alterações neurais, configurando um quadro de neurite(s) isolada(s)25,26(C)27(D).

A neurite silenciosa é um quadro sem sintomatologia dolorosa. Frequentemente, o seu diagnóstico, pela própria característica de quadro sem dor, é subavaliado. Recomenda-se, portanto, o acompanhamento sequencial e repetitivo da sensibilidade e função motora em todos os pacientes com hanseníase, a fim de se detectar e tratar precocemente a neurite silenciosa, na tentativa de evitar as deficiências físicas27(D).

No tratamento das neurites, as drogas preconizadas são os corticosteróides e a prednisona é a mais usada, na dose de 1 a 2 mg/kg/dia, de acordo com a avaliação clínica da sintomatologia e da gravidade do quadro19,28(D)29(C). Esta dose deve ser mantida até a regressão dos sinais e sintomas, quando então pode ser reduzida em 5 mg a cada duas ou três semanas, até chegar a 20 mg. Essa dosagem pode ser mantida por alguns meses, enquanto ocorre a melhora gradual, com recuperação da função neural.

Um número importante de deficiências pode se instalar nos pacientes com quadro de ENH. Os profissionais de saúde devem avaliar o acometimento neural nestes casos. Todos os pacientes com reação tipo 2 devem ter seus nervos periféricos examinados e, se for o caso, prontamente tratados com corticosteróides. A talidomida é indicada no controle do ENH com lesões de pele e articulares e pode ser usada no comprometimento neurológico quando da diminuição das doses de corticosteróides19(D).

O diagnóstico e tratamento dos quadros de neurites devem ser precoces, pois estes constituem os principais fatores para a prevenção das deficiências e deformidades em hanseníase. Existe estudo mostrando que neurites com menos de seis meses de evolução respondem melhor à corticoterapia10(B).Tem-se sugerido regimes de corticoterapia com doses mais altas em períodos mais curtos30(D).

Habitualmente, o uso do corticosteróides é feito por via oral. Pode-se, todavia, optar pelo uso intravenoso da metilprednisolona, na dose de 1 g por dia, conhecida como pulsoterapia, usada em outras neuropatias inflamatórias, como as vasculíticas11(D). Aconselha-se que este procedimento seja realizado em centros especializados, com o paciente hospitalizado ou em sistema de Hospital-dia e monitorado. Está indicado para pacientes com quadro

neurológico de difícil controle e/ou com sintomas muito intensos31(D). Em casos nos quais os pacientes estão em uso crônico de corticosteróides orais, sem melhora, adota-se aumento significativo da dose oral ou a pulsoterapia com metilprednisolona.

Esta estaria associada à resposta mais rápida32(B). Pode-se usar a dose de 1g/dia de metilprednisolona, durante três dias consecutivos, com reforços mensais de 1g/dia, em dia único. Em tais casos, visando a prevenção dos efeitos colaterais, relativos à parada abrupta do uso de altas doses de corticosteróides, pode-se utilizar doses progressivamente mais baixas de prednisona, durante 9 a 12 dias (30 mg por via oral, durante três dias; após, 1[illegible] mg por mais três dias; após, 5 mg por mais três dias; 2,5 mg por mais três dias e interrupção). Entre o 12º e o 30º dia pós-pulsoterapia, considera-se que essa continua sendo efetiva33(C).

Paciente com dor não controlada e/ou crônica

O tratamento da neuropatia deve contemplar o tratamento da dor neuropática 34,35(D), requerendo a identificação do seu mecanismo gerador para definílo15(D). As prescrições devem ser adaptadas às necessidades de cada caso e a administração realizada regularmente e não sob demanda. A preferência deve ser dada aos medicamentos de fácil aquisição e prescritos em escala crescente de potência36(C)37(D).

Nas dores persistentes, em pacientes com quadro sensitivo e motor normal ou sem piora, o tratamento da dor é feito exclusivamente com antidepressivos tricíclicos (amitriptilina38(B), nortriptilina, imipramina, clomipramina), neurolépticos (clorpromazina, levomepromazina), e ou anticonvulsivantes (carbamazepina39(C), gabapentina40,41(A), topiramato, oxicarbamazepina) - (Quadros 1,2 e 3)15(D). Tais medicamentos são exclusivamente analgésicos de ação central, ou seja, não promovem a recuperação da função neural (sensibilidade e motricidade). Em qualquer dos casos mencionados é necessário monitorar a função neural, pois pode haver piora da sensibilidade e/ ou da força muscular42(D). Em tal situação ou na ausência de melhora, o paciente deve ser encaminhado aos centros de referência para avaliação de indicação cirúrgica.

Associado ao tratamento da neurite, deve-se orientar repouso da articulação próxima ao nervo comprometido e iniciar a prevenção de complicações secundárias, por meio de intervenções fisioterápicas.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

O tratamento cirúrgico de neurites é um componente coadjuvante na abordagem deste problema. Sabe-se que um dos fatores importantes na produção da neuropatia é a compressão intra e extraneural. Desta forma, a finalidade da cirurgia deve ser reduzir ou eliminar a compressão42(D). O edema e a compressão intraneural respondem bem ao tratamento com corticóides, mas a presença de estruturas anatômicas constritivas próximas ao nervo sugere a necessidade de sua liberação para uma melhor solução do problema de neurite que o paciente apresenta. Esta é uma das principais razões para que a atenção cirúrgica seja levada em consideração na atenção global desse problema43(B).

Quadro 1

Antidepressivos Tricíclicos		
Fármaco	**Dose habitual/dia**	**Dose máxima/dia**
Amitriptilina	10-150 mg	300 mg
Nortriptilina	10-50 mg (0,2-3 mg/kg)	150 mg
Imipramina	25-150 mg	300 mg
Clomipramina	25-150 mg	250 mg

Quadro 2

Fenotiazínicos		
Fármaco	**Dose habitual/dia**	**Dose máxima/dia**
Clorpromazina	25-100 mg	100 mg
Levomepromazina	10-100 mg	100 mg

Quadro 3

Anticonvulsivantes		
Fármaco	**Dose habitual/dia**	**Dose máxima/dia**
Carbamazepina	200-1200 mg	3000 mg
Oxicarbamazepina	300- 900 mg	3000 mg
Gabapentina	900- 2400 mg	3600 mg
Topiramato	25- 800 mg	1600 mg

As indicações para o tratamento cirúrgico podem ser:

a. Abscesso de nervo

b. Quando presente ou existindo forte suspeita de sua presença, a drenagem cirúrgica está indicada44(D);

c. Paciente com neuropatia que não responde ao tratamento clínico adequado para neurite dentro de quatro semanas.

d. Nestes casos, é fundamental ter uma avaliação funcional inicial e em intervalos regulares (sensitiva, motora e, se possível, eletrofisiológica) para subsidiar a decisão. Se o paciente já foi tratado com dose adequada de corticosteróide e com talas e, mesmo assim, a função nervosa não tiver sido recuperada ou piorar em quatro semanas, a possibilidade de cirurgia deve ser fortemente considerada43(B)45,46(C);

e. Paciente com neuropatia (neurites) subentrante

f. Estes são casos que respondem bem ao tratamento com corticosteróide mas, logo que a dose seja reduzida ou totalmente retirada, a fase aguda recrudesce. Após três episódios de agravamento, está indicada a cirurgia. Novamente, o monitoramento da função neural é fundamental, mais do que o sintoma de dor. Lembrar que um nervo destruído raramente dói47(D);

g. Neurite do nervo tibial posterior

h. Geralmente, a neurite neste nervo é silenciosa e não responde bem ao tratamento com corticosteróide. A indicação de neurólise neste nervo deve ser feita de acordo com os padrões já discutidos. No entanto, estudos têm demonstrado que frequentemente esta cirurgia auxilia na prevenção da ocorrência de úlceras plantares, assim como no próprio tratamento dessas úlceras48,49(C). Por esta razão, sua indicação não segue critérios rígidos, podendo ser indicada como intervenção preventiva em casos que apresentem sinais e sintomas mínimos e iniciais de lesão do nervo até como intervenção terapêutica nos casos com sinais e sintomas de lesão plenamente estabelecida.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral

RESPONSÁVEL: Médico Neurologista

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

A Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, que é o Grupo de Trabalho em patologia vascular cerebral da Academia Brasileira de Neurologia, constituiu um Comitê Ad Hoc" para estabelecer um consenso no tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral (AVC). Para tanto, procurou encontrar respaldo na literatura médica mundial, bem como na experiência pessoal dos relatores, sem esquecer a realidade dos recursos colocados à disposição no Brasil. Sempre que possível, procurou-se alicerçar as conclusões quanto à escolha de determinada conduta, nos parâmetros recomendados pelo Stroke Council" publicado em 19941.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

a. A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.

b. B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.

c. C: Relatos e séries de casos clínicos.

d. D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:

Elaborar recomendações para uso dos profissionais da área médica.

PROCEDIMENTOS:

Apresentados em diferentes itens comumente abordados no tratamento destes doentes.

AVC: UMA URGÊNCIA NEUROLÓGICA

Estatísticas recentes mostram que no Brasil o acidente vascular cerebral (AVC) é a primeira causa de óbito2(D). Em suas diversas formas de apresentação, os AVC constituem uma emergência neurológica 3,4(D). A perda de tempo para a abordagem destes pacientes significa uma pior evolução1-6(D).

O AVC, portanto, é uma emergência médica e deve ser conduzido prontamente, por equipe médica coordenada por neurologista clínico.

Recomendando-se o desenvolvimento de Unidades de AVC" 1,3,4(D) em todos os centros hospitalares habituados ao atendimento a pacientes com esta doença, onde estes doentes deverão ser internados.

A INVESTIGAÇÃO NA FASE AGUDA DO AVC

A tomografia computadorizada do crânio (TC) tem sido o exame de imagem recomendado, devendo ser realizada o mais rapidamente possível3,7,8(D). Deve ser repetida em 24 – 48h nos casos em que não sejam evidenciadas alterações no exame inicial ou de evolução insatisfatória7(D). A ressonância magnética encefálica (RM) com espectroscopia, ou ponderada para perfusão ou difusão pode ser realizada; apresenta positividade maior que da TC nas primeiras 24 horas para AVC isquêmico (AVCI), especialmente no território vértebro-basilar7-9(D). Para início da investigação etiológica recomenda-se a realização do ultrassom doppler de carótidas e vertebrais10,11 (D), avaliação cardíaca com eletrocardiograma, radiografia de tórax e ecocardiograma com doppler transtorácico ou transesofágico10,12(B), devendo ser realizado antes da alta hospitalar.

A angiografia cerebral deve ser realizada nos casos de HSA ou acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH) de etiologia desconhecida. Outros exames de imagem podem ser realizados conforme a necessidade, incluindo a angioressonância, o doppler transcraniano e o SPECT (single photon emission computed tomography")11,13,14(D).

O exame do líquido cefalorraquiano (LCR) está indicado nos casos de suspeita de hemorragia subaracnóidea (HSA) com TC negativa e de vasculites inflamatórias ou infecciosas15(D).

Recomenda-se realizar em caráter de emergência os seguintes exames sanguíneos 2,3,10,16(D): hemograma, glicose, creatinina, uréia, eletrólitos, gasometria arterial, coagulograma e, antes da alta hospitalar, frente a suspeita de trombose, a dosagem do colesterol total e frações, triglicérides e fibrinogênio. Recomenda-se também reações sorológicas para a doença de chagas e sífilis.

Nos casos de AVCI em jovem ou sem etiologia definida, recomenda-se

screening" completo para processos autoimunes, arterites, distúrbios da coagulação, perfil genético, malformação e dosagem de homocisteína2,3,16(D).

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Embora a hipertensão arterial (HA) ocorra frequentemente na fase aguda do acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico, sendo encontrada em 50% a 80% dos pacientes, muita controvérsia existe no tocante ao seu manejo3,10,17-19(D). Tem sido descrita deterioração neurológica com o uso de agentes anti-hipertensivos. Recomenda-se nenhum ou mínimo tratamento inicial da HA leve a moderada na fase aguda do AVC isquêmico, com a ressalva de que não existem estudos randomizados que permitam firmar definitivamente tal conduta(D).

Em casos de HA grave (PA sistólica > 220 mmHg ou PA diastólica > 120 mmHg ou PA média > 130 mmHg, sendo esta calculada somando-se a PA sistólica ao dobro da PA diastólica dividindo-se por três), a sua redução deve ser feita de maneira bastante cautelosa, visto que pode ocorrer piora do quadro neurológico em consequência de resposta hipotensora excessiva. Beta-bloqueadores por via intravenosa (metoprolol) e nitroprussiato de sódio em infusão contínua são as drogas de eleição. A utilização precoce de drogas antihipertensivas parenterais também está indicada quando a HA se associa à insuficiência renal secundária à hipertensão acelerada, dissecção da aorta torácica, infarto agudo do miocárdio ou transformação hemorrágica do infarto cerebral 1,3,19(D). A terapêutica por via oral também pode ser utilizada, dando-se preferência aos inibidores da enzima conversora da angiotensina e betabloqueadores. Drogas que possam causar queda brusca e imprevisível da pressão arterial tais como os bloqueadores de canais de cálcio por via sublingual e os diuréticos de alça, devem ser evitados (D).

A aprovação do uso de ativador do plasminogênio tissular recombinante (rtPA) para o tratamento do AVC isquêmico agudo trouxe como consequência um fator complicador no manejo da PA, pois nesta situação a PA deve ser igual ou menor a 185x110 mmHg18(D). Se a PA sistólica estiver entre 185 e 230 mmHg ou a PA diastólica entre 105 e 120 mmHg, deve-se administrar o metoprolol na dose de 5 mg por via intravenosa em 2 a 3 minutos. Tal dose pode ser repetida a cada 10-20 minutos até o máximo de 20 mg. Se a PA sistólica estiver acima de 230 mmHg ou a PA diastólica entre 121 e 140 mmHg, é indicada a administração metoprolol da mesma forma. Se não ocorrer resposta satisfatória, pode-se utilizar nitroprussiato de sódio (0,5 a 1,0 µg/kg/minuto), titulando-se a dose para manter uma redução de 20 % da PA diastólica. Se a PA diastólica estiver acima de 140 mmHg, nitroprussiato de sódio deve ser a droga de primeira escolha. A PA deve ser monitorizada a cada 15 minutos durante o tratamento anti-hipertensivo, observando-se cuidadosamente a possibilidade do aparecimento de hipotensão(D).

Nos pacientes com hemorragia intracerebral, deve-se evitar que a PA sistólica ultrapasse 180 mmHg e que a PA diastólica supere 105 mmHg, recomendando-se nas situações em que tais parâmetros pressóricos forem ultrapassados, a utilização intravenosa de metoprolol ou nitroprussiato de sódio2,3,18(D). Tal terapêutica deve levar a PA sistólica a níveis entre 140 e 160 mmHg ou a PA média entre 100 e 130 mmHg3,10,18(D). Nos pacientes torporosos ou em coma, a monitorização da pressão intracraniana pode ser necessária para manter a pressão de perfusão cerebral acima de 70 mmHg3,10,18(D).

A hipotensão arterial, embora incomum na fase aguda do infarto cerebral, pode ter efeitos deletérios sobre os déficits neurológicos, devendo sempre ser evitada. Dessa forma, o combate à hipovolemia e à falência cardíaca são medidas prioritárias nessa situação1-3,18,19(D).

CONTROLE DA GLICEMIA 3,10,20,21(B)

Há relativo consenso de que hiperglicemia (glicemia > 120 mg/dL) é deletéria na fase aguda do AVC, independentemente da idade do paciente ou da extensão e tipo do AVC (isquêmico ou hemorrágico)3,10,20,21(B). O diabetes pode piorar o prognóstico do AVC por favorecer o desenvolvimento de complicações clínicas no curso da doença.

Não há evidência direta de que o controle estrito da glicemia com insulinoterapia nos primeiros dias do infarto cerebral altere a evolução clínica a curto ou longo prazo, mas esta evidência já é clara em estudos de infarto agudo do miocárdio (estudo DIGAMI)22(D).

Recomenda-se, então:

- Pesquisar diabetes em todo paciente em que se detecte hiperglicemia; na ausência de diagnóstico prévio, medir hemoglobina glicosilada (total e fração A1);
- Monitorizar a glicemia nas primeiras 48 a 72 horas em todo paciente com AVC agudo (qualquer tipo); sugere-se intervalo de 6 horas; regimes de monitorização mais intensiv e por tempo maior podem estar indicados em pacientes com hiperglicemia grave ou histór de diabetes tipo I – insulino dependente, hiperglicemia de difícil controle ou risco de hipoglicemia;
- Evitar soluções parenterais de glicose; soluções cristalóides (soro fisiológico a 0,9% com potássio ou Ringer)21(B)22(D) é sugerido para reposição volêmica parenteral; suporte nutricional na fase aguda de preferência por via digestória no menor prazo possível;
- Evitar e tratar causas adicionais de hiperglicemia, como o uso de esteróides ou infecção;
- Evitar hipoglicemia e outras alterações metabólicas; dar glicose hipertônica em pacientes com glicemia menor que 70 mg%; atenção especial em pacientes em uso de antidiabéticos orais;
- Até que mais dados imponham outras recomendações, o uso rotineiro de insulina por infusão contínua não pode até aqui ser recomendado; sugere-se, entretanto, o uso de doses isoladas de insulina regular sempre que os níveis glicêmicos excedam 180 mg%; em ambientes sofisticados que permitam monitorização intensiva, níveis mais baixos, como 150 mg%, podem ser utilizados.

CONTROLE DA TEMPERATURA

A hipertermia deve ser tratada adequada- mente porque existem evidências que o aumento da temperatura exacerba a lesão neurológica na vigência de isquemia cerebral 23,24(D). A hipotermia moderada (33-34°C) tem sido empregada como abordagem terapêutica para diminuir o edema cerebral e o efeito de massa pelo infarto cerebral 25,26(B), contudo deve ser realizada somente em serviços com unidades de tratamento intensivo e pessoal altamente especializados27,28(C).

HIPERVENTILAÇÃO

Segundo alguns autores, existem controvérsias sobre o benefício da hiperventilação no tratamento da fase aguda do AVC29(D)30(B), principalmente se a pressão intracraniana for >35 mmHg 30(B).

A hiperventilação é uma conduta de emergência, sendo efetiva e recomendada no controle inicial de pacientes cujas condições estejam deteriorando secundariamente à hipertensão intracraniana aguda (Glasgow < 8), incluindose aqueles com síndrome de herniação 1,31(D).

Como as reduções da hipertensão intracraniana e/ou do edema cerebral através da hiperventilação não são sustentadas, esta deve ser mantida enquanto se associam outras medidas terapêuticas 1,31(D)30(B). A diminuição gradual da hiperventilação é essencial para evitar elevação rebote da pressão intracraniana, não sendo recomendado o aumento da PCO2 acima de 2 a 3 mmHg por hora29(D).

Os parâmetros utilizados são: PCO2 entre 25 e 30 mmHg; pressão expiratória final positiva no máximo entre 10 e 12 cm H2O, se possível, para evitar comprometimento do fluxo venoso cerebral30(B)31,32(D). Deve-se evitar a hiperventilação prolongada quando houver instabilidade da pressão sanguínea, arritmia ou barotrauma pulmonar.

HEMODILUIÇÃO

O tratamento com hemodiluição no AVC isquêmico é controverso, não sendo recomendado quando houver desidratação, anemia, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio, angina instável, insuficiência cardíaca descompensada e edema cerebral32 (D)33(A). A hemodiluição hipervolêmica pode ser útil na isquemia secundária ao vasoespasmo após hemorragia subaracnóidea32(D)33(A). Novos estudos sobre terapia com hemodiluição são necessários em pacientes com policitemia e AVC32 (D)33, 34(A).

ANTIAGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA

A droga de escolha é o ácido acetil salicílico, pelo baixo custo, rápido início de ação e por ser o único antiagregante testado clinicamente no tratamento da fase aguda do AVC. Procurando adaptar as doses às apresentações disponíveis no mercado nacional, sugerimos a utilização de 200mg a 500mg de ácido acetil salicílico ao dia. Existem outras opções de antiagregantes plaquetários disponíveis para serem utilizados em caso de contraindicação ao uso do ácido acetil salicílico (AAS), mas tais medicamentos não foram testados na fase aguda, tendo eficácia comprovada apenas para a prevenção secundária35 (D)36-38(A).

ANTICOAGULANTES: HEPARINA1(D)

O uso de anticoagulantes em AVC isquêmico é controverso na literatura 1,3,10,39(D).

- AVC isquêmico arterial:

➢ Até o presente não existem estudos definitivos que demonstrem a pertinência do uso da heparina (ou a sua falta) sobre a evolução clínica do paciente com AVC na fase aguda.

- AVC isquêmico venoso:

➢ Recomenda-se o uso da heparina na fase aguda da trombose venosa cerebral.

➢ Posologia: heparina 5000 UI/ml - Dose de ataque (D1): 1 a 2 ml IV. Dose de manutenção: 1 ml IV de 4/4h ou 1,2 ml diluídos em 120 ml de SF 0,9% IV contínuo através de bomba de infusão (20 ml/h) ou através do 'med-med' (20 µgotas/min.). Fazer coagulograma basal antes de iniciar o tratamento, controlar TTPa diário (manter entre 1,5 a 2,3 vezes em relaçã ao valor basal). Manter heparina IV e iniciar anticoagulante oral (D4) [femprocumona 3 mg: 1cp VO/dia ou Warfarin 5mg: 3 cp VO/dia (1º dia), 2 cp VO/dia (2º dia), mantendo 1 cp VO/dia]. Controlar TTPa, TAP e INR diário (manter INR entre 2,5 e 3,5). A partir de D7 manter anticoagulante oral por 3 a 18 meses (controlar TAP e INR).

➢ Heparina de baixo peso molecular [nadroparina 0,6 ml/SC·12/12h ou enoxiparina 60 mg/SC 12/12h]: Manter por três semanas, seguido por anticoagulante oral.

TROMBOLÍTICOS

A estreptoquinase foi avaliada em diversos estudos, sendo o seu uso endovenoso (EV) desistimulado por causa dos efeitos colaterais40-45(A) não é atualmente recomendada. O uso do rtPA EV trouxe um resultado significativo quando administrado ao paciente nas primeiras 3 horas1,4046(A).

NEUROPROTEÇÃO

Apesar das evidências experimentais de sucesso com este grupo de drogas, o mesmo n vem se comprovando em ensaios clínicos; os principais fármacos, até hoje estudados, não evidenciaram benefícios no uso clínico 4749(D)50 (B).

As recomendações em relação a este tema são: Evitar a hipertermia, com o uso de paracetamol 500mg 6 em 6 horas e diagnosticando e intervindo precocemente nas infecções; a realização de hipotermia implica em técnicas nem sempre viáveis no nosso meio51-53(C).

Cada droga possui características de dosagem, monitoramento e precauções distintas, que precisam ser de pleno domínio do neurologista 48,49(D). É de fundamental importância considerar a janela terapêutica para cada uma das drogas a ser indicada (D).

ANTIEDEMATOSOS

O edema cerebral é a principal causa de complicações e de óbito após o AVC 54-56(D). Tem características próprias que o distingue dos demais tipos de edema cerebral que ocorrem em outras afecções. O seu tratamento é controverso, com alguns relatos desfavoráveis e outros otimistas5763(A)64(B), havendo evidências de benefícios com o uso de drogas hiperosmolares (glicerol e manitol) 58,60,61(A)56(D). O tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível, e mantido por um período aproximado de 10 dias, com um mínimo de 5 dias58,61(A)64(B). Casos leves não necessitam desta terapêutica. Merece especial cuidado, e por vezes deve ser contra-indicado, nos doentes com insuficiência cardíaca, insuficiência renal e diabetes. A dexametasona deve ser contraindicada como tratamento antiedematoso 65,66(A).

ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT)

Os pacientes com AIT devem ser rapidamente avaliados para reduzir o risco de AVC isquêmico, que é maior logo após o AIT, especialmente em alguns subgrupos, como por exemplo, nos pacientes com trombo intracardíaco ou doença carotídea associada.

A investigação dos pacientes com AIT na fase aguda67(D) segue as recomendações adotadas aos pacientes com AVC isquêmico agudo. A internação hospitalar é justificada para acelerar a investigação do paciente com AIT recente(D). Os exames deverão ser realizados para avaliar a necessidade de tratamento específico, como a anticoagulação ou endarterectomia, e reduzir a possibilidade de AVC isquêmico.

TROMBOSE V ENOSA CEREBRAL (TVC)

O tratamento de escolha é a heparina, intravenosa ou subcutânea, seguido por anticoagulantes orais por tempo variável de três a seis meses, dependendo da etiologia do quadro 68(D)70(C)71,72(A).

MANEJO CLÍNICO DA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA)

Os objetivos fundamentais no manejo clínico dos doentes com HSA são:

- Prevenção do ressangramento;
- Prevenção do déficit neurológico isquêmico tardio (vasoespasmo cerebral).

São recomendadas: dieta adequada; repouso no leito; controle hidroeletrolítico rigoroso; analgesia e sedação sempre que necessárias; controle da PA (não existe consenso sobre o

adequado manejo dos níveis de PA nestes doentes. Reduções drásticas da PA são contraindicadas, pois estão associadas com aumento nos índices de complicações isquêmicas. Poder ser indicado hipotensores quando houver evidência de lesões de órgãos alvo ou quando a PA média estiver acima de 125mmHg) (D). A nimodipina é recomendada para a prevenção da isquemia cerebral relacionada com HSA. A dose deve ser de 60 mg por via oral a cada 4h73(A). Monitorização hemodinâmica invasiva: cateter de Swan-Ganz é especialmente recomendada em pacientes com história de doença cardiovascular prévia e nos pacientes com evidência clínica ou ecocardiográfica de disfunção ventricular esquerda. Terapia anticonvulsivante profilática pode ser empregada por curto período; a droga normalmente escolhida é a fenitoína 74,75(D). Nos pacientes que desenvolvem sintomas clínicos de vasoespasmo cerebral (déficit neurológico isquêmico tardio), nos quais o aneurisma já esteja clipado ou ocluído, recomenda-se a utilização da terapia hiperdinâmica, também conhecida como Terapia dos 3 Hs" (hemodiluição, hipertensão e hipervolemia), e os parâmetros do protocolo de Widjicks73(A)76(B)74, 75,77(D).

PROCEDIMENTO: Intoxicações

RESPONSÁVEL: Médico Neurologista

Tipos de Intoxicações

A enfermagem tem uma participação importante no tratamento das intoxicações, por suas intervenções, na descontaminação de olhos, pele e lavagem gástrica, e na assistência respiratória, quando indicado.

Pacientes com overdose de drogas ou intoxicação necessitam cuidados precisos para evitar complicações; o paciente pode ainda estar acordado apesar da quantidade de droga ingerida (absorção ainda parcial) sendo indicada a lavagem gástrica (se a ingestão não for de agentes corrosivos); é importante observar o paciente por um tempo prolongado.

O paciente pode se apresentar em coma ou evoluir para coma, com sérias complicações como hipóxia, broncoaspiração de conteúdo gástrico, etc.

Manobras de tratamento devem ser instituídas como emergência visando proteção de vias aéreas, respiração, circulação, drogas (dextrose, thiamina, antagonistas de narcóticos), e outros.

Hipotermia, hipotensão, hipertensão, arritmias e convulsões são as complicações mais evidentes.

Antídotos devem ser usados quando a droga ingerida é conhecida. A descontaminação da pele deve ser feita com abundante quantidade de água para aqueles casos de lesão da pele por corrosivos.

Nos olhos também deve ser utilizada a água abundante - utilizar se possível anestésico tópico ocular antes do início da lavagem ocular e subpalpebral.

A descontaminação do trato gastrointestinal pode ser feita por:

Emese - provocação de vômitos com substâncias vomitórias (ipeca, por exemplo);

Lavagem gástrica - indicada quando a emese não foi efetiva, porém contraindicada em situações de intoxicação por corrosivos, inconsciência (vômitos e broncoaspiração de conteúdo gástrico sem tubo endotraqueal).

O uso do carvão ativado tem suas indicações precisas bem como contraindicações.

Catarse - é outra manobra para diminuir os efeitos deletérios da intoxicação provocando a aceleração do trânsito intestinal na tentativa de eliminar o produto ingerido.

Ainda, como medidas para desintoxicação, podem ser utilizadas a diurese forçada (diuréticos), alcalinização da urina ou acidificação da urina (contraindicado com rabdomiólise e mioglobinúria).

Hemodiálise e hemoperfusão - utilizadas quando a droga é conhecida ou suspeita de poder ser dialisada; em coma profundo, apnéia, hipotensão ou choque, e outras alterações graves do balanço metabólico. E, em situações com intoxicações, em portadores de doenças graves de base.

Graduação Fisiológica da Gravidade do Envenenamento

	Sinais e Sintomas	
Gravidade	Envenenamento Estimulante	Envenenamento Depressivo
Grau 1	Agitação, ansiedade, diaforese, hiper-reflexia, midríase, tremores	Ataxia, confusão, letargia, fraqueza, capaz de seguir comandos verbais
Grau 2	Confusão, febre, hiperatividade, hipertensão, taquicardia, taquipnéia	Coma leve (não responde a estímulos verbais, mas responde à dor); tronco e reflexos profundos intactos
Grau 3	Delírios, alucinações, hiperpirexia, taquiarritmias	Coma moderado (depressão respiratória, não responsivo à dor), alguns, mas nem todos reflexos ausentes
Grau 4	Coma, colapso cardiovascular, convulsões	Coma profundo (apnéia, depressão cardiovascular), todos os reflexos ausentes

Opióides

Intoxicação Aguda

Pupila puntiforme, depressão respiratória e coma, boca seca, analgesia, hipotensão arterial, cianose, hipotonia muscular, respiração de Cheyne-Stokes.

Intoxicação Crônica

Dependência física e psicológica - a falta da droga provoca o que se chama de síndrome de abstinência que é caracterizada por nervosismo, ansiedade, sonolência, sudorese, pe arrepiada, contrações musculares, dores acentuadas nas costas e pernas, vômitos, diarreia, aumento da pressão arterial, aumento da temperatura, sofrimento psicológico.

Estado de Mal Epiléptico (EME)

Considerações Gerais

O Estado de Mal Epiléptico (EME) é uma condição clínica que requer um pronto reconhecimento e tratamento, a fim de se prevenir uma lesão cerebral irreversível ou mesmo a morte do paciente. Apesar do progresso das técnicas diagnósticas e terapêuticas, o EME associa-se a uma significante mortalidade e morbidade, que somente será diminuída com uma melhor compreensão dos seus mecanismos básicos e com o desenvolvimento de terapêuticas mais eficazes.

Definição

Condição clínica em que as crises epilépticas repetem-se tão frequentemente ou são tão prolongadas que criam uma condição epiléptica fixa e duradoura. Para efeitos práticos, um paciente se encontra em EME quando apresenta duas ou mais crises sem que tenha uma recuperação completa da consciência entre os episódios críticos ou tenha uma crise que se prolongue por mais de 30 minutos.

A presença do edema cerebral desencadeado pelo EME, por sua vez, agrava a situação da doença de base, aumentando a pressão intracraniana e o sofrimento cerebral, criando um ciclo vicioso que vai agravando a situação, corroborando para as evidências clínicas de que quanto mais retardado é o tratamento do EME, mais difícil é o seu controle e pior ainda, o seu prognóstico.

Do ponto de vista sistêmico, na fase inicial do EME, observamos aumento da pressão arterial, dos níveis de glicose e lactato e queda do pH, passando a desenvolver hipoglicemia conforme progride o EME. Arritmias cardíacas podem ocorrer devido à hiper-reatividade autonômica, acidose e hipercalemia (aumento do potássio). A depressão respiratória pode ocorrer por dificuldades mecânicas devido a musculatura contraída, disfunção do centro respiratório, constrição brônquica, broncopneumonia aspirativa (conteúdo gástrico, salivar) ou edema agudo neurogênico. Pode ocorrer também insuficiência renal por mioglobinúria. O paciente desenvolve hipertermia e leucocitose.

Classificação do EME ○ Generalizado ○ Convulsivo - tônico, clônico, tônico/clônico, mioclônico. ○ Não convulsivo - ausência.

○ Parcial ○ Simples – motor, somatossensitivo, afásico, sensorial. ○ Complexo.

Os principais objetivos do tratamento nestes pacientes são:

1. manter condições vitais por todo o tempo: checar sinais vitais, observar padrão respiratório, monitorização eletrocardiográfica;
2. identificar possiveis fatores desencadeantes;
3. prevenir e corrigir as complicações clínicas: estar atento às alterações pressóricas, edema pulmonar, infecções intercorrentes, fraturas e contusões;
4. administrar medicação anticonvulsivante.

Drenos e Cateteres Cerebrais

Comumente pacientes neurológicos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) se apresentam com cateteres e/ou drenos em região cefálica ou coluna lombar, e o manejo destes pacientes pela equipe de enfermagem implica no conhecimento básico dos tipos de drenos e cateteres, suas funções e indicações. A seguir, faz-se necessária uma breve exposição sobre os principais elementos anatômicos do Sistema Nervoso (SN) onde estes materiais são alocados.

Espaço Subgaleal

É o espaço virtual situado logo acima da tábua óssea externa do crânio e fáscia pericrânica, sendo um local frequente de hematomas (hematomas subgaleais) em Traumatismos Cranioencefálicos (TCE). Os pós-operatórios de neurocirurgia habitualmente requerem

drenos subgaleais, que em geral são drenos tipo suctor, e se prestam para evitar coleções de sangue ou serosanguinolentas neste espaço.

Espaço Epidural

É o espaço virtual situado entre a duramater e a tábua óssea interna do crânio, sendo o local de origem dos hematomas epidurais ou extradurais no TCE. Os pós-operatórios de neurocirurgia podem requerer drenos epidurais, da mesma forma que drenos subgaleais, que são drenos tipo suctor e evitam que coleções serosanguinolentas se formem. Neste caso, porém, a formação de coleções pode custar a vida do paciente, dada a gravidade d hematomas epidurais.

Espaço Subdural

É o espaço situado imediatamente abaixo da duramater, e abriga os chamados hematomas subdurais, que podem ser pós-traumáticos ou pós-ruptura de malformações vasculares do SN ou espontâneos. O emprego de drenos subdurais em neurocirurgia de maneira geral se faz após drenagem de hematomas subdurais crônicos, em que se utilizam drenos maleáveis e delicados (cateteres tipo ventricular ou similares) conectados a sistemas coletores dos mais variados tipos como, por exemplo, bolsas de drenagem ventricular externa. Nestes casos a drenagem se faz por ação da gravidade, daí a importância de serem colocados sempre em nível abaixo da cabeça do paciente. Outro detalhe de suma importância é que não se deve permitir a entrada de ar no sistema, o que poderia levar ao acúmulo de ar no espaço subdural, condição conhecida como pneumoencéfalo, que poderia até mesmo, tratasse de um pneumoencéfalo hipertensivo, causar grande aumento na pressão intracraniana e requerer cirurgia de emergência.

Tecnicamente os chamados cateteres lombares são também colocados no espaço subdural, porém em coluna espinhal lombar. São também conhecidos como drenagens ou derivações lombares, e estão indicados nos casos em que se faz necessária a diminuição da pressão do Líquido Cefaloraquidiano ou líquor (LCR) acima do local de sua introdução, como nos casos de fístulas liquóricas espontâneas ou adquiridas de coluna espinhal ou cefálicas, ou para administração de fármacos.

Sistema Ventricular

Trata-se de estruturas cavitárias intercomunicadas situadas na profundidade do SN central, recobertas por epitélio cúbico e em alguns pontos pelo plexo coróide, estrutura especializada na produção de LCR. O LCR é, portanto, produzido pelas células epiteliais do plexo coróide do III e IV ventrículos, ganha o espaço subaracnóideo por meio de forames específicos e é reabsorvido pelas granulações aracnóideas, situadas junto aos seios venosos do encéfalo.

O conteúdo total de LCR de um ser humano adulto é de cerca de 150 ml e sua produção se dá de forma contínua, sendo que a cada 8h, aproximadamente, este total é renovado.

Os neurocirurgiões utilizam, frequentemente, cateteres ventriculares em seus pacientes para os mais variados fins e o conhecimento desta dinâmica de produção e absorção do LCR, bem como a noção básica da anatomia do sistema ventricular são de fundamental importância para o manejo destes pacientes por parte da equipe de enfermagem.

Derivações Ventriculares Externas - D.V.E.

Conceito

O sistema fechado de drenagem de LCR consiste em uma cateterização cirúrgica do sistema ventricular, exteriorização do cateter pela pele e acoplamento do mesmo a um sistema coletor (bolsa de drenagem).

Indicações

Utilizados no controle do volume e da pressão liquórica por intermédio da drenagem temporária externa de LCR quando não houver a indicação de sistema de derivação interna permanente (DVP - derivação ventrículoperitonial/pleural; DVA - derivação ventrículo-atrial).

As indicações mais comuns são:

- hidrocefalia associada à meningite infecciosa/inflamatória;
- hidrocefalia por sangramento intraventricular (no Acidente Vascular Encefálico hemorrágico hipertensivo ou por ruptura de aneurisma cerebral ou outra malformação cérebro-vascular);
- em pós-operatório de neurocirurgia quando se tem o conhecimento da possibilidade de hidrocefalia pós-operatória (ressecção de grandes tumores na fossa posterior e pós-

operatório de aneurisma cerebral com grande quantidade de sangue no espaco subaracnóideo, por exemplo);

- qualquer forma de hidrocefalia aguda em que se presencia o rápido e progressivo deterioro neurológico, pela facilidade e rapidez do procedimento;
- acoplar sistema transdutor para monitorização da Pressão Intracraniana (PIC), sendo uma das modalidades propedêuticas para aferição da PIC e que também encerra propriedade terapêutica na HIC, conforme o conceito acima exposto.

Aspectos Técnicos

O sistema de drenagem externa, abaixo ilustrado, consiste em uma bolsa coletora de fluido adicionado de um sistema de tubagem que permite a drenagem do LCR sem contato com o meio exterior. Vários são os modelos destes conjuntos de drenagem externa e basicamente são compostos de:

- um cateter proximal ou ventricular;
- urn sistema de tubagem; - uma bolsa coletora.

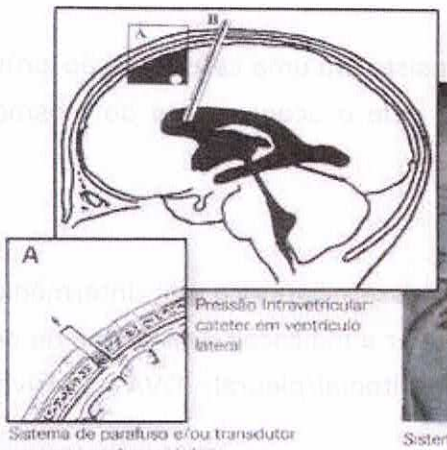


Figura 3: 28./STAVALE, 1996

Sistema de parafuso e/ou transdutor em espaço subaracnóideo.

Figura 4: 28./B. IMAG. N. M.

Sistema de drenagem extracraniano sanfonado (esq) e intracraniano (dir)

O cateter proximal ou ventricular é feito de silicone radiopaco, com cerca de 23 cm de comprimento. O sistema de tubagem, que pode em alguns modelos já estar acoplado à bolsa coletora, é composto de uma conexão macho tipo luer-lock em uma extremidade que deve ser conectada ao adaptador do cateter ventricular. Distal a esta conexão existe uma torneira de três vias, à qual se pode adaptar uma conexão com transdutor para aferição da PIC, e em alguns modelos, imediatamente após a torneira de três vias, um conector em "y" e uma válvula antirrefluxo. A bolsa coletora é descartável e especialmente desenhada para a coleta de LCR. Na grande maioria dos modelos, o sistema de tubagem se acopla à bolsa

e termina em uma câmara de gotejamento. Geralmente essas bolsas são demarcadas com uma escala em mmHg ou em cm H2O. Não há sistema valvular nos conjuntos utilizados nas derivações ventriculares externas, o que significa que a drenagem do líquor é feita contra um gradiente de pressão hidrostática, ou seja, na dependência da altura em que se coloca a bolsa coletora aberta. Considerando a PIC normal em até 20 mmHg, seria este o valor da altura da bolsa coletora ao nível do forame de Monroe dentro de uma condição mais próxima da fisiológica. A orelha do paciente poderia corresponder mais aproximadamente a este elemento. Variações individuais, bem como o tipo de patologia em questão podem alterar este valor para mais ou para menos, o que deve ser determinado pelo médico responsável.

Cuidados imprescindíveis devem ser tomados quando da mudança de decúbito, alteração da altura da cabeceira e transporte do paciente no sentido de se evitar a hiper ou hipodrenagem do LCR ou mesmo a retirada inadvertida do cateter ventricular, o que poderia acarretar consequências desastrosas para o paciente. Na dúvida, o médico deve ser sempre consultado.

Monitorizacão da Pressão Intracraniana (PIC)

Os protocolos utilizados nas Unidades de Terapia Intensiva para o tratamento de pacientes com Traumatismos Cranioencefálicos (TCE) foram inicialmente propostos por Becker e colaboradores (1977), Marshall e colaboradores (1979) e outros pesquisadores, enfatizando a importância da intubação precoce e da sedação dos pacientes com TCE grave. Essas condutas facilitaram o rápido transporte de pacientes para estudos tomográficos, melhoraram a qualidade das imagens obtidas, reduziram o risco de hipoxemia, de aspiração do conteúdo gástrico e, provavelmente diminuíram a pressão intracraniana que pode ocorrer secundariamente à agitação dos pacientes submetidos à ventilação mecânica. A sedação torna impossível uma avaliação neurológica adequada (exceto a avaliação da reatividade pupilar). Sem contar que o TCE é um fenômeno evolutivo e é praticamente impossível obter-se tomografia com uma frequência suficiente para um diagnóstico de hematomas tardios, swelling e outros fenômenos secundários da evolução do TCE.

A monitorização da PIC, o exame neurológico evolutivo, o escudo tomográfico e outras modalidades diagnósticas tornaram-se altamente reconhecidos como uma parte fundamental no tratamento dos pacientes com TCE.

O volume intracraniano de um adulto é de, aproximadamente, 1.900 ml e é ocupado com 80% de cérebro, 10% de sangue e 10% de líquor. O volume dos componentes acima ordenados deve ser compensado se houver aumento de um destes componentes ou aparecimento de outro elemento "que ocupe espaço", considerando a doutrina de Monro-Kellie, na qual o volume do compartimento intracraniano deve permanecer constante porque o crânio é uma caixa inextensível.

Considerações básicas para a monitorização da PIC

1. O procedimento deverá causar lesão ou irritação mínima às estruturas intracranianas.
2. O risco de infecção deverá ser mínimo.
3. Manter a conexão entre o sistema ventricular ou subaracnóideo e os sistemas inscritores e transdutores sem nenhum vazamento de líquido.
4. Manter o aparelho durante a monitorização por períodos relativamente longos sem manipular o paciente, porém sem causar problemas para o atendimento do mesmo ou desconforto.
5. Continuar (se possível) a monitorização durante outros procedimentos diagnósticos: estudos radiológicos, tomografias, anestesia, etc.
6. O equipamento deverá ser de fácil manuseio, confiável e de simples adaptação para o pessoal de enfermagem, não requerendo um grande treinamento específico.

Indicações de monitorização da pressão intracraniana

1. Pacientes com ausência de abertura ocular, ausência de resposta verbal e postura motora inadequada (pacientes com escore de Glasgow menor ou igual a 7).
2. Pacientes com estudo tomográfico de lesão expansiva e com resposta motora de descerebração e/ou decorticação (incidência de HIC em 70%).
3. Pacientes com lesões difusas, para seguimento de tratamento da HIC e alterações das medidas terapêuticas (swelling).
4. Pacientes politraumatizados, com alteração do nível de consciência (onde a terapia necessária pode ter efeitos deletérios sobre a PIC):

   PEEP - pressão expiratória final positiva, hiper-hidratação, etc.

5. Seguimento após procedimentos neurocirúrgicos para tratamento de lesões expansivas intracranianas.

Contra-indicações (relativas)

- Pacientes conscientes.

- Pacientes com coagulopatias (incluindo CIVD), freqüentemente observadas em pacientes politraumatizados graves (quando se deve dar preferência para a monitorização subaracnóidea em lugar da intraventricular.

Tipos de Monitorização - Vantagens e Desvantagens

Tipo	Vantagens	Desvantagens
Cateter ventricular	• Alta confiabilidade • Possibilidade terapêutica de drenagem de LCR	• Dificuldade para puncionar o ventrículo. • Requer uma coluna líquida que pode ter bolhas e artefatos. • Necessita reposicionamento do transdutor com mudança da cabeça
Parafuso subaracnóideo	• Não invade o cérebro. • Baixa taxa de infecção. • Não necessita puncionar o ventrículo.	• Bloqueio do orifício distal sem PIC bem reduzida. • Artefatos à mobilização do sistema. • Necessita reposição do transdutor com mudança da posição.
Sistemas de fibra óptica	• Espaço de colocação: subaracnóideo, intraparenquimatoso, intraventricular (mesmo artefato, alta resolução de pressão e do tipo de onda, não necessita reposicionamento do transdutor)	• Impossibilidade de calibração após colocação. • Quebra da fibra óptica.

A monitorização da PIC nos dá o valor da PIC. Isto nos permite uma abordagem terapêutica adequada nas suas várias modalidades. Em adultos o valor é normalmente entre 0 e 20 mmHg. Elevações da PIC podem ocorrer com a tosse, espirro, durante aspiração de secreções, rotação excessiva da cabeça (por compressão unilateral da vela jugular), cadarços fixadores de cânulas traqueais ou orotraqueais muito apertados (por compressão das jugulares bilateralmente), etc.

Arbitrariamente, uma pressão de 20 mmHg é usada como limite máximo aceitável em pacientes com TCE.

Se a PIC é observada por um longo período de tempo e permanece inalterada, o sistema ou a combinação de mecanismos que a controlam estão em equilíbrio. As alterações no valor da PIC orientam em: indicação de novos estudos tomográficos, avaliação da conduta terapêutica (hiperventilação, terapia osmótica, etc.), diagnóstico de outros fatores extracranianos que podem comprometer a pressão intracraniana, etc.

Complicações

- Infecção superficial no local da inserção (pouco freqüente).
- Meningite, encefalite e ventriculite (graves).
- Hemorragia intracerebral ou intraventricular.

Atualmente pode-se considerar que a monitorização da PIC diminui a mortalidade e a morbidade, facilita a orientação terapêutica, melhora o prognóstico e os riscos do procedimento não excedem os benefícios. Escalas de Coma

As escalas de coma são marcos comparativos da evolução dos pacientes quando criteriosamente utilizadas, tanto na avaliação de melhora ou piora da situação do Sistema Nervoso Central (SNC). Adotadas por muitos serviços, principalmente aqueles com manejo de pacientes com envolvimento do SNC, tendo em vista a facilidade de seu uso.

Escala de Glasgow para o Coma

A. Abertura ocular		
Espontânea	4	Olhos abertos não implicam consciência
À fala	3	Não necessariamente a comando verbal
À dor	2	Não usar pressão supra-orbitária como estímulo doloroso
Nenhuma	1	

B. Melhor resposta verbal		B. Verbal – Paciente intubado	
Orientado e conversa	5a	Parece capaz de conversar	5
Desorientado e conversa	4b		
Palavras inapropriadas	3c	Habilidade de conversar questionável	3
Sons incompreensíveis	2d		
Nenhuma	1	Nenhuma	1

a. no tempo, pessoa e espaço. b. fala confusa. C. frases palavras. d. gemidos

C. Melhor resposta motora		
Obedece a comandos	6	
Localiza a dor	5	Movimento deliberado e proposital
Flexão-retirada	4	Afasta-se do estímulo
Decorticação	3	Flexão anormal
Descerebração	2	Extensão anormal
Nenhuma	1	Flacidez

Observação

A escala de Glasgow não exclui a anotação de outras informações vitais no manejo de pacientes com doença neurológica:

- funcionamento neurológico assimétrico;
- anormalidades do tamanho pupilar e reatividade;
- o grau de esforço necessário para elicitar uma dada resposta; - distúrbios da linguagem.

Escore

3-4 = 85% letalidade e vegetativo;

>11 = 5-10% de letalidade ou vegetativo e 85% de probabilidade de incapacidade moderada ou boa recuperação.

No TCE

13-15 = TCE leve;

9-12 = TCE moderado; 3-8 = TCE grave.

Classificação de Fisher para o Coma	
Sonolência	O paciente mostra-se adormecido. Se estimulado, mantém diálogo e atividade motora apropriada, voltando a adormecer quando o estímulo cessa.
Torpor	O paciente mostra-se adormecido. Após estímulos fortes, responde inconsistentemente e apresenta atividade motora simples, voltando a ficar só ou examinador.
Coma leve	O paciente não mantém contato verbal. Se estimulado dolorosamente, sua atividade motora restringe-se a defender o local afetado.
Coma moderado	Situa-se entre o coma leve e o profundo.
Coma profundo	O paciente não mantém contato verbal. A atividade motora, após estímulos intensos, consiste no apenas de movimentos reflexos, como por exemplo, aumento da atividade respiratória e postura em descerebração ou decorticação.
Coma irreversível	Também designado como morte cerebral ou coma depassé.

Escala de Glasgow – Pitt para o Coma	
A. Abertura ocular	
Espontânea	4
Ao estímulo sonoro	3
A dor	2
Nenhuma	1
B. Reação pupilar à luz	
Normal	6
Constritas	5
Desiguais, ambas reagentes	4
Desiguais, uma reagente	3
Nenhuma	2
C. Melhor resposta verbal (compreensão) – se estiver com TOT, anote I.T.	
Orientada	5
Confusa	4
Palavras discerníveis	3
Incompreensíveis	2
Nenhuma	1
D. Melhor resposta motora direita	
Obediência	6
Apropriado "a"	5
Intermediária (imprecisa)	4
Estereotipada	3
Nenhuma	2
E. Melhor resposta motora esquerda	
Idem acima	1
F. Resposta dos nervos cranianos	
Todos presentes	6
Discal ausente	5
Corneana ausente	4
Oculocefálico ausente	3
Todos ausentes	2
G. Gravidade das convulsões	
Nenhuma	1
Convulsão focal	0
Convulsões generalizadas	
Status epilepticus medicamentoso	
Flacidez	
H. Respiração espontânea "b"	
Normal	6
Cheyne-Stokes	5
Hiperventilação central	4
Hiperventilação irregular, atípica	3
Neurogênica (apneia)	2
	1
	0

a"- qualquer resposta ao estímulo doloroso, além da flexão ou extensão esteriotipada da extremidade superior.

b"- Se estiver curarizado ou em ventilação controlada, marque os escores das melhores deduções possíveis.

Observações

- TOT = Tubo Orotraqueal; IT = Intubação Traqueal.
- Para lactentes e crianças vide Escalas de Prognóstico no Capítulo 38, páginas 466-469.

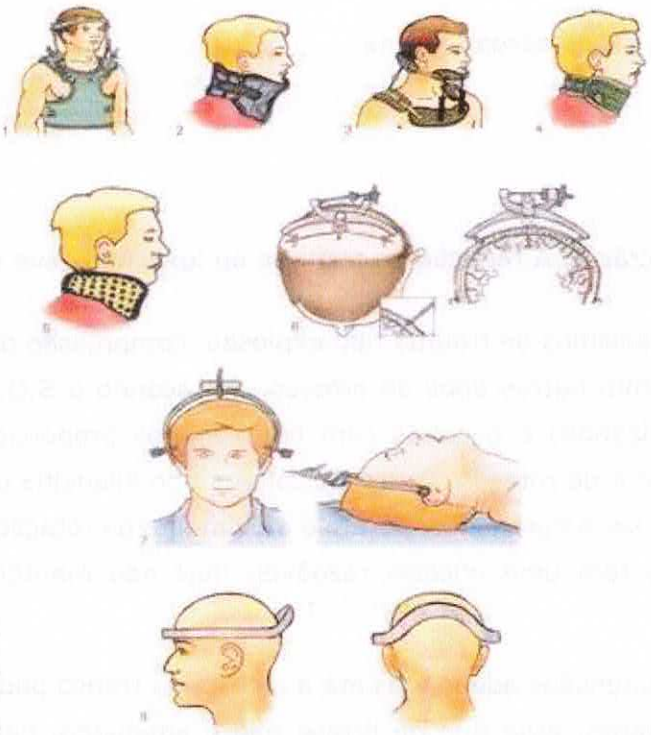
Órteses e Tração da Coluna Cervical

Órteses e tração na coluna cervical são frequentemente utilizados em pacientes politraumatizados, em pós-operatórios imediatos e em situações que necessitem de restrição do movimento cervical. Dentro da Unidade de Terapia Intensiva, a órtese é mais utilizada naqueles pacientes com politraumatismos graves em que não foi possível um completo estudo da coluna cervical, naqueles com uma forte suspeita ou confirmação de lesão medular.

Órteses são dispositivos que param ou limitam a amplitude de movimentos. Os objetivos principais são suporte e imobilização da coluna cervical e não correção. A seleção da órtese adequada segue um planejamento clínico que deve incluir: alterações artrocinéticas ou biomecânicas, alterações musculares, alterações ligamentares ou capsulares e alterações neurológicas.

As órteses cervicais são comumente classificadas em duas categorias: convencional e não convencional. Na categoria convencional estão os colares cervicais e as órteses cervicotorácicas; na categoria não convencional está o sistema de tração por halo, que é assim considerado uma vez que necessita de uma técnica invasiva de fixação esquelética.

Nas fraturas de vértebras superiores da coluna cervical, particularmente C1 e C2, a órtese mais apropriada é o colete com halo craniano, pois permite um grau de imobilização maior e restringe movimentos de flexão, extensão e rotação. Esse arranjo permite máxima imobilização e está indicado em fraturas instáveis com possibilidade de graves complicações neurológicas.



Figuras:

1. Órtese Colete com halo.
2. Fixada no calvário por parafusos e na caixa torácica por meio de uma extensão do tipo colete.
3. Colar tipo Filadélfia.
4. Rígido que mantém apoios em coluna, occipício, mandíbula e pequena extensão do esterno.
5. Colar com 4 apoios.
6. Fixação possibilitada pela imobilização do occipício, mandíbula e pela extensão até o esterno e aspecto posterior do tórax.
7. Colar cervical macio.
8. Apoio mínimo da coluna cervical. Pode ser utilizado nos estágios finais da consolidação da fratura.
9. Colar cervical rígido (tem abotoadura).
10. Apoio mínimo da coluna cervical. Pode ser utilizado nos estágios finais da consolidação da fratura.

11. Pinça de Crutchfield.
12. O dispositivo não ultrapassa a tabua óssea externa.
13. Pinça de Gardner-Wells.
14. Melhor fixação ao crânio.
15. Halo-Órtese.
16. Posição final após fixação ao crânio. A redução de fraturas ou luxações deve ser iniciada o mais breve possível.

Fraturas de C3 a C7 com mecanismos de trauma tipo explosão, compressão ou apenas da facetas, podem ser tratadas com outros tipos de órteses, destacando o S.O.M.I. (Sternal Occipital Mandibular Immobilization) e o colete com halo; ambos proporcionam melhor imobilização de flexo/extensão e de rotação. O uso de colares tipo Filadélfia e colares com quatro apoios também podem ser empregados, porém o movimento de rotação fica limitado parcialmente. Colares rígidos têm uma eficácia razoável, mas não mantêm o controle rotacional do movimento.

Colares rígidos que não têm extensões adequadas até a cabeça ou tronco podem restringir movimentos cervicais, no entanto, esse tipo de órtese não é adequado, particularmente para restrição de movimentos entre occipício e C1 C2.

O colar cervical macio tem aplicações restritas por não proporcionar limitação de movimentos adequados, mas pela sua grande aceitação e grau de conforto que traz ao paciente, principalmente à noite, seu uso tornou-se bastante difundido em patologias coluna cervical.

As lesões da coluna cervical exigem tratamento de urgência porque podem inicialmente já ser determinantes de lesão medular ou causá-las posteriormente, o que pode resultar em gravíssimas e definitivas incapacidades para os pacientes. Socorro à vítima de acidente com suspeita de lesão cervical, não deve incluir movimentos de flexão, extensão, rotação ou lateralidade do pescoço.

Uma vez feito o diagnóstico, na presença de sinais e sintomas de comprometimento medular, medidas específicas deverão ser tomadas pare que se evite um maior dano neurológico. O tratamento ortopédico visa reduzir uma fratura ou luxação e reconduzir o canal vertebral às suas formas e dimensões normais, obtendo uma descompressão medular.

Luxações frequentemente determinam lesões medulares, devendo-se instituir imediatamente o tratamento medicamentoso (com corticosteróide) e realizada a redução por meio de halo craniano, um método eficiente e bem tolerado pelo paciente.

Técnicas diferentes de tração esquelética estão descritas na literatura, podendo ser ressaltada a de Gardner-Wells, Crutchfield e a do halo craniano, cada qual com suas vantagens e indicações.

Crutchfield descreveu o uso de tração esquelética em fraturas-luxações recentes ou antigas, usando um aparato como pinças que são fixadas no vértice do crânio. São fáceis de instalar, eficientes, não requerem grandes cuidados de enfermagem e causam poucas complicações. Composto por um conjunto de pinças que se fixam na tábua óssea externa sem ultrapassá-la, proporcionando maior segurança para o paciente.

Outro dispositivo utilizado são as pinças de Gardner-Wells, que possuem mecanismo parecido com o aparato anterior, porém sua fixação é feita em ambas mastóides. Os resultados são semelhantes e possui a vantagem de apresentar um risco de deslocamento menor.

O halo-órtese foi primeiramente utilizado em 1959 por Perry and Nickel em um halo-colete; seu uso foi amplamente difundido e até hoje se mantém como melhor opção para o tratamento de patologias cervicais em que o uso de tração deve ser mantido por um período mais prolongado.

Sua fixação é feita em 4 pontos, sendo uma na região frontal entre os olhos e a 2 cm da glabela, o restante dividido simetricamente. Requer dois profissionais para a simultânea fixação dos pinos. Somente deverão ser alterados os locais de fixação caso o paciente apresente drenagem serosa, inflamação local e sensação de "click".

Depois de instalado o halo, inicia-se a tração, em posição de repouso. O peso inicial deverá ser de, aproximadamente, 4 a 8 kg, dependendo do peso do paciente. A cama deve estar em proclive, funcionando como contratração. A cada 15-30 minutos é feito controle radiológico em perfil, aumentando-se a tração até se conseguir o descavalgamento dos processos articulares. Após a redução, o peso da tração é reduzido para 4 ou 5 kg, com a finalidade de manutenção da mesma.

Doppler Transcraniano (DTC)

Considerações Gerais

No Brasil, nos últimos 10 anos, o Doppler Transcraniano (DTC) vem ganhando seu espaço em neuro intensivismo, uma vez que fornece informações indiretas, mas plenamente confiáveis da fisiologia vascular encefálica, quando realizado de forma seriada.

Vantagens

Trata-se de um método não invasivo, cujo custo operacional é baixo, produz mínima interferência nos cuidados intensivos do paciente e pode ser realizado à beira do leito provendo informações indiretas sobre a PIC (Pressão Intracraniana), PPC (Pressão de Perfusão Cerebral), FSC (Fluxo Sanguíneo Cerebral) e complacência cerebral (CHAN et al, 1993).

Desvantagens

Por ser um exame extremamente operador-dependente, o médico que o realiza deve ter conhecimento pleno da neuroanatomia, bem como suas correlações tridimensionais estruturais, fisiologia circulatória, autorregulação cerebrovascular, princípios da física aplicados nas diversas relações entre analise da onda e som no DTC, correlacionadas com a PPC, FSC e resistência cerebrovascular.

Equipamento

O DTC utiliza o princípio do efeito piezelétrico (Christian Dopplei,1842) do ultrassom pulsado contínuo, com uma frequência do transdutor de 2 MHz, cujas ondas são refletidas pelas células sanguíneas (principalmente hemácias), e novamente captadas pelo transdutor. Como as hemácias estão em movimento, pode-se utilizar a mudança na frequência sonora para se calcular a sua velocidade (fluxometria).

Técnicas de exame

Utiliza-se um transdutor (emissor/receptor), operado manualmente pelo médico que realiza o exame e gel entre a pele e o transdutor para otimizar a superfície de contato.

A combinação de elementos que tornam uma região mais condutiva para exame de estruturas, por meio do Doppler, chama-se de janela e, no caso do crânio, é o osso temporal (janela temporal) a região de maior condutividade para exame de estruturas intracranianas: outras janelas utilizadas para fluxometria de vasos intracranianos são a orbitária e

suboccipital (sonação por meio do forame magno). Na janela orbitária deve-se obedecer a orientação de segurança de não utilizar potência acima de 25%.

Janelas Cranianas e Artérias Alcançadas pelo Transdutor

Janela	Fluxo
temporal	Aa. cerebrais médias. Bifurcação carotídea (segmento C7 da A. carótida interna). Aa. cerebrais anteriores. Aa. cerebrais posteriores (os segmentos P1 e P2). A. comunicante posterior. A. comunicante anterior, em alguns casos. Veia Basal de Rosenthal.
oftálmica	Aa. oftálmicas. Sifão carotídeo (segmento C6, oftálmico, da A. carótida interna) bilateral.
occipital	Aa. vertebrais. A. basilar. Aa. cerebelares póstero-inferiores (PAICAs).

A = artéria; Aa = artérias

Sensibilidade e Especificidade

Em alguns estudos, a comparação com a angiografia convencional mostrou uma sensibilidade e especificidade média de 87,5% pare o DTC.

Alguns autores, estudando a fisiopatologia do vasoespasmo cerebral, consideram o DTC como o método mais eficaz e prático na identificação de pacientes com alto risco de desenvolver déficits isquêmicos neurológicos, com sensibilidade de 78% e especificidade de 85%, variando até sensibilidade de 94% e especificidade de 90% em dois estudos diferentes.

Doppler Transcraniano e Pressão Intracraniana (PIC)

Em situações de aumento progressivo da PIC há alterações (qualitativas) nas ondas do DTC, que as tornam características de hipertensão intracraniana.

O fluxo diastólico final desaparece quando a PIC alcança a pressão arterial diastólica e se a PIC continuar aumentando (excedendo a pressão arterial diastólica), reaparece fluxo sanguíneo com reversão do fluxo intracraniano durante a diástole, caracterizando um tamponamento progressivo da circulação cerebral.

Doppler Transcraniano e Pressão de Perfusão Cerebral (PPC)

Abaixo de 40 mmHg de PPC (produzido por uma PIC 90 mmHg), tanto o FSC, quanto à velocidade média são reduzidos e tal queda pode ser atribuída à exaustão dos mecanismos compensatórios cerebrovasculares.

Doppler Transcraniano e Fluxo Sanguíneo Cerebral (FSC)

O fluxo sanguíneo no tecido cerebral é definido como a quantidade de sangue

(ml) que perfunde um volume de tecido cerebral (100 g) por unidade de tempo (min).

O FSC é influenciado por vários fatores que interagem entre si: pressão de perfusão arterial, pressão intracraniana, viscosidade sanguínea, conteúdo de CO2 arterial, presença de estenose arterial proximal, calibre e extensão de colaterais e autorregulação cerebral.

O DTC não pode ser utilizado como medida direta da perfusão tissular cerebral, uma ve que não se tem como quantificar a área seccional (transversal) do vaso, necessária para a definição do fluxo sanguíneo em uma artéria. Entretanto, a medida da velocidade dos eritrócitos fornece um índice que se correlaciona com alterações do fluxo sanguíneo em uma artéria em indivíduos normais e em situações de patologia, de forma prática, segura e não dispendiosa.

Fatores que influenciam o fluxo sanguíneo cerebral

Hematrócito

Níveis séricos de hemoglobina influenciam, significativamente, nas velocidades de fluxo no DTC, uma vez que alteram a viscosidade sanguínea; níveis de fibrinogênio são inversamente proporcionais à velocidade média de fluxo.

Pressão parcial de oxigênio

Um decréscimo de 20% na pO2 pode resultar num aumento entre 5-25% na velocidade média.

Idade

Com o aumento da idade há um decréscimo progressivo nas velocidades no DTC que pode variar de 15-24%; mulheres entre 20 e 60 anos de idade apresentam aumento significativo na Vm no DTC comparado aos homens da mesma faixa etária; acima dos 70 anos, tal diferença não é detectada.

Pressão parcial de CO2

Alterações na pressão arterial parcial de CO2 (pCO2) produzem os maiores efeitos sobre as velocidades cerebrais no DTC. A hipercapnia causa vasodilatação arteriolar, reduzindo a resistência vascular periférica, resultando em aumento do FSC na macrocirculação. Já a hipocapnia induz vasoconstricção cerebral e consequente diminuição do FSC.

Temperatura

Há a redução de 4% no FSC na hipotermia, e na hipertermia, um aumento de 7% no FSC.

Outros fatores - sono

A Vm reduz, aproximadamente, 15%; movimentos oculares rápidos que ocorrem durante o sono ocasionam na Vm, aumento de 9-18% e exercícios físicos extenuantes, aumento de até 60%.

Autorregulação Cerebral

O FSC permanece relativamente constante durante variações fisiológicas normais da pressão média de perfusão cerebral (50-140 mmHg).

Doppler Transcraniano e Traumatismo Craniano

Em pacientes vítimas de Traumatismo Craniano grave, a manutenção da Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) tem se mostrado como um dos mais importantes fatores prognósticos em Unidades de Terapia Intensiva.

Nenhum método, até o advento do DTC, nos proporcionava uma visão indireta da pressão de perfusão cerebral e fluxo sanguíneo cerebral tão global, prática e segura.

O DTC em pacientes com traumatismo craniano, além de definir as diferentes fases vasculares do trauma (oliguêmica, hiperêmica e vasoespasmo) mostra reduções unilaterais de fluxo que podem refletir a existência de lesões expansivas como hematomas epidurais, subdurais ou intraparenquimatosos.

Não é incomum a associação, em um mesmo momento, de achados sugestivos de vasoespasmo de um lado e hiperemia cerebral contralateral.

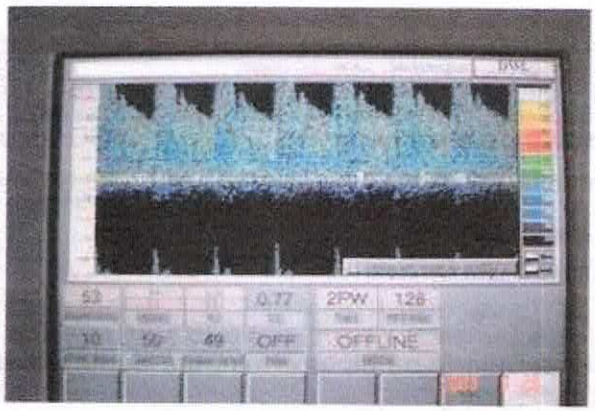


Figura 6: 28. BANCO DE IMAGENS R. A. G. C. A.

DTC de paciente masculino, 18 anos, vítima de traumatismo craniano grave, no quarto dia de internamento – denotando fase hiperêmica do TCE grave; ressalta-se elevação severa da velocidade média de fluxo e redução relevante do índice de Gosling.

A associação dos diferentes métodos de monitarização da PIC, PAM e os demais parâmetros metabólicos e gasométricos, talvez sejam os maiores avanços no que se refere ao tratamento de pacientes com traumatismo craniano.

Doppler Transcraniano e Hemorragia Subaracnóidea

Angiograficamente o vasoespasmo, relacionado à ruptura de aneurismas intracerebrais, é detectado entre 21 e 70% dos pacientes com hemorragia subaracnóidea (TORNER, et al 1990).

Figura 7: 28. BANCO DE IMAGENS R. A. G. C. A.

Angiografia Cerebral – cateterismo seletivo da artéria carótida interna direita, demonstrando aneurisma gigante desta artéria em seu segmento supra-clinóideo.

A clínica de vasoespasmo pode ocorrer a partir do 2° dia de sangramento, até o 17° dia, tendo seu pico entre o 5º e 12º dia. Um dos maiores problemas em Medicina Intensiva consiste na identificação precoce do vasoespasmo clínico, uma vez que este só ocorre em 24% dos casos. (KASSELL, et al 1990).

O uso protocolar do DTC auxilia o médico a reduzir progressivamente a mortalidade (7,2%) e a morbidade (6,3%) correlacionada a isquemia encefálica, secundária ao vasoespasmo cerebral.

Em serviços de neurointensivismo o DTC em pacientes vítimas de hemorragia subaracnóidea, secundária à ruptura de aneurisma cerebral, deve ser realizado diariamente na tentativa de identificar, bem como tratar o mais precocemente o vasoespasmo cerebral.

Doppler Transcraniano e Doença Cerebrovascular ("stroke")

No atendimento de pacientes com suspeita clínica de acidente vascular cerebral isquêmico a resposta relevante e urgente que deve ser dada: evento isquêmico embólico ou trombótico. Todo o protocolo terapêutico parte desta premissa.

Por ser exame rápido, não invasivo, altamente preditivo quanto a embolia ou trombose da vasculatura cerebral, identificando muitas vezes diretamente sinais sugestivos de embolia, aferindo o número de êmbolos por minuto para SNC, bem como a eficácia ou não da terapia trombolítica.

A localização não invasiva de leitos pré-estenóticos, estenóticos e pós estenóticos pode sugerir doença ateromatosa intracraniana ou extracraniana.

Ainda em situações intraoperatórias de endarterectomia de carótidas, bem como colocação por angiografia de stent pode ter o DTC como mais um exame auxiliar na detecção de embolia para SNC, bem como sua repercussão hemodinâmica.

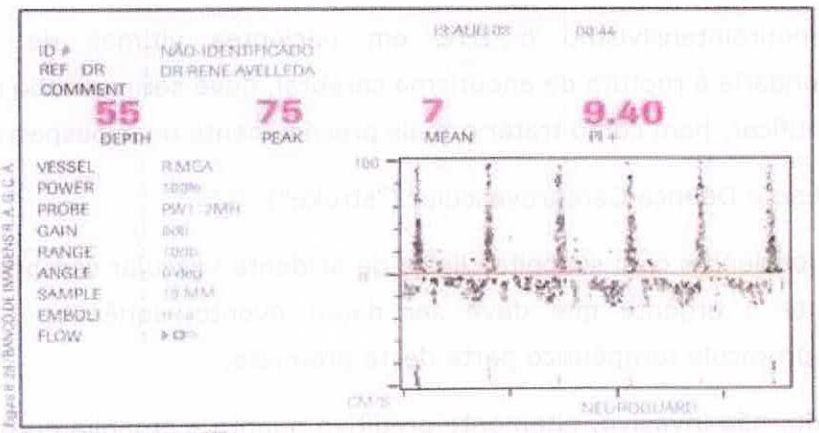
Doppler Transcraniano e Morte Cerebral

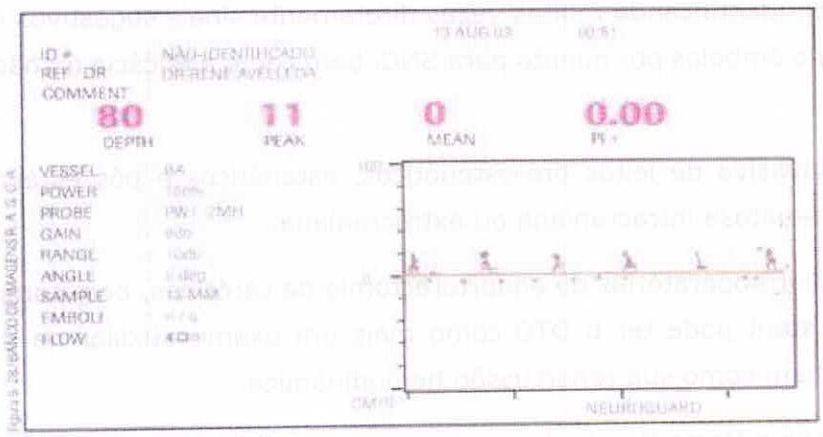
Antes do advento do DTC alguns autores já buscavam um método não invasivo de diagnóstico para morte cerebral e dentre eles destaca-se YONEDA et al (1974), que estudando por ultrassonografia a artéria carótida comum, haviam evidenciado a movimentação de ida e volta do fluxo sanguíneo, característica de parada de fluxo dentro do crânio.

WILLIAMS et al (1993), revisando a literatura e correlacionando com a sua própria experiência, identificaram cinco padrões de alterações no DTC, observadas em situações de hipertensão intracraniana, que levariam à morte cerebral:

1. velocidade de Fluxo Diastólica (Vd) baixa;

2. picos sistólicos;
3. fluxo oscilatório;
4. espículas sistólicas curtas; 5. ausência de sinal no DTC.





No Brasil, para o diagnóstico de morte cerebral, segundo a resolução N° 1.480 de 08 de agosto de 1997, do Conselho Federal de Medicina, apenas, comprova-se tal diagnóstico com a utilização do DTC se associado a duas provas clínicas protocolares. Ressaltamos que o DTC deve ser realizado, apenas, em situações em que não haja nenhuma causa reversível de coma para diagnóstico de morte cerebral.

Escore de Sedação em UTI	
Escore	Resposta clínica
0	Paciente paralisado, incapaz de avaliar.
1	Paciente desperto.
2	Paciente levemente sedado, mas orientado.
3	Paciente profundamente sedado, mas atende a comandos.
4	Paciente profundamente sedado, incapaz de atender comandos, mas responde a estímulos não-dolorosos.
5	Paciente profundamente sedado, responde apenas a estímulos dolorosos.
6	Paciente profundamente sedado, não responde a estímulos dolorosos.

Tabela 7.26 (ROCCO, 2000)

Escala com classificação semelhante a esta é a Sistema de Escore para Sedação em UTI -Escala de Ramsay

PROCEDIMENTO: Unidades Especiais

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

Unidades

Comentário Geral

Unidades Especiais de Internamento são unidades em que determinadas patologias, doenças ou procedimentos, são agrupadas para cuidados e tratamentos. Assim diabetes, queimados, obstetrícia de alto risco, recuperação anestésica, ou então Unidades de Tratamento Intensivo como UTI's Gerais ou Especializadas (traumas, pós-operatórios de grandes cirurgias, infarto agudo do miocárdio, neurológicas, etc. Geralmente separadas em Unidades de Adultos, Pediátricas e Neonatais.

Com pessoal especializado, envolvendo médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, higiene, secretaria, serviços de apoio, etc. Na maioria delas com equipamentos de controles, de exames, ou superespecializadas (transplantes), compatíveis com a necessidade do tipo de patologia do paciente internado.

Estas unidades têm como características, além do tipo de pacientes, os equipamentos especializados como Ventiladores mecânicos invasivos e não invasivos, equipamentos de medida de pressões em vasos pulmonares, balões intraórticos, fototerapia, etc. Geralmente utilizam-se de escores e escalas de pontuações para todos os pacientes ou para grupos de pacientes, como índices prognósticos (APACHE, etc.) demanda de mão-de-obra com funcionários especializados (TISS, etc.). Vide também Unidade de Transplantes apresentada no capítulo anterior (33).

Recebendo o Plantão

Uma vez recebido o plantão conforme descrito no Capitulo 4 em "recebendo o plantão em unidades comuns de internamento" (resumo da situação do paciente), deve-se estabelecer um roteiro de ações que pode ser chamado de

Ações de 15 minutos"; no entanto, outras perguntas devem ter respostas claras e precisas.

Por que o paciente precisou daquela unidade especial? Paciente está usando drogas vasoativas (para subir ou baixar a pressão)? Foi operado? Tem cateteres, drenos?; Lúcid[illegible] e orientado? Anestesiado ou sedado (ventilação mecânica)?, Curativo aberto?.

Anotar as informações e estabelecer prioridades de trabalho.

15 Minutos de Ação em 3 etapas:

1ª etapa

(1 a 5 minutos) - retirar os adornos, lavar as mãos.

Descobrir o doente, retirar suas cobertas e verificar os acessos (pérvios?), conexões dos drenos, sonda vesical e sonda no aparelho digestivo (drenando bem, infundindo bem?), cânulas, monitor cardíaco. oxímetro, capnógrafo: outros equipamentos em uso.

2ª etapa

(6 a 10 minutos) - verificar e comparar os sinais vitais, conferir os gotejamentos (bomb[illegible] infusoras, buretas, dietas), olhar as composições dos frascos de soros/drogas para se inteirar dos planos das infusões.

3ª etapa

(11 a 15 minutos) - cuidar do box/leito do paciente verificando desde arrumação da cama, fonte de oxigênio (rede ou torpedo de oxigênio), com pelo menos dois bicos de vazão (debímetro, fluxômetro ou mamadeira) para ventilar o doente (manual), borracha de aspirador, sondas de aspiração traqueal, circuitos de respiradores, cânulas endotraqueais (traqueo ou comum) para eventuais trocas ou intubação, laringoscópios. AMBU's limpos, secos, com máscaras próprias para os tamanhos dos pacientes. Vácuo (ou aspirador portátil), ar comprimido.

Realizar uma checagem geral.

Começando a Trabalhar

Em função dos 15 minutos gastos se tem agora condições de começar a trabalhar. Tentar estabelecer contato com o doente (se não estiver lúcido, orientado) para saber a profundidade do coma ou da sedação. Não beliscar! Isto é coisa da neurologia! Planejar trocas de curativos, cadarços, mudança de decúbito, realização de procedimentos, exames, etc. Anotar. As anotações na folha de cuidados gerais são obrigatórias, mas os lembretes para você mesmo(a) são importantes. As anotações em separado não é demérito. Pelo contrário, mostra eficiência. A cuidadosa anotação na folha de Cuidados Gerais de Enfermagem mostra profissionalismo.

Monitorização Respiratória e Hemodinâmica em Pacientes Críticos Monitorização Não Invasiva

- Oximetria de Pulso
- Capnografia
- Ritmo eletrocardiográfico

Monitorização Invasiva

- Monitorização Invasiva da Pressão Arterial Sistêmica
- Pressão Venosa Central
- Cateterização da artéria pulmonar - Swan-Ganz

Introdução

Quando as primeiras UTI's apareceram, há 40 anos, os sinais vitais eram monitorizados intermitentemente pela enfermagem, e monitorização precisa e contínua não era disponível, ou necessitava de procedimentos invasivos. A explosão do uso dos computadores e outras tecnologias em medicina, ao longo das últimas décadas mudou, significativamente, os cuidados dedicados aos pacientes críticos. Com a popularização destes métodos de monitorização, hoje, além de unidades de terapia intensiva, estes equipamentos são disponíveis nos mais diversos ambientes como centros cirúrgicos, unidades de atendimento de emergência, ambulâncias, etc.

Com a crescente complexidade dos cuidados médicos, a condução de um doente grave, inclui, envolvendo também questões ético/legais, o uso de monitorização ampla destes parâmetros. O intento desta monitorização é informar e alertar, de maneira imediata, sobre as mudanças que ocorrem na situação clínica do paciente e permitir em tempo real, a verificação do resultado das medidas terapêuticas instituídas.

A tecnologia disponível permite monitorização de múltiplos parâmetros como temperatura, frequência e amplitude respiratória, pressão arterial, oximetria de pulso e capnografia, ritmo eletrocardiográfico, pH intragástrico e diversas formas de monitorização hemodinâmic entre outros. A seguir as formas mais rotineiras de monitorização.

Monitorização Não Invasiva

O equilíbrio da troca respiratória (homeostase respiratória) envolve mecanismos fisiológicos complexos que atuam no balanço do oxigênio e nas trocas do gás carbônico, nos pulmões e nas células.

Pacientes críticos requerem intervenções terapêuticas para a manutenção de homeostase, portanto a monitorização contínua de parâmetros como a oximetria e capnografia em muito auxiliam na condução de doentes com este perfil de gravidade.

Oximetria de Pulso

O oxímetro de pulso utiliza um sensor (LED - light emission diode) que transmite a intensidade da luz (absorbância de onda vermelha e infravermelha) através do leito tissu sendo este sinal registrado por princípios pletismográficos. O sensor pode ser locado no dedo indicador (mais comum), mas também no lobo da orelha ou ainda na asa do nariz, dependendo do tipo de sensor ou de paciente (adulto ou pediátrico). A saturação de oxigênio periférica (Sp02) será a função logarítmica da intensidade da luz transmitida através da hemoglobina. Os sinais luminosos são recebidos por um fotodetector programado pare receber estas informações. Lembrar que no trajeto da luz existem outras estruturas como unhas, pele e tecido gorduroso, ossos, sangue venoso e outras estruturas que também são capazes de absorver a luz, afetando a leitura.

Leitura incorreta de resultado

Alguns fatores podem resultar em leitura incorreta. A saturação poderá estar "falsamente" reduzida em situações que não se detecta pulso periférico adequado como em situações de baixo débito cardíaco (hipotensão arterial), em anemias graves, hipotermia, etc.

A presença de carboxihemoglobina em níveis elevados (em condições normais é inferior a 2%) como nos pacientes tabagistas inveterados ou nas inalações maciças de fumaça poderá superestimar a medida da SpO2. Fatores como a pigmentação da pele, a presença de luminosidade externa intensa, a presença de esmalte nas unhas, níveis elevados de bilirrubinas poderão interferir nas medidas e prejudicar a leitura. A oximetria de pulso e indicada para pacientes selecionados, onde há risco de hipoxemia, ou há alteração evidente que necessita de monitorização dos níveis da saturação de oxigênio, procurando principalmente a melhoria dos níveis de PaO2, quer seja com o uso de suplementação de oxigênio ou de algum meio de ventilação mecânica.

É um método de fácil leitura, custo relativamente baixo, reprodutível, oferece informações contínuas e permite rápidas atitudes terapêuticas que podem prevenir danos irreversíveis ao paciente.

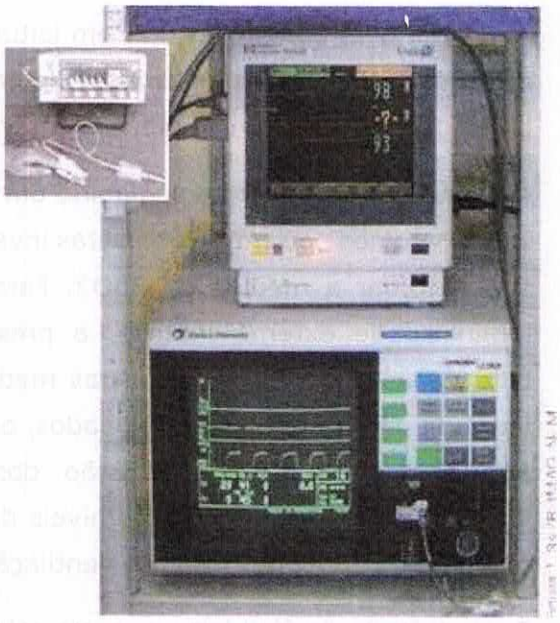
A confiabilidade da oximetria de pulso depende principalmente do fluxo arterial pulsátil adequado. Mensurações de SaO2, abaixo de 90%, apresentam perda de 2 a 3%, quando comparados à análise gasométrica da saturação arterial.

São considerados normais valores oximétricos acima de 90%, em pacientes respirando em ar ambiente (fração inspirada de O2 a 21%).

È fundamental salientar que a utilidade da oximetria em pacientes críticos limita-se a refletir as variações clinicamente relevantes da SaO2 ao longo do período de monitorização de um determinado paciente e sua doença. A avaliação da ventilação deve obrigatoriamente incluir a análise rotineira e sequencial da gasometria arterial.

Indicações do uso da oximetria de pulso

- Monitorização de rotina em procedimentos (cirúrgicos, anestésicos ou diagnósticos).
- Monitorização ventilatória.



- Desmame do uso de suplementação de oxigênio ou ventilação mecânica.
- Transporte de pacientes graves.
- Insuficiência respiratória crônica.
- Limitações do uso da oximetria de pulso
- Envenenamento por monóxido de carbono (CO).
- Metahemoglobinemia.
- Anemia severa. Sensor de oximetria acoplado nomonitor cardíaco.e traçado pletismográfico. O xímetro
- Hipotermia.
- Ausência ou diminuição importante do pulso.
- Diminuição importante na perfusão periférica.
- Hiperlipidemias.
- Uso de esmaltes nas unhas.

Capnografia

A capnografia envolve a medida e o registro da concentração expirada de dióxido de carbono (CO2). A concentração do CO2 expirado (ETC2) pode ser medida por espectrometria de massa, ou mais comumente por sensores de absorbância. A técnica de monitorização mais comum consiste no uso de um dispositivo fotodetector, conectado ao monitor (capnógrafo), colocado entre o tubo endotraqueal e o circuito do ventilador, ocorrendo a leitura na fase expiratória. A diferença entre os valores de CO2 mensurados pelo capnografia e pelos achados da gasometria arterial (PaCO2) é de aproximadamente 1,5 a 2 mm Hg.

As indicações do uso da capnografia, em pacientes em ventilação mecânica, incluem as situações de grave comprometimento das trocas gasosas, onde a hipoxemia e a hipercapnia e suas consequências, representam um desafio a equipe médica, no que diz respeito ao resultado do regime de ventilação, e nos ajustes necessários ao equipamento de ventilação mecânica. Neste grupo de pacientes estão principalmente os que se encontram em Síndrome de Angústia Respiratória Aguda (SARA).

Indicações gerais da capnografia

- Uso geralmente limitado a UTI's e centros cirúrgicos.
- Monitorização ventilatória em pacientes corn grave comprometimento das trocas gasosas como SARA - Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto, DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crânica e edema pulmonar.
- Durante a intubação endotraqueal detecta corn facilidade a colocação inadequada do tubo (esôfago).
- Detecção por alarme de extubação não-intencional.

Observações

Da mesma maneira que a oximetria de pulso, a capnografia não substitui a análise gasométrica da PaCO2, no sangue arterial, mas sua monitorização ajuda detectar variações imediatas no comportamento basal da PCO2.

Monitorização Invasiva da Pressão Arterial Sistêmica

PA = DC (débito cardíaco) x R (resistência periférica)

Indicações

- Monitorização contínua da pressão arterial.
- Prevenção de lesões provocadas por punção arterial frequente.
- Coleta direta de amostras sanguíneas arteriais.
- Acesso para remoção rápida do volume sanguíneo em situações de sobrecarga volêmica.

Nos pacientes em choque com elevada resistência vascular periférica, pode-se registrar divergências significativas na mensuração da pressão arterial sistêmica, quando comparados com os métodos convencionais

(palpatório/auscultatório) com a técnica de mensuração direta por cateter intraarterial. Estas discrepâncias podem atingir valores tão relevantes quanto 60100 mmHg, o que sem dúvida implicaria em erros terapêuticos grosseiros e inaceitáveis. Também em pacientes que requeiram doses fracionadas e ajustáveis de drogas vasoativas potentes (dopamina, nitroprussiato de sódio, etc.), é de fundamental importância uma mensuração frequente, acurada e, se possível, contínua da PA.

Obtenção da linha arterial

Uma linha arterial permanente pode ser obtida por punção ou por dissecção arterial. Prefere-se a obtenção pelo método da punção percutânea com dispositivo teflonado (Intracath.) nº. 18 ou 20, após antissepsia com PVP-I e infiltração anestésica local (sem vasoconstritor).

Os locais de escolha para a inserção incluem a artéria radial, femural ou pediosa. Raramente utiliza-se a artéria braquial pelo potencial risco de complicações tromboembólicas em antebraço e mão. A artéria radial deve ser usada preferencialmente, sempre que possível do lado corporal não dominante, e após a realização do teste de Allen.

O teste de Allen consiste na oclusão das artérias ulnar e radial por pressão no punho, após esvaziamento compressivo da mão. Quando a mão se tornar pálida e fria, a liberação da compressão ulnar deve promover o enchimento sanguíneo capilar da mão em aproximadamente 5 segundos, significando que a eventual perda da artéria radial (por trombose, vasoespasmo) não acarretará lesão isquêmica da mão.

Conexão ao manômetro de mercúrio ou transdutor de pressão

O sistema de conexão ao manômetro de mercúrio (que registrará a PA média) ou ao transdutor eletrônico é feito por interposição de cateter de polietileno rígido estéril, não menor que 30 cm e nem maior que 1,20 m de comprimento. Atualmente, os manômetros de mercúrio e aneróide estão em franca queda de utilização, justificando-se sua utilização somente em casos de emergências onde não ha o equipamento necessário.

O sistema deve ser preenchido com solução salina fisiológica estéril (S.F. 0,9%) contendo heparina (vide heparinização de soro no Capítulo 20, página 232). As bolhas de ar presentes devem ser sistematicamente eliminadas do sistema interior. Deve-se restringir a cateterização ao tempo mínimo necessário para o controle hemodinâmico do paciente, pois a incidência de complicações trombóticas e infecciosas é diretamente proporcional ao tempo de permanência do cateter.

As principais complicações da cateterização arterial periférica são infecções e isquemia, que aparecem tão mais frequentes quanta menos são obedecidos os preceitos técnicos adequados para a obtenção da PA contínua e quanto mais tempo a cânula permanecer posicionada.

Complicações

- Vasoespasmo.

- Trombose.
- Embolização distal e proximal.
- Neuropatia compressiva.
- Formações aneurismáticas.
- Fistulas artério/venosas.
- Infecção local e sistêmica.
- Injeção inadvertida de drogas.
- Necrose e gangrena de dígitos.

Observação

A remoção do cateter deve ser feita imediatamente sempre que se observar: isquemia distal, sinais de infecção local, pouca ou nenhuma oscilação (manômetro).

Notas

Curativo no ponto de inserção do cateter - capítulo 16, página 200.

Cuidados de enfermagem - capítulo 20, página 229.

Manejo e medida de PAM - capítulo 20, página 230.

Monitorização da Pressão Venosa Central (PVC)

A monitorização da PVC reflete a função das câmaras cardíacas direitas e suas pressões de enchimento, bem como sua habilidade em receber e bombear o sangue, e ainda indiretamente a situação do leito capilar pulmonar e suas correlações com a função ventricular esquerda e a situação de sua pré e póscarga.

Hoje, com o advento da monitorização mais precisa pelo cateter de SwanGanz, e de documentadas discrepâncias entre a correlação da PVC e das pressões no átrio esquerdo em determinada situações clínicas, a monitorização PVC perdeu em muito seu valor prático, porém pelo contraste com o alto custo da monitorização por cateter de artéria pulmonar, ainda tem seu uso muito difundido.

Utiliza o método de coluna d'água ou através de transdutores (gauges) eletrônicos, conectados a monitores multiparamétricos, conectados por um sistema simples, acoplado a

um acesso venoso central, possibilita mensurações periódicas e de baixo risco para o paciente.

O cateter central deve estar posicionado intratorácico em veia cava superior ou inferior, devendo evitar-se o posicionamento em átrio direito através de checagem radiológica. O cateter e o equipo de PVC não devem passar de 1,20 m de comprimento.

0 sistema deve ser preenchido com solução salina 0,9% (S.F.), com heparina, devendo paciente ser colocado em posição de decúbito dorsal horizontal e o "zero" na coluna de água posicionado ao nível da linha axilar média.

A mensuração da PVC deve ser feita com manômetro graduado em cm de água, ou através de transdutores calibrados em escala de 0 a 40 mmHg. Obedecida a técnica mencionada e o ponto zero de referência na linha axilar média, obtém-se valores normais de PVC entre 6 e 10 cm de H2O (coluna de água) e 3 a 6 mmHg (transdutor).

A PVC deve ser medida em pacientes sem doenças cardíacas prévias.

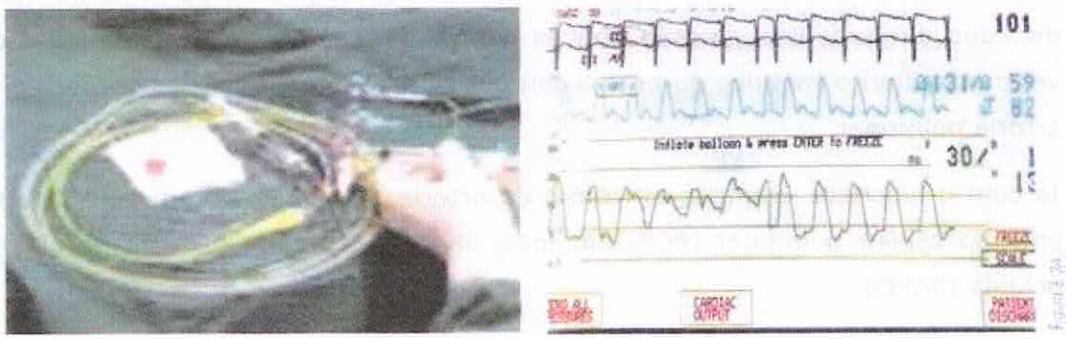
As medições são afetadas de maneira importante pelas características da ventilação mecânica e do valor da PEEP (Pressão Positiva Expiratória Final).

De maneira relativa, a PVC. Quando apresentar valores inferiores a 4 cm H2O, é descrita como baixa e pode indicar necessidade de reposição de fluidos. Quando os valores estiverem acima de 10 cm H2O, a PVC é referida como alta e a suspeita de insuficiência cardíaca congestiva, edema pulmonar de outra natureza, DPOC ou cor pulmonale, sempre associac à correlação clínica, devem ser inicialmente considerados.

Cateterização da Artéria Pulmonar - Cateter de Swan-Ganz Introdução

A cateterização da artéria pulmonar ou de Swan-Ganz utiliza um sensor de termodiluição introduzido por acesso central (fluxo dirigido) que, atualmente, é de fundamental importância diagnóstico, na monitorização e análise terapêutica do paciente criticamente enfermo. Seu uso está indicado em pacientes com instabilidade oxi-hemodinâmica como naqueles em choque cardiogênico, séptico, na Síndrome de Angústia Respiratória Aguda, em pré, per e pósoperatório de cirurgias cardíacas ou em cirurgias realizadas em portadores de cardiopatias de alto risco.

Em nosso meio, o alto custo do cateter ainda impede sua utilização em maior escala, porém o domínio de sua técnica de implantação deve ser estimulado e a sua relevância clínica deve ser destacada.



"Cateter de Swan-Ganz" e curvas geradas durante a introdução do cateter na artéria pulmonar.

O cateter

A monitorização hemodinâmica à beira do leito, pode ser realizada pela cateterização das câmaras cardíacas direitas através de um cateter desenvolvido na década de 70 por Swan e colaboradores.

O cateter de 3 vias é provido de sensor (termistor), a 5 cm da sua porção terminal, e também de um balão inflável de látex (com capacidade de aproximadamente 1,5 ml) que faz com que o mesmo direcione-se pelo fluxo (corrente sanguínea), através do átrio e ventrículo direitos, artéria pulmonar e capilar pulmonar.

A superfície externa do cateter possui uma "régua", que auxilia na adequada colocação do cateter, e suas respectivas distâncias, valido para pacientes adultos:

- Átrio direito - 10 a 15 cm
- Ventrículo direito - 20 a 30 cm
- Artéria pulmonar - 45 a 50 cm
- Capilar pulmonar - 50 a 55 cm

Em cada um destes locais, as ondas registradas pelo sensor terão características próprias e que ao monitor deve ser reconhecidas, o que é fundamental para a adequada localização do cateter, onde finalmente, durante o procedimento de medição, o mesmo será inflado e

registrará a pressão de artéria pulmonar ocluída (PAPO). (ver a figura das ondas de pressão acima). O termistor, por método de termodiluição informa a situação do débito cardíaco (DC).

Com o cateter posicionado, obtém-se também os seguintes parâmetros hemodinâmicos medidos diretamente: pressão venosa central (PVC), pressões sistêmica e diastólica do ventrículo direito (obtidas durante o seu posicionamento), pressões sistólica e diastólica da artéria pulmonar.

Já com o balonete insuflado em ramo da artéria pulmonar, obtém-se o que se chama d pressão capilar pulmonar (PCP) ou, mais apropriadamente, pressão de artéria pulmonar ocluída (PAPO).

A PAPO, em várias situações clínicas comuns informa de maneira indireta outros parâmetros fisiológicos, como a pressão hidrostática capilar pulmonar e a pré-carga do ventrículo esquerdo (VE). Desta forma, uma vez medidas as pressões intracavitárias e intravasculares, tendo-se em mãos valores do DC e da FC, pode-se calcular, por meio de fórmulas aplicativas, os valores da Resistência Vascular Pulmonar (RPV), o Volume Sistólico Ventricular (VS) e a Resistência Vascular Periférica (RVP). Assim, apenas com a cateterização à beira do leito, de maneira rápida e segura, do lado direito da circulação sanguínea, obtém-se o perfil hemodinâmico do paciente em estado crítico, o que por sua vez, permite intervenções terapêuticas mais precoces e precisas.

O cateter de Swan-Ganz, em uso, deve ser trocado em no máximo a cada 5 dias, em raz da prevenção de complicações infecciosas, porém a retirada deve ser feita imediatamente, a qualquer tempo, na evidência ou suspeita de contaminação do cateter, conforme as rotinas do serviço de controle de infecção hospitalar.

Indicações clínicas

- Choque ou hipotensão (ou em situações clínicas em que a possibilidade de ocorrência de hipotensão é bastante alta, como em cirurgias de grande porte com apreciável perda volêmica). Os dados hemodinâmicos são úteis tanto para o diagnóstico quanto para a terapêutica, permitindo a detecção de hipovolemia (pressões de enchimento diminuídas) vasodilatação periférica (resistência vascular diminuída) e insuficiência cardíaca (débito cardíaco diminuído com pressões de enchimento e resistência vascular elevada).
- Edema pulmonar cardiogênico ou não-cardiogênico.

- Outras indicações gerais tais como: doente em estado crítico para os quais se torna desejável um controle rigoroso da ação de drogas vasoativas ou administração de líquidos, como em situação de sepsis, crise hipertensiva, grandes queimaduras, intoxicações exógenos, infarto do miocárdio, insuficiência respiratória aguda, entre outras.

Complicações da cateterização relacionadas às técnicas de acesso venoso central

- As mesmas de acesso venoso central.

Complicações relacionadas ao posicionamento do cateter

- Arritmias cardíacas (extrassístoles atriais e ventriculares, taquicardias atriais e ventriculares, flutter/fibrilação atrial e ventricular).
- Bloqueio de ramo direito.
- Infarto pulmonar.
- Ruptura de ramos da artéria pulmonar; infecções e sepse relacionadas ao cateter.
- Ruptura do balonete.
- Nó no cateter.
- Lesão endocárdica, incluindo lesões valvulares, de cordas tendíneas, músculos papilares.

Trombose venosa profunda.

Cuidados de Enfermagem – vide cuidados com cateteres venosos e arteriais.

Assistência a Pacientes após Estudo Hemodinâmico

Objetivo

- Prevenir complicações e assisti-las imediatamente quando se apresentarem.
- Estudo do coração e grandes vasos (aorta e arteria pulmonar).
- Estudo de suas artérias coronárias corn procedimentos - dilatações (angioplastias) e/ou colacacao de stents (próteses).
- Estudos angiográficos de outros vasos do corpo.
- Estudos angiográficos de vasos da cabeça.

Cuidados de Enfermagem

- Verificar a presença de sangramento no curativo; em caso afirmativo, se o sangue é vivo, comprimir o local e comunicar o serviço de Hemodinâmica com urgência.
- Passar o paciente da maca para a cama sem fletir o membro cateterizado.

- Orientar a paciente a não fletir o membro cateterizado durante duas horas após o exame se não tiver bainha mantida; com bainha presente o membro na artéria não deve ser mobilizado.
- Pesquisar e comunicar imediatamente ausência de pulso periférico, dor e formigamento, extremidade frias e cianose no membro cateterizado bem como cefaléia, náuseas e vômitos.
- Envolver o membro cateterizado corn algodão e atadura na presença de extremidades frias ou, ao constatar a ausência de pulsos periféricos.
- Medir e anotar na folha de Cuidados Gerais os dados vitais e administrar a medicação prescrita.

Dieta livre após 2 horas do exame. Em casos de anestesia geral ou complicações pós-exame, observar orientação médica na prescrição.

Notas

A retirada da bainha (cateter) deve ser feita cerca de 4 a 12 horas após procedimento. Quem retira é a equipe do serviço de Hemodinâmica, pois deve haver compressão local (com curativos compressivos) por cerca da 40 a 60 minutos.Após a retirada da bainha, e compressão inicial do ponto de inserção, novo curativo é realizado, com bolas de gaze e faixas de esparadrapo (este deverá ser retirado pela enfermagem 12 horas após sua colocação).

Cardioversão

Objetivo

Reversão de arritmias severas. Pode ser Eletiva (Fibrilação Atrial Crônica) ou de Emergência (Fibrilação Atrial Aguda). **Material**

Bandeja para reanimação cardiorrespiratória.

Ação

Enfermagem Posicionar paciente em decúbito dorsal Providenciar acesso venoso Monitorizar o paciente Preparar o cardioversor Fornecer oxigênio através de máscara de AM BU Colocar pasta eletrolítica nas pás do cardioversor Afastar-se do leito no memento do choque Manter oxigenação após o procedimento Anotar hora e nome de quem realizou.

Nota

- A cardioversão eletiva pode ser realizada sem choque elétrico em algumas situações e é chamada de cardioversão química.
- A cardioversão elétrica é sincronizada corn o batimento cardíaco através do próprio equipamento.

  Após cardioversão elétrica sempre manter-se atento a possíveis intercorrências (novas arritmias).

- Manter oxigenação através de cateteres por períodos determinado pelo médico.
- O procedimento muitas vezes é realizado (eletivo ou não) em pacientes já intubados e sob ventilação mecânica.

  Índices Prognósticos

Escore APACHE

Variáveis fisiológicas	Faixa alta anormal					Faixa baixa anormal			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Cardiovascular									
Frequência cardíaca (bpm)	≥ 180	141-179	111-140		70-110		56-69	41-55	≤ 40
Pressão arterial média (mmHg)	≥ 160	131-159	111-130		70-110		61-69		≤ 50
Pressão venosa central (mmHg)									
CPK-MB ou evidência ECG de IAM	Sim								
Arritmias ao ECG		Arritmias atriais com instabilidade hemodinâmica	Arritmias atriais isoladas					> 6 ESV/min	Taquicardia ventricular ou fibrilação
Lactato sérico (mEq/L)	> 8	3,5-8			0-3,4				
pH (sangue)	≥ 7,7	7,6-7,69		7,51-7,59	7,33-7,5		7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15
Respiratória									
Frequência respiratória (irpm) (em não-ventilados)	≥ 50	35-49	25-34		12-25	10-11	7-9		≤ 6
Variáveis fisiológicas	Faixa alta anormal					Faixa baixa anormal			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
$D(A-a)^1O_2$ (100) (mmHg) ou $PaCO_2$ (mmHg)	> 500 ≥ 70	351-499 61-69	50-60	200-350	< 200 30-49		25-29	20-24	< 20
Renal									
Diurese diária (ml)			≥ 5000	3.501-4.999	700-3.500		480-699 (20-29 ml/h)	120-479 (15-20 ml/h)	< 120 (5 ml/h)
BUN sérico (mg/dl)	> 150	101-150	81-100	21-80	10-20		< 10		
Creatina sérica (mg/dl)	> 7	3,6-7	2,1-3,5	1,6-2	0,6-1,5	< 0,6			
Gastrointestinal									
Amilase sérica (UI)	≥ 2.000	500-1.999			≥ 500				
Albumina sérica (g/dl)	> 8				3,5-8	2,5-3,4	< 2,5		
Bilirrubina total (mg/dl)		≥ 15		5,1-14,9	0-5				
Fosfatase alcalina (UI)				> 160	0-160				
TGO (UI)			≥ 1.500	101-1.499	0-100				
Anergia (testes cutâneos)*	Total		Relativa		Nenhuma				
Hematológica									
Hematócrito (%)	> 60		51-60	47-50	30-46		20-29		< 20
Nº de leucócitos (mm³)	> 40.000		20.001-40.000	15.001-20.000	3.000-15.000		1.000-2.999		< 1.000
Plaquetas (mm³)			> 1.000.000	600.001-1.000.000	80.000-600.000		20.000-79.999		< 20.000

Tabela 2: SAPS (ROCCO, 2003)

Variáveis fisiológicas	Faixa alta anormal					Faixa baixa anormal			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
PAP (seg. controle), sem anticoagulantes	≥ 12	5,1 - 12	3,1 - 5		1,2				
Séptico									
Cultura de líquor positiva Hemocultura positiva Cultura positiva p/ fungos	Sim Sim Sangue ou líquor	2 sítios + do sangue ou líquor		1 sítio + do sangue ou líquor	Não Não Não				
Temperatura (°C)	≥ 41,0°	39,1 - 41,0°F		38,6 - 39,0°	36,0-38,5°	33,0-35,9°	32,0-33,9°	30,0-31,9°	≤ 29,9°
Metabólico									
Cálcio sérico (mg/dl)	≥ 18		14-15,9	11,3-13,9	8-11,0		5,0-7,9		< 5
Glicose sérica (mg/dl)	> 800	500-800	156-160	251-499	70-250		50-69	39-49	< 39
Sódio sérico (mEq/l)	> 180	161-180		151-155	130-150		120-129	110-119	< 110
Bicarbonato sérico (mEq/l)	> 7	5,1-7		5,8-6	3,5-5,2	3-3,4	2,5-2,9		< 2,5
Osmolaridade sérica (mOsm/l)	> 350	> 40 321-350		31-40 301-320	20-30 290-300	10-19	240-259	5-9 220-239	< 5 < 220
Neurológico									
Escala de Glasgow	3	4-6	7-9	10-12	13-15				

* Anergia total - sem resposta a todos os testes cutâneos provocativos, incluindo caxumba e fungos.

* Resposta relativa – Indica compromisso da imunidade celular

Tabela 3 - In ROCCO, 2000

Escore APACHE II – A) Escore Fisiológico Agudo

Variáveis fisiológicas	Faixa alta anormal					Faixa baixa anormal			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Temperatura retal (°C)	≥ 41°	39-40,9°		38,5-38,9°	34-35,4°	34-35,9°	32-33,9°	30-31,9°	≤ 29,9°
Pressão arterial média (mmHg)	≥ 160	130-159	110-129		70-109		50-69	50-69	≤ 49
Frequência cardíaca (bpm)	≥ 180	140-179	110-139		70-109		55-69	55-69	≤ 39
Frequência respiratória (rpm) (ventilados ou não ventilados)	≥ 50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9	6-9	≤ 5
Oxigenação D(A-a)O2 ou PaO2 a) FiO2 ≥ 0,5 - D(A-a) O2 b) FiO2 < 0,5 - PaO2	≥ 500	350-499	200-349		< 200				
pH arterial	≥ 7,7	7,6-7,59		7,5-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15
Sódio sérico (mEq/l)	≥ 180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-115	≤ 110
Potássio sérico (mEq/l)	≥ 7	6-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9		< 2,5
Creatinina sérica (mg/dl) (dobrar se pontos se IRA aguda)	≥ 3,5	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		< 0,6		
Hematócrito (%)	≥ 60		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		< 20
Número de leucócitos (mm³)	≥ 40,0		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		< 1
Escala de Glasgow para o coma Escore = 15 - escore atual									
Total de escore fisiológico agudo									
Bicarbonato sérico (mEq/l) (usar se não coleta gasométrica)	≥ 52	41-52,0		32-40,9	22-31,9		18-21,9	15-17,9	< 15

Tabela 4 - In ROCCO, 2000

Escore APACHE II – B) Pontos para Idade

Pontos	0	2	3	5	6
Idade (anos)	5-44	45-54	55-64	65-74	75

Tabela 5 - In ROCCO, 2000

Escore APACHE II – C) Pontos para Idade e Doença Crônica

Se o paciente tem um história de insuficiência grave de órgãos ou sistema ou é imunocomprometido, assinalar pontos como se segue:

a) Para pacientes não-cirúrgicos ou pós-operatório de emergência = 5 pontos

b) Para pacientes pós-operatório eletivo = 2 pontos

Definições

A insuficiência de órgãos ou o estado de imunodepressão deve ser evidente antes da admissão hospitalar e conforme o seguinte critério:

Fígado.
Cirrose comprovada por biópsia e hipertensão portal documentada; episódios passados de sangramento gastrintestinal atribuídos à hipertensão portal; episódios anteriores de insuficiência hepática, encefalopatia ou coma.

Cardiovascular.
New York Association classe IV.

Respiratório.
Doença crônica restritiva, obstrutiva ou vascular resultando em grave restrição ao exercício, isto é, incapaz de subir escadas ou fazer serviços domésticos; hipóxia crônica documentada, hipercapnia, policitemia secundária, hipertensão pulmonar grave (> 40 mmHg); dependência da prótese ventilatória.

Renal.
Recebendo diálise cronicamente.

Imunocomprometido.
Pacientes que tem recebido terapia que suprime a resistência à infecção – isto é, imunossupressores, quimioterapia, radiação, corticosteróides cronicamente ou recentemente em altas doses; doença que é suficientemente avançada para suprimir a resistência à infecção – isto é, leucemia, linfoma, AIDS.

ESCORE APACHE II = A + B + C TOTAL =

Escore APACHE II – A) Coeficientes

Pacientes não-operatório		Pacientes pós-operatório	
Insuficiência respiratória		Trauma múltiplo	-1,684
Asma/alérgica	-2,108	Admissão devido à doença cardiovascular crônica	-1,376
DPOC	-0,367	Cirurgia vascular periférica	-1,315
SDRA	-0,215	Cirurgia cardíaca valvular	-1,261
Parada respiratória	-0,188	Craniotomia por neoplasia	-1,245
Aspiração/envenenamento/tóxico	-0,142	Cirurgia renal por neoplasia	-1,204
Embólia pulmonar	-0,128	Transplante renal	-1,042
Infecção	0	Trauma craniano	-0,955
Neoplasia	0,691	Cirurgia torácica por neoplasia	-0,802
		Craniotomia por hemorragia cerebral	-0,788
Insuciência Cardiovascular		Laminectomia e outras cirugia da coluna espinhal	-0,699
Hipertensão	-1,798	Choque hemorrágico	-0,682
Distúrbios do ritmo	-1,368	Hemorragia gastrointestinal	-0,617
Insuficiência cardíaca congestiva	-0,424	Cirugia gastrointestinal por neoplasia	-0,248
Choque hemorrágico/ hipovolemia	0,493	Insuficiência respiratória pós-cirurgia	-0,140
Doença coronária arterial	-0,191	Perfuração/obstrução gastrointestinal	0,060
Sepse	0,113	Sepse	0,113
Parada cardíaca	0,393	Parada cardíaca	0,393
Choque cardiogênio	-0,259	Parada respiratória	-0,168
Aneurisma dissecante torácico/ abdominal	0,731	Outros	
		Cardiovascular	-0,797
Trauma		Respiratório	-0,610
Trauma múltiplo	-1,228	Gastrointestinal	0,613
Trauma craniano	-0,617	Metabólico/renal	-0,196
		Neurológico	-1,150
Neurológico			
Desordens convulsivas	-0,584		
Hemorragia cerebral	0,723		
Outras			
Overdose de drogas			
Cetoacidose diabética	-3,353		
Hemorragia gastrointestinal	-1,507		
	0,324		
MODS			
Metabólico/renal	-0,885		
Respiratório	-0,890		
Neurológico	-0,759		
Cardiovascular	0,479		
Gastrointestinal	0,501		
		Probalidade de Óbito	
		ln (R/1 – R) = –3,517 + (escore APACHE II x 0,146)	
		+ (0,603, apenas se cirurgia de emergência)	
		+ (peso da categoria diagnóstica assinalado acima)	

Tabela 3.4 (ROCCO, 2006)

Tabela 7.34 (ROCCO, 2006)

Escore APACHE III para Sinais Vitais e Testes de Laboratório

			8 <39	5 40-49	**Pulso** 0 50-99 bpm	1 100-109	5 110-119	7 120-139	13 140-154	17 ≥155	
	23 ≤39	15 40-59	7 60-69	6 70-79	**Pressão arterial média** 0 50-79 mm Hg			4 109-119	7 120-129	9 130-139	10 ≥140
20 <32,9	16 33-33,4	13 33,5-33,9	8 34-34,9	2 35-35,9	**Temperatura** 0 36-39,9 °C		4 ≥40				
	17 <5	8 6-11	2 12-13		**Freqüência respiratória** 0 14-24 ipm			6 25-34	9 35-49	11 50-69	18 ≥50
	15 <49	5 50-69	2 70-79		PaO_2 ou $P(A-a)O_2$ ≥ 80 mm Hg						
					D (A-a)O_2 < 100 mm Hg	7 100-249	9 250-349	11 350-499	18 ≥500		
			3 <40,9		**Hematócrito** 0 41-49%		3 ≥50				
		18 <1,0	5 1,0-2,9		**Nº leucócitos** 0 3,0-19,9 mm³	1 20-24,9	5 ≥25				
			3 <0,4		**Creatinina sem ira** 0 0,5-1,4 mg/dl	4 1,5-1,94	7 ≥1,95				
					Creatinina sem ira 0 0-1,4 mg/dl	10 ≥1,5					
15 <399	8 400-599	7 600-899	5 900-1,499	4 1,500-1,999	**Diurese** 0 2.000-3.990 ml/24h	1 ≥4.000					
					Uréia 0 <19,9 mg/dl		2 ≥20	7 20-39	11 40-79	15 ≥80	
		3 <119	2 120-134		**Sódio** 0 135-154 mEq/L	4 ≥155					
		11 <1,9	6 2,0-2,4		**Albumina** 0 2,5-4,4 g/dl	4 ≥4,5					
					Bilirrubina 0 <1,9 mg/dl	5 2,0-2,9	6 3,0-4,9	8 5,0-7,9	16 ≥8,0		
		6 <39	3 40-59		**Glicose** 0 60-199 mg/dl	3 200-349	5 ≥350				

Escore APACHE III para Anormalidades Neurológicas

Abertura ocular espontânea ou à estimulação verbal/dolorosa				
Verbal / Motor	Conversa orientada	Conversa confusa	Palavras inapropriadas e sons incompreensíveis	Nenhuma resposta
Obedece a comandos verbais	0	3	10	15
Localiza a dor	3	8	13	15
Retirada em flexão ou rigidez de descorticação	3	13	24	24
Rigidez de descerebração ou nenhuma resposta	3	15	29	29

Os olhos não abrem espontaneamente ou à estimulação verbal/dolorosa				
Verbal / Motor	Conversa orientada	Conversa confusa	Palavras inapropriadas e sons incompreensíveis	Nenhuma resposta
Obedece a comandos verbais				18
Localiza a dor				18
Retirada em flexão ou rigidez de descorticação			24	33
Rigidez de descerebração ou nenhuma resposta			24	48

Tabela 9.3a PEPCID 2000

Escore APACHE III Distúrbios Ácido-Básicos

$PaCO_2$ (mmHg) / pH (mmHg)	< 25	25 a < 30	30 a < 35	35 a < 40	40 a < 45	45 a < 50	50 a < 55	55 a < 60	≥ 60
< 7,15	12	12	12	12	12	12	4	4	4
7,15 a < 7,20	12	12	12	12	12	12	4	4	4
7,20 a < 7,25	9	9	6	6	3	3	2	2	2
7,25 a < 7,30	9	9	6	6	3	3	2	2	2
7,30 a < 7,35	9	9	0	0	0	1	1	1	1
7,35 a < 7,40	5	5	0	0	0	1	1	1	1
7,40 a < 7,45	5	5	0	0	0	1	1	1	1
7,45 a < 7,50	5	5	0	2	2	12	12	12	2
7,50 a < 7,55	3	3	3	3	12	12	12	12	2
7,55 a < 7,60	3	3	3	3	12	12	12	12	12
7,60 a < 7,65	0	1	1	3	12	12	12	12	12
≥ 7,65	0	3	3	3	12	12	12	12	12

Tabela 9.3b PEPCID 2000

Escore APACHE III para Idade e Avaliação de Doença Crônica

Idade	Pontos	Doença	Pontos
< 44	0	AIDS	23
44-54	5	Insuficiência hepática	16
55-64	11	Linfoma	13
65-69	13	Câncer metastático	11
70-74	16	Leucemia/mieloma múltiplo	10
75-84	17	Imunossupressão	10
≥ 85	24	Cirrose hepática	4

Tabela 9.3c PEPCID 2000

TISS - Intermediate Therapeutic Intervention Scoring System - 1983

4 pontos

a) Parada Cardiorrespiratória e/ou choque precordial nas últimas 48 horas*
b) Ventilação controlada com ou sem PEEP*
c) Ventilação controlada com uso de intermitente ou contínuo de relaxantes musculares*
d) Tamponamento por balão de varizes esofagianas*
e) Infusão arterial contínua*
f) Cateter da artéria contínua pulmonar (cateter de swan ganz)*
g) Marca-passo atrial e/ou ventricular*
h) Hemodiálise em pacientes instável*
i) Diálise peritonial
j) Hipotermia induzida *
k) Infusão de sangue sob pressão*
l) Rouge G
m) Monitorização de pressão intracraniana
n) Transfusão de plaquetas
o) Balão de contra-pulsação aórtica
p) Procedimentos cirúrgicos de emergência (dentro de 24 horas)*
q) lavagem de estômago para hemorragia gastrointestinal
r) Endoscopia ou broncoscopia terapêutica de emergência
s) Infusão de drogas vasoativas(>1 droga)

3 pontos

a) Hiperalimentação parenteral EV (para insuficia renal, cardíaca, hepática)
b) Marca-passo em stand-by
c) Tubo torácico
d) Ventilação assistida ou VMI*
e) CPAP-Pressão positiva contínua nas vias aéreas
f) Infusão intermitente de K por cateter central
g) Intubação nasotraqueal ou orotraqueal*
h) Sucção intratraqueal às cegas
i) Blanço metabólico completo (balanço hídrico frequente)*
j) Múltiplos exames (gasometria, coagulograma, bioquímica > 4)
k) Infusão frequentes de produtos do sangue (>5unidades/24horas)
l) Medicação em bolus (de urgência)
m) Infusão de drogas vasopressoras (1 droga)
n) Infusão contínua de antiarrítmicos
o) Cardioversão para arritmia (não é desfibrilação)
p) Colchão térmico para hipotermia
q) Punção arterial
r) Digitalização aguda dentro de 24 horas
s) Medidas do débito cardíacos por qualquer método
t) Diurese ativa a sobrecarga hídrica ou edema cerebral
u) Tratamento ativo para alcalose e metabólica
v) Tratamento ativo para acidose metabólica
w) Pericardiocentese, paracentese e ou toracocentese de emergência
x) Anticoagulação ativa (primeira 48 horas)
y) Hebotomia por sobrecarga hídrica
z) Cobertura com mais de dois antibióticos EV
aa) Tratamento para convulsões ou encefalopatia metabólica (dentro das primeiras 48 horas)
bb) Tração ortopédica complicada*

2 pontos

a) PVC (pressão venosa central)
b) Dois cateteres em veias periféricas
c) Hemodiálise em pacientes estável
d) Traqueostomia recente (menos de 48 horas)
e) Respiração espontânea via tubo endotraqueal ou traqueostoma (tubo em T ou máscara)
f) Alimentação enteral
g) Reposição por perda excessiva de líquido*
h) Quimioterapia parenteral
i) Sinais neurovitais hórnicos
j) Múltiplas mudanças de roupas
k) Infusão de Piressina EV

1 ponto

a) Monitorização eletrocardiográfica
b) Sinais vitais horários
c) 1 cateter EV periférico
d) Anticoagulação crônica
e) Balanço hídrico *standard* (cada 24 horas)
f) Teste sanguíneos - Bioquímica e hemograma
g) Medicações EV intermitentes de rotina
h) Mudança de roupas de rotina
i) Tração ortopédica *standard*
j) Cuidados com a traqueostoma
k) Úlcera de decúbito
l) Sonda vesical
m) Suplemento de oxigênio (nasal ou máscara)
n) Antibióticos EV (dois ou menos)
o) Fisioterapia torácica
p) Irrigações extensas, curativo ou debridamento de feridas, fístulas ou colostomia
q) Descompressão gastrointestinal (SNG)
r) Hiperalimentação parenteral/ infusão de intralipid

Códigos de Explicação

4 Pontos

a) Exceto os pontos para 2 dias depois da parada cardiorrespiratória mais recente.
b) Não significa ventilação mandatória intermitente que é uma intervenção de 3 pontos A despeito da regulagem do ventilador mecânico, todos as necessidades ventilatórias estão sendo supridas pela máquina. Se o paciente vem ou não ventilando eficiente é irrelevante, pois o respirador supre todas as necessidades de ventilação manual do paciente.
c) Por exemplo: O-tuboesofagiano, pneumoromen (paxilon), metocurine.
d) Use de balão de Sengstaken Blakemore ou Linton para sangramento gástrico ou esofagiano.
e) Infusão de pitressin via IMA, SMA, cateteres arteriais gástrico para controle de hemorragia gastrointestinal ou outra infusão intra-arterial.
g) Não inclui a infusão contínua de heparina a 3ml/h para manter a patência do cateter.
h) Marca-passo ativo mesmo que crônico.
j) Inclui os 2 primeiros sessões em paciente agudo, inclui diálise crônica em pacientes cuja situação medica faz com que a diálise seja instável.
k) Resfriamento contínuo ou intermitente para alcançar temperatura corporal de menos de 33°C.
l) Uso interno ou do bombo para infusão de sangue sob pressão em pacientes que requerem rápida reposição sanguínea.
m) Pode ser o primeiro procedimento cirúrgico de emergência - inclui testes diagnósticos, isto é CT scan.

3 Pontos

a) O paciente participa parcialmente das suas necessidades ventilatórias.
g) Não é um escore diário. O paciente deve ter sido intubado na UTI (eletivo ou emergência) dentro de 24 horas.
i) Medidas de entrada/saída acima da rotina normal de 24 horas, ajustes frequentes das entrada de acordo com as perdas.
s) Inclui dextran.
bb) Por exemplo *Stryker Frame, CircOlectric.*

2 pontos

g) Reposição de líquidos acima do prescrito como níveis de manutenção.

1 Ponto

k) Deve ter uma úlcera de decúbito. Não inclui terapia preventiva.

Intermediate Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)

4 pontos

a) Parada cardíaca dentro de 48 horas
b) Ventilação mecânica
c) Endoscopia ou broncoscopia de emergência
d) Marca-passo provisório
e) Implante de marca-passo definitivo dentro de 48 horas
f) Início de diálise peritonial
g) Infusão de sangue sobre pressão
h) Infusão de plaquetas
i) Cirurgia de emergência dentro 24 horas
j) Lavagem gástrica por hemorragia gastrointestinal aguda
l) Escala de coma de Glasgow cada 1-2 horas
m) Infusão de drogas vasoativas (> 1)
n) Cardioversão
o) Culturas microbiológicos (sangue, urina, escarro, etc.)
p) Isolamento
q) Contenção dos 4 membros
r) Pericardiocentese, toracocentese ou paracentese de emergência
s) Desfibrilador cardíaco interno automático
t) Infusão de estreptoquinase, uroquinase ou r-TPA
u) Bainha arterial

3 pontos

a) a) Alimentação parenteral por cateter central
b) b) CPAP
c) c) Infusão de KCl concentrado (40 mEq/100ml)
d) d) Intubação
e) e) Aspiração endotraqueal às cegas
f) f) Balanço hídrico a cada 6-8 horas
g) g) Múltiplos exames (>1/coleta)
h) h) Infusão frequente de produtos Sanguíneos (3 unidades em 24 horas)
i) i) Medicação EV de urgência
j) j) Infusão de drogas vasoativas (1)
k) k) Infusão contínua de antiarrítmicos
l) l) Colchão térmico para hipo/hipertermia
m) m) Cateter arterial
n) n) Digitalização dentro de 24 horas
o) o) Diurético EV, início de diurético VO ou mudança na terapia diurética VO
p) p) Anticoagulação EV (heparina, dextran)
q) q) Tratamento agudo para convulsões/encefalopatia
r) r) Terapia ortopédica complicada/camas para cuidados especiais
s) s) Sinais vitais horários
t) t) Desfibrilador cardíaco interno automático crônico
u) u) Tratamento de diabetes mellitus (haemoglukotest/dextrostix)
v) v) ECG seriados/incanzinas
x) x) Traqueostomia recente dentro de 48 horas
z) z) Diálise peritonial crônica

Tabela 14.14 (RUSCO) 2000

	2 pontos
a)	a) Monitorização eletrocardiográfico/telemetria
b)	b) ECG de urgência (12 derivações)
c)	c) Sinais vitais a cada 24 horas
d)	d) PVC
e)	e) Escala de coma de Glasgow a cada 4 horas
f)	f) Oximetria de pulso
g)	g) dois cateteres EV
h)	h) Tubo torácico
i)	i) Marca-passo implantado crônico
j)	j) Hemodiálise
k)	k) Antibióticos EV(=> 1)
l)	l) Respiração espontânea via máscara de traqueostomia ou tubo em T
m)	m)Alimentação enteral
n)	n) Reposição de perdas eletrolíticas e de líquidos
o)	o) Quimioterapia EV
p)	p) Múltiplas mudanças de roupas
q)	q) Minitraqueostomia
r)	r) Administração de oxigênio por máscara ou cânula
s)	s) Fisioterapia torácica formal
t)	t) Aminofilina/teofilina EV
u)	u) Sedação contínua ou anestesia controlada pelo paciente
v)	v) Infusão epidural
w)	w)Gravador de volume do pulso/doppler

	1 Ponto
a)	a) Sinais vitais a cada turno
b)	b) Um cateter EV
c)	c) Anticoagulação oral
d)	d) Balanço hídrico a cada 24 horas
e)	e) Medicações EV do horário
f)	f) Mudança de roupa simples
g)	g) Cuidado com a traqueostomia
h)	h) Terapia ortopédica simples/cuidados com o gesso
i)	i) Cateter vesical (Foley)
j)	j) Antibiótico EV (1)
k)	k) Espirometria de incentivo
l)	l) Tubo(s) de drenagem
m)	m) Cateter nasogástrico/gastrotomia
n)	n) Botas pneumáticas
o)	o) Culturas de escarro, feridas e outras
p)	p) Hiperalimentação periférica/infusão de lipídios
q)	q) Aspiração do tubo endotraqueal(=> 2 x 6-8 horas)

Tabela 19.14 APACHE 2000

Códigos de Explicação

	4 pontos
a)	Escore de pontos para 2 dias depois da parada cardiorespiratória mais recente
b)	Não significa ventilação mandatória interminente que é uma intervenção de 3 pontos. A despeito da regulagem do ventilador mecânico, todas as necessidades ventilatórias estão sendo supridas pela máquina. Se o paciente vem ou não ventilando ineficiente é irrelevante, pois o respirador supre todas as necessidades de ventilação - minuto do paciente
c)	Por exemplo: D-tubocurarina, pancurônium (pavulon), metocurine
d)	Uso de balão de sengstaken, Blackmore ou Linton para sangramento gástrico ou esofagiano. Infusão de pitressin via IMA, SMA, cateteres arterias gástricos para controle de hemorragia gastrointestinal ou outra infusão intra- arterial.
e)	Não inclui a infusão contínua de heparina a 3 ml/h para manter a patência do cateter
g)	Marca - passo ativo mesmo que crônico
h)	Inclui as 2 primeiras sessões em pacientes agudos. Inclui diálise crônica em pacientes cuja situação médica faz compue a diálise seja instavél
j)	Resfriamento contínuo ou intermitente para alcançar temperatura corporal de menos 33C
k)	Uso manual ou de bomba para infusão de sangue sob pressão em pacientes que requerem rápida reposição sanguínea
p)	Pode ser o primeiro procedimento cirumergência - inclui teste diagnóstico, isto é angiografia, CT scan
	3 pontos
d)	O paciente participa parcialmente das suas necessidades ventilatórias
g)	Não é um escore diario . O paciente deve ter sido inturbado na UTI (eletivo ou emergência) dentro de 24 horas
i)	Medidas de entrada / saida acima da rotina de 24 horas. Ajustes frequentes das entrada de acordo com as perdas
x)	Inclui dextran
bb)	Por exemplo Stryker frame CiroOletric
	2 pontos
g)	Reposição de liquidos acima do prescrito como niveis de manutrenção
	1 ponto
k)	Deve ter uma úlcera de decúbio. Não inclui terapia preventiva

Tabela 19.14 APACHE 2000

PROCEDIMENTO: Diagnóstico e Tratamento das Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NA SALA DE EMERGÊNCIA

Operacionalidade

As diretrizes implicam em abordagem sistematizada dos pacientes com dor torácica, tendo como características:

- Programa de avaliação de pacientes com dor torácica, caracterizados como de moderado a baixo risco de eventos coronarianos ou Morte, com sistematização.
- Unidade funcional para diagnóstico e tratamento das Síndromes Isquêmicas Agudas.
- Corpo Clínico treinado: Médicos e Enfermeiras.

Equipamentos e Serviços Complementares

- Central com Oxigênio, Vácuo e Ar comprimido; Monitor; Desfibrilador; Oxímetro; PAM não invasiva.
- Eletrocardiógrafo.
- Serviço de Radiologia com funcionamento em horário integral.
- Laboratório equipado para dosagens de Troponinas, CPK e CK-MB.
- Serviço de Ecocardiografia.
- Serviço de Ergometria.
- Serviço de Cintilografia.
- Serviço de Hemodinâmica

Objetivos

- Priorizar o atendimento dos Pacientes com dor torácica.
- Agilizar o atendimento e o diagnóstico etiológico.
- Otimizar a acurácia diagnóstica das Síndromes Coronarianas Agudas.
- Reduzir a taxa de Hospitalização inapropriada de pacientes sem Síndrome Coronariana Aguda.
- Reduzir a taxa de liberação inapropriada de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda.
- Reduzir o tempo de reperfusão coronária nos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio.

- Reduzir os custos da investigação diagnóstica.

Fluxograma

- Os Pacientes serão estratificados em um Fluxograma baseado nas características da dor torácica na admissão e os achados eletrocardiográficos.

História Clínica com caracterização do tipo de dor e Exame Físico.

A Anamnese inicial identifica uma dor torácica como típica ou atípica

Dor Típica

Dor Tipo A : Definitivamente Anginosa

Dor Tipo B: Provavelmente Anginosa

Dor Atípica

Dor Tipo C : Provavelmente não anginosa

Classificação do Tipo de Dor
Dor Tipo A – Definitivamente Anginosa Dor Torácica que dá ao Médico examinador a certeza do diagnóstico de Insuficiência Coronariana Aguda, independente dos resultados dos Exames Complementares. (Dor/desconforto retroesternal ou precordial, com piora ou desencadeada ao esforço físico, com duração maior que 5 minutos e aliviada com repouso ou Nitrato em menos de 10 minutos).
Dor Tipo B – Provavelmente Anginosa Dor torácica cujas características faz da Insuficiência Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, porém necessitando o médico de exames complementares para sua confirmação. (Tem a maioria das características da dor definitivamente anginosa).
Dor Tipo C – Provavelmente não anginosa Dor torácica cujas características não faz da Insuficiência Coronariana a principal suspeita diagnóstica, porém necessitando o Médico de Exames complementares para sua exclusão. (Tem algumas poucas características da dor definitivamente anginosa).

Rota 1 - Ambulatorial

CLASSIFICAÇÃO DIAGNOSTICA

1. Todos os Pacientes deverão ter a classificação de Braunwald e TIMI Score em suas hipóteses diagnosticas (Vide Anexo).

TERAPÊUTICA ADJUVANTE DAS S.I.M.I.

Medidas Gerais Iniciais:

- Repouso no Leito com monitorização eletrocardiográfica contínua, PA não invasiva e oximetria de pulso (C).
- Morfina ou Meperidina quando os sintomas não forem controlados com as medidas antisquêmicas ou na presença de congestão pulmonar (C).
  - Oxigênio suplementar para os pacientes que se apresentam com dispneia ou cianose, Saturação de Oxigênio < 90% ou no máximo nas primeiras 2 – 3 horas nos pacientes que evoluam sem complicações (C).
  - Nitroglicerina, comp. Sublingual ou Spray seguido pela administração Intravenosa (C).
  - Aspirina na dose inicial de 200mg (mastigada) ou 100 a 300 mg nos pacientes que já fazem uso regular (A).

TRATAMENTO ESPECÍFICO

1. Nitratos Dose:

- Sublingual: NTG 0,30 a 0,44 mg / Dinitrato de Isosorbida 5 mg (01 comp.) a cada 5 min, dose máxima de 15 mg.
- Intravenoso: NTG 10-20 mcg/min. Aumentar 5-10 mcg cada

5-10 min

- Atenção (Contraindicações):
  - PAS< 90 mm Hg
  - Infarto Ventrículo Direito
  - Uso de Sildenafil nas últimas 24 hs
  - Limitar queda da PAS:
  - 10 % se normotenso
  - 30 % se hipertenso

BETA-BLOQUEADORES

Quando?

Em todos os pacientes com IAM sem elevação de ST ou Angina instável que não apresentem contraindicações.

Como?

Metoprolol

5 mg IV lento; repetir após 5 min (total 15 mg), observando Pressão Arterial e Frequência Cardíaca.

Nos pacientes com boa tolerância iniciar a terapia oral com doses de 100 a 200 mg/dia ou outro Betabloqueador (Propranolol/ Atenolol).

Contra – indicações ao uso dos Betabloqueadores

- Frequência Cardíaca < 60 bpm
- Pressão Arterial Sistólica < 100 mmHg
- Sinais de Insuficiência Ventricular Esquerda
- Edema Agudo de Pulmão
- Sinais de hipoperfusão Periférica
- BAV 1º grau com P-R > 0,24 Seg
- BAV 2º ou 3º grau
- DPOC grave
- História de Asma Brônquica
- Doença Vascular Periférica Clopidogrel Quando?
- Pacientes que apresentem contraindicações absolutas ou relativas ao uso do AAS
- Pacientes com Angina Instável de Alto Risco (Inversão da Onda T > 02 mm ou Infradenivelamento do Segmento S-T > 0,5 mm) ou Infarto sem Supradesnível do Segmento S-T.

Como?

1. Dose de Inicial de 300mg (04 comp.) e manutenção de 75mg/dia.

Ácido Acetil Salicílico

Quando?

Todo pacientes com IAM e AI que não apresentem contraindicações ao seu uso.

Como?

Dose inicial de 200mg (Mastigar) ou manutenção da dose de 100 a 300 mg/dia nos pacientes com relato de uso regular da mesma. Manter o uso indefinidamente. Heparina Não Fracionada Quando?

Em todos os pacientes com Angina Instável ou IAM sem onda Q que não apresentem contraindicação ao seu uso.

Como?

Bolus: 60UI/Kg com dose máxima de 5000 UI

Manutenção: 12UI/Kg com dose máxima de 1000UI/h reajustando a velocidade de infusão de acordo com quadro em anexo.

TTPa (seg)	**Bolus**	**Parar Infusão**	**Velocidade**	**Repetir TTPa**
< 40	3000 UI	O min	+ 2 ml/h	6h
40 – 49	0	0	+ 1 ml/h	6h
50 – 70	0	0	0	24h
71 – 85	0	0	- 1ml/h	24h
86 – 100	0	30 min	- 2 ml/h	6h
101 – 150	0	60 min	- 3 ml/h	6h
> 150	0	60 min	- 6 ml/h	6h

Bloqueadores dos Canais de Cálcio Quando?

1. Em pacientes com isquemia recorrente, quando betabloqueadores são contraindicados, na ausência de disfunção Ventricular Esquerda (Verapamil e Diltiazem).
2. BCC de longa duração para isquemia recorrente na ausência de contraindicação quando betabloqueadores e Nitratos estiverem em dose máxima.

Pravastatina Quando?

1. Em todos os Pacientes com quadro clínico de Angina Instável que apresentam LDL-Colesterol > 115 mg Como?

Iniciar com dose de 20 mg / dia e posterior reajuste de dose ambulatorial.

Diagnóstico e Tratamento das Síndromes Isquêmicas Miocárdicas

Instáveis

ROTINAS DA UNIDADE CORONARIANA PARA TRATAMENTO DOS PACIENTES COM

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO S-T

TERAPIA ASSOCIADA

Deverá ser administrada a todos os pacientes com IAM, concomitante ao esquema de reperfusão ou isoladamente naqueles que não preencherem os critérios descritos acima.

- B – Bloqueador: Iniciar Metoprolol Intravenoso nos pacientes que não apresentarem contraindicação. Deve ser administrado em três bolus de 5mg. Os pacientes são avaliados por 5 min. após cada bolus, e se a frequência cardíaca cair abaixo de 60bpm ou a pressão sistólica cair abaixo de 100 mmHg a droga não deve ser mais administrada. Se a estabilidade hemodinâmica persistir, 15 min. após a última dose, o paciente deve receber inicialmente Metoprolol Oral 50mg duas vezes ao dia, aumentando gradativamente até atingir controle ideal da frequência cardíaca.
- Nitrato Intravenoso: Em todos os pacientes que não apresentem contraindicação, durante 48 horas.
- AAS: Após a dose de admissão, manter 100mg/dia, exceto nos pacientes com intolerância ou alergia documentada (Substituir por Clopidogrel).
- IECA: Iniciar em todos os pacientes que não apresentarem contraindicação: 12,5mg · 25mg · 50mg a cada 08 horas.
- Pravastatina: Iniciar em todos os pacientes com LDL - Colesterol > 130mg/dl.
- Liquemine: Deve ser iniciado na dose de 5000 UI SC de 8/8h.

ESQUEMA 1 DE REPERFUSÃO

R-tpa + Abciximab + Heparina

- R – tpa: Dose Total de 50mg (15mg em bolus + 35mg em 60 min).
- Abciximab: Bolus de 0,25 mg/Kg + Infusão contínua de 0,125 ug/Kg/min até dose máxima de 10 ug/min por um período de 12 horas.
- Heparina: Bolus de 40 UI/ Kg (Máximo de 3000 UI) seguidos de 7UI/Kg/h (Máximo de 800 UI/h) nas primeiras 03 horas e posteriormente com o objetivo de manter o TTPa entre 50 e 70 segundos nas primeiras 24 horas.

ESQUEMA 2 DE REPERFUSÃO

EXAMES DE ROTINA

1. Hemograma
2. CPK e CK-MB – Deverão ser realizadas inicialmente de 6/6h até ser registrado Pico Posteriormente a cada 12 horas até normalização. Se houver recorrência da dor co alteração eletrocardiográfica significativa, as enzimas deverão ser novamente realizadas com os mesmos critérios da admissão com um máximo de 04 dosagens se não houver elevação inicial. 3. Função Renal e Eletrólitos (Sódio, Potássio, Magnésio, Uréia, Creatinina)
4. TTPa e TP
5. Perfil Lipídico em jejum e/ou na admissão.
6. Eletrocardiograma - Além do realizado na admissão, deverão ser realizados 01 hora e 03h após o término da Trombólise e diariamente a partir de então enquanto estiver internado na UCO ou quando necessário. 7. Ecocardiograma – Deverá ser realizado no 1º PIM ou mais precocemente se necessário. Novo Exame a critério da MP em caso de intercorrências.

ANEXOS DE UTILIDADE

Dose de Ataque e Manutenção do Abciximab

Obs: A dose de manutenção é preparada diluindo-se 4,5ml do Abciximab em 250ml de S Fisiológica ou Glicosada a 5%.

Peso (Kg)	Bolus IV (ml)		Manutenção (ml/h)	Peso (Kg)	Bolus IV(ml)		Manutenção (ml/h)
45	5,6	9		79	9,9	16	
46	5,8	10		80	10,0	17	
47	5,9	10		81	10,1	17	

48	6,0	10	82	10,2	17
49	6,1	10	83	10,4	17
50	6,2	10	84	10,5	17
51	6,4	11	85	10,6	17
52	6,5	11	86	10,8	17
53	6,6	11	87	10,9	17
54	6,8	11	88	11,0	17
55	6,9	11	89	11,1	17
56	7,0	12	90	11,2	17
57	7,1	12	91	11,4	17
58	7,2	12	92	11,5	17
59	7,4	12	93	11,6	17
60	7,5	12	94	11,8	17
61	7,6	13	95	11,9	17
62	7,8	13	96	12,0	17
63	7,9	13	97	12,1	17
64	8,0	13	98	12,3	17
65	8,1	14	99	12,4	17
66	8,2	14	100	12,5	17
67	8,4	14	101	12,6	17
68	8,5	14	102	12,8	17

69	8,6	14	103	12,9	17
70	8,8	15	104	13,0	17
71	8,9	15			
72	9,0	15			
73	9,1	15			
74	9,2	15			
75	9,4	16			
76	9,5	16			
77	9,6	16			
78	9,8	16			

NORMOGRAMA DE CONTROLE DA HEPARINA

1.	TTPa (seg)	**2. Bolus**	**3. Parar Infusão**	**4. Velocidade**	**5.**	**Repetir TTPa**
< 40		3000 UI	O min	+ 2 ml/h	6 h	
40 – 49		0	0	+ 1 ml/h	6 h	
50 – 70		0	0	0	24h	
71 – 85		0	0	- 1ml/h	24h	
86 – 100		0	30 min	- 2 ml/h	6h	
101 – 150		0	60 min	- 3 ml/h	6h	

> 150	0	60 min	- 6 ml/h	6h

Contraindicações para Trombólise

Absolutas
AVC Hemorrágico prévio em qualquer época ou outros tipos de AVC ou eventos Cerebrovasculares no último ano.
Neoplasia Intracraniana Conhecida.
Sangramento interno ativo (Exceto Menstruação).
Suspeita de Dissecção de Aorta
Relativas
Hipertensão não controlada na admissão (TA > 180 x 110 mmHg)
Uso atual de anticoagulantes oral em dose Terapêutica.
História de Acidente Cérebrovascular prévio ou Patologia Cerebral conhecida que não se encaixa nas contraindicações.
Trauma recente (Entre 2 – 4 Semanas), incluindo trauma em Crânio ou manobras de reanimação traumáticas ou prolongadas (> 10min) ou Cirurgia maior (< 3 Semanas).
Punção vascular não compressiva.
Sangramento interno recente (Entre 2 – 4 Semanas).
Exposição prévia a Streptokinase (Especialmente entre 5 dias – 2 anos) ou reação alérgica prévia.
Gravidez
Úlcera Péptica ativa.
História de Hipertensão crônica Severa.

RECOMENDAÇÕES PARA CINEANGIOCORONARIOGRAFIA PRECOCE

1. Pacientes com episódios persistentes ou recorrentes de isquemia sintomática, espontânea ou induzida, com ou sem alterações eletrocardiográficas associadas.
2. Desenvolvimento de Choque Cardiogênico, congestão pulmonar severa ou hipotensão persistente.
3. Pacientes que apresentarem critérios para indicação de Cirurgia Cardíaca de Urgência/Emergência.

RECOMENDAÇÕES PARA CIRURGIA CARDÍACA DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

1. Pacientes que não obtiveram sucesso na ATC, evoluindo com manutenção da dor ou instabilidade hemodinâmica e com anatomia coronariana compatível com a realização de Revascularização Cirúrgica. 2. Pacientes que evoluírem com Comunicação Interventricular, Ruptura de Parede Livre ou Insuficiência da Válvula Mitral por disfunção/ruptura de músculo papilar.

RECOMENDAÇÕES PARA ESTRATIFICAÇÃO ANTES DA ALTA HOSPITALAR

- Os Pacientes que evoluírem sem complicações deverão ter Alta da UCO no 2º PIM e Alta Hospitalar do 5º ao 7º PIM.
- Todos os Pacientes que tiverem diagnóstico de IAM de Parede Anterior ou IAM Complicado que não preencherem os critérios de Cineangiocoronariografia Precoce, deverão ser submetidos a

Cateterismo por volta do 5º PIM. Os demais deverão realizar Teste Ergométrico antes da Alta (Mini-Teste). Os que apresentarem impossibilidade de realizar o esforço na esteira, realizarão Cintilografia com Stress farmacológico.

TRATAMENTO DAS ARRITMIAS EM PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Fibrilação Atrial

Presença de Ritmo de Fibrilação Atrial	

1.7.5 Procedimento Médico: Residente em Clínica Médica

- Acompanhar os pacientes no Serviço ou em outros Serviços,.
- Atender nos ambulatórios especializados, se possível sob supervisão direta do estafe.
- Participar, se programado, das atividades de laboratório elou de procedimentos especializados.
- Participar de todas as reuniões da Seção e do Serviço.
- Participar dos plantões do Serviço.
- Supervisionar, participando ativamente os residentes.
- Responsabilizar-se pelas ocorrências médicas da enfermaria onde estiver lotado e zelar pelo cumprimento das rotinas do serviço.
- Fazer a nota de admissão de todos doentes de sua responsabilidade até as 16hs, utilizando o seguinte roteiro
- Identificação completa do paciente
- Historia clinica completa
- Exame físicos
- Revisão do prontuário
- Impressão diagnostica
- Solicitação de exames de rotina
- Hemograma completo, hemossedimentação, ureia, glicose, creatinina, urina - EAS, fezes – parasitológico, raios-X, de tórax, . eventualmente quando indicado solicitar exames especiais
- Anotar na papeleta os exames solicitados e ordens medicas
- Prescrever o tratamento inicial e a dieta.
- As notas de admissão de pacientes após as 16 horas serão feitas pelo plantonista

Na rotina da manhã - fazer a história clínica completa no impresso próprio, anotar detalhada e diariamente a evolução clínica, o tratamento prescrito e os novos exames solicitados. Às sextas-feiras fazer um resumo de tudo que aconteceu ao paciente e das mudanças de conduta eventualmente ocorridas, após discussão de cada caso na reunião da seção.

Por ocasião da alta, preencher o sumário em todos os seus campos e fazer um resumo do caso no verso da folha do Sumário de altas deverão ser dadas até às 11 horas e entregues na sala da chefia do Serviço.

Participar das escalas de plantão e cumprir as normas do regulamento dos plantonistas.

Responsabilizar-se pelas ocorrências médicas das enfermarias onde estiver lotado e zelar pelo cumprimento das rotinas do Serviço.

Consultar o plantonista administrativo do hospital, o chefe do plantão geral, a chefia do serviço I seção ou a chefia da Residência em caso de ocorrências que escapam à sua competência.

Encerrada a visita da manhã, os residentes deverão:

- Estudar detalhadamente os casos sob sua responsabilidade, de modo que possam relatá-los de memória quando solicitado ou couber discutir nas reuniões;

- • Fiscalizar a execução das ordens médicas e visitar os doentes que necessitam de cuidados especiais (fora do horário da rotina) inclusive;
- • Fazer revisão de prontuários e observações, preparar os sumários de alta e os casos para apresentações em reuniões;
- • Procurar, se necessário, no laboratório ou em outros serviços os resultados de exames elou as respostas a pareceres solicitados, fixando-os nas papeletas e prontuários;
- Se necessário, fazer a colheita de material para exames de urgência, a qualquer hora do dia ou da noite; levá-lo pessoalmente ao laboratório, ou providenciar sua entrega imediata, bem como tomar conhecimento dos resultados tão logo estejam prontos e transcrevê-los ou anexá-los à papeleta; deverão ser contornados todos os obstáculos e envidados todos os esforços para a realização imediata dos exames de urgência, inclusive radiografias,

Anotar no livro de ocorrências todos os fatos e situações que mereçam registro.

IMPORTANTE: As escalas para atendimento nos plantões, ambulatórios e enfermarias devem ser rigorosamente cumpridas e só poderão ser alteradas com o conhecimento prévio a Chefia do Serviço.

Constitui falta grave o não cumprimento das escalas e desrespeito ao horário de trabalho.

3 ROTINA OPERACIONAL

3.1 Solicitação de Exames Externos (exceto exames de imagem)

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 padrão de exames e a solicitação de procedimentos especiais constando justificativa clínica completa, sendo necessária assinatura do médico responsável pelo paciente (staff)

2. A solicitação será entregue na recepção da Direção (SAAD) que encaminha para avaliação da Diretoria de

Medicina (DM), que poderá autorizar, ou solicitar informações complementares, ou mesmo negar autorização e devolver justificativa ao solicitante

3. Após autorizado pela DA, a secretaria da direção deve avisar a Unidade Solicitante, que deverá buscar a solicitação autorizada para efetuar agendamento.

Cuidados

Ações em caso de não conformidade

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

3.2 Solicitação de Medicamento não Padronizado

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

O médico da unidade ou Serviço solicitante deve preencher a solicitação completa e anexar pelo menos duas referências com nível de evidência e encaminhar ao Serviço de Farmácia

O Serviço de Farmácia recebe, avalia (quanto ao preenchimento do formulário e envio da literatura científica, quanto a disponibilidade em programas do Ministério da Saúde, quanto ao saldo em estoque resultante de compras anteriores, quanto a disponibilidade comercial e/ou manipulação e encaminha para análise da CFT

A médica presidente da CFT analisa, emite parecer técnico e encaminha para Diretoria de Medicina (DM)

A DM avalia a solicitação com base no parecer da CFT, emite seu próprio parecer e encaminha novamente ao Serviço de Farmácia

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 O Serviço de Compras realiza a cotação com pelo menos três fornecedores, encaminha ao Serviço de farmácia para análise técnica do medicamento 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) O Serviço de Compras emite o empenho ao fornecedor para a entrega do medicamento no Serviço de Farmácia O Serviço de Farmácia recebe o medicamento solicitado e comunica à Unidade onde o paciente está internado O médico solicitante prescreve diariamente o medicamento conforme rotina de prescriçãomédica para paciente internado 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

3.3 Solicitação de Exames de Imagiologia

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 procedimentos especiais que se encontra no prontuário do paciente, com a devida justificativa clínica e indicação do exame completa contendo todas as informações relevantes.

Os dois documentos devem ser levados para a Secretaria da Direção (em caso de procedimentos especiais) , conforme fluxo de entrega de documentos de cada Unidade de Internação. Os documentos serão avaliados pela Diretoria de Medicina (DM), que poderá autorizar, ou solicitar informações complementares chamando a equipe solicitante.

Após autorizado pela DM, a secretaria da direção coloca o carimbo contendo a clínica para a qual o exame foi autorizado . Esta orientação será dada pela DM.

4. As unidades de internação são avisadas de que a solicitação está autorizada para que possam buscá-las e providenciar o agendamento do exame solicitado.

Cuidados

Ações em caso de não conformidade

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante	Data

3.4 Solicitação de Padronização de Medicamentos

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 menos duas referências com nível de evidência e encaminhar à CFT

A solicitação de padronização de medicamentos poderá ser entregue à CFT. A análise da solicitação será realizada em reunião ordinária mensal da CFT. Quando necessário, uma outra reunião extraordinária poderá ser realizada em conjunto com o médico solicitante e/ou chefia da especialidade e ainda outros profissionais convidados

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 Central de Abastecimento Farmacêutico/Serviço de Farmácia através de memorando para providências de aquisição. Caso seja negada a 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

4 PROTOCOLOS CLINICOS - AMBULATORIAIS

4.1 INTRODUÇÃO

Esta publicação se destina aos profissionais da área de saúde, em especial àqueles que trabalham na área de especialidades clínicas, das unidades Hospitalares. Esses protocolos são guias de orientação sucinta para auxiliar na prática diária e foram construídos a partir da colaboração principal de Coordenadores das áreas técnicas e de colaboradores do "***setor de qualidade do INSTITUTO CEM***".

Outra fonte amplamente consultada foi a obra publicada pelo Ministério da Saúde – "Protocolos da ambulatoriais" que serviu de modelo. Contudo, procuramos com os atuais protocolos refletir problemas vividos pelas unidades já em funcionamento geridas pelo **INSTITUTO CEM** e, além de tratar de situações mais prevalentes, abordamos temas do dia-a-dia com foco nos ciclos de vida da criança, a mulher e o idoso.

Considerando o direito, à saúde, estabelecido pelo artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e o direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde prestados pelo poder público, previsto no artigo 196 da Carta Magna. Cabe ao sistema público de saúde propiciar os recursos e meios para o exercício de boas práticas em saúde e com isso a necessidade da padronização de condutas, idealmente respaldadas em evidências científicas e, para isto é preciso um envolvimento de todos.

Esta é uma edição pioneira que deverá ser revista e enriquecida, periodicamente, com a ampla participação de profissionais da saúde, buscando atualização permanente para a elaboração de protocolos e condutas baseados em evidências científicas bem como sua implantação em toda a nossa rede de atendimento uma vez que procurou-se abordar os temas mais frequentes e de forma objetiva para facilitar consultas rápidas e esclarecedoras.

Balizadores:

1. ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE

Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

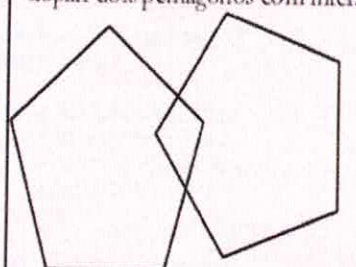
ENCAMINHAR A CARDIOLOGIA OU CLÍNICA MÉDICA (AUSÊNCIA DE CARDIOLOGIA)
1) HAS de difícil controle terapêutico
- PAS > 180 mmHg
- PAD > 110 mmHg

- 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)

2. MEEM

Quadro 1 – Miniexame do estado mental (MEEM)

Orientação temporal (5 pontos)	Qual a hora aproximada?
	Em que dia da semana estamos?
	Que dia do mês é hoje?
	Em que mês estamos?
	Em que ano estamos?
Orientação espacial (5 pontos)	Em que local estamos?
	Que local é este aqui?
	Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui?
	Em que cidade nós estamos?
	Em que estado nós estamos?
Registro (3 pontos)	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO
Atenção e cálculo (5 pontos)	Subtrair: 100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65
Memória de evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
Nomear 2 objetos (2 pontos)	Relógio e caneta
REPETIR (1 ponto)	"Nem aqui, nem ali, nem lá"
Comando de estágios (3 pontos)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Escrever uma frase que tenha sentido
Ler e executar (1 ponto)	Feche seus olhos
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção 

Fonte: Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3B):777-81.

3. ESCALA DE DOR

A ESCALA DA DOR

SEM DOR

0 - sem dor.

Dor leve - irritante, mas não interfere nas atividades diárias.

1 - A dor é muito leve, quase imperceptível. Na maioria das vezes você não pensa sobre isso.

DESCONFORTÁVEL

2 - Dor menor. Irritante e pode ter ocasionais pontadas mais fortes.

3 - A dor é perceptível e distrai, no entanto, você pode se acostumar e se adaptar.

Dor Moderada - Interfere significativamente nas atividades da vida diária.

ANGUSTIANTE

4 - Dor moderada. Se você está profundamente envolvido em uma atividade, ela pode ser ignorada por um período de tempo, mas ainda assim é uma distração.

5 - Dor moderadamente forte. Não pode ser ignorado por mais do que alguns minutos, mas com esforço você ainda consegue trabalhar ou participar de algumas atividades sociais.

6 - Dor moderadamente forte que interfere nas atividades diárias normais. Dificuldade de concentração.

Dor Severa - Desativadora; incapaz de realizar atividades de vida diária.

INTENSA

7 - Dor intensa que domina os sentidos e limita significativamente sua capacidade de realizar atividades diárias normais ou manter relações sociais. Interfere com o sono.

TOTALMENTE HORRÍVEL

8 - Dor intensa. A atividade física é severamente limitada. Conversar requer grande esforço.

9 - Dor excruciante. Não é possível conversar. Chorando e / ou gemendo incontrolavelmente.

INIMAGINÁVEL INDESCRITÍVEL

10 - Dor indizível. De cama e possivelmente delirante. Muito poucas pessoas experimentarão esse nível de dor.

4.2 PROTOCOLO DE MANCHESTER

5 ANESTESIA

5.1 ANESTESIA LOCAL - PEQUENAS CIRURGIAS

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	ANESTESIA LOCAL **PEQUENAS CIRURGIAS**	
POP **01/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo: aplicação do procedimento de sedação ambulatorial/anestesia local

Melhorar a qualidade do cuidado e satisfação do paciente através do alívio da dor e da ansiedade, facilitando procedimentos terapêuticos ou diagnósticos oportunos e bem-sucedidos, especificamente em pequenas cirurgias ambulatoriais, exames endoscópicos e de imagem em pacientes não cooperativos.

Recursos necessários:

EPI's;

Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante;
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Monitorizar os sinais vitais.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

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

6 CARDIOLOGIA

6.1 CARDIOLOGIA GERAL

6.1.1 Insuficiência cardíaca

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO PADRÃO - POP*** ***OPERACIONAL***	Logo SES
	CARDIOLOGIA GERAL ***Insuficiência cardíaca***	
POP **02/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento de Insuficiência cardíaca

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional
Exames complementares sugeridos: Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma, teste ergométrico e cateterismo.
Caso seja atingida a meta de tratamento e o paciente não apresentar lesão em órgão-alvo, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar tratamento, de posse do relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

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

6.1.2 Hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle e secundária

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	CARDIOLOGIA GERAL ***Hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle e secundária.***	
POP **03/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

Diagnóstico e tratamento de Hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle e secundária.

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional
Exames complementares sugeridos: Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, ureia, sódio, potássio, EAS, microalbuminúria, ECG. Se necessário, Mapa

Caso seja atingida a meta de tratamento e o paciente não apresentar lesão em órgão-alvo, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar tratamento, de posse do relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

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

6.1.3 Arritmias

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO PADRÃO - POP*** ***OPERACIONAL***	Logo SES
	CARDIOLOGIA GERAL ***Arritmias***	
POP		Emissão: xx/xx/21

04/2023	EXECUTANTE: **MEDICO**	Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento de Arritmias

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

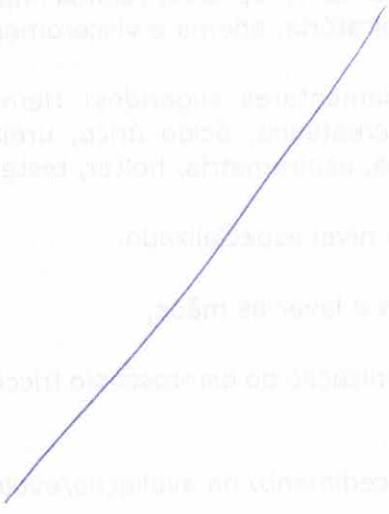
Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);

Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional
Exames complementares sugeridos: Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, ureia, sódio, potássio, EAS, ECG, RX de tórax, ecocardiograma, espirometria, holter, teste ergométrico
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

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

6.1.4 Parecer cardiológico – pré-operatório com avaliação do risco cirúrgico

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO PADRÃO - POP*** ***OPERACIONAL***	Logo SES



	CARDIOLOGIA GERAL ***Parecer cardiológico – pré-operatório com avaliação do risco cirúrgico***	
POP **05/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Parecer cardiológico – pré-operatório com avaliação do risco cirúrgico

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;

Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional
Exames complementares sugeridos: Hemograma, TAP, PTT, glicemia de jejum, ureia, creatinina, TGO e TGP, ECG, RX de tórax
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

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

6.2 CARDIOLOGIA CORONARIANA

6.2.1 Doença aterosclerótica coronariana

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO PADRÃO - POP*** ***OPERACIONAL***	Logo SES
	CARDIOLOGIA CORONARIANA ***Doença aterosclerótica coronariana.***	
POP **06/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e Tratamento de Doença *aterosclerótica coronariana*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional
Exames complementares sugeridos: Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma, teste ergométrico, dosagem de enzimas cardíacas e cateterismo.
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse do relatório de contra referência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação	
	Assinatura do representante:	Data:

6.3 CARDIOLOGIA VALVULAR –

6.3.1 Doença orovalvular

LOGO UNIDADE	***PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP***	Logo SES
	CARDIOLOGIA VALVULAR ***Doença orovalvular.***	
POP **07/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença orovalvular.

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio

Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional
Exames complementares sugeridos: Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma, teste ergométrico e cateterismo
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

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

7 NEUROLOGIA

7.1 Cefaleia

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEUROLOGIA** ***Cefaleia***	Logo SES
POP **01/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Cefaleia*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Relatar achados importantes e informar PA. Caso seja realizado exame de fundo de olho e se encontrar papiledema, encaminhar paciente com exames para avaliação neurológica/neurocirúrgica em serviço de urgência. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, bioquímica (glicose, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, LDH, fosfatase alcalina, GGT, BTF, proteínas totais e frações), sorologias para sífilis, hepatite e HIV, ácido fólico, T4 livre, TSH, vitamina B12, eletroneuromiografia.
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento ou avaliação diagnóstica, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

7.2 Epilepsia, convulsão e desmaios

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	NEUROLOGIA ***Epilepsia, convulsão e desmaios***	
POP **02/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Epilepsia, convulsão e desmaios*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Crises convulsivas de difícil controle (após uso de duas medicações anticonvulsivantes em doses plenas), suspeita de epilepsia sintomática, crises convulsivas como componentes de síndromes neurológicas. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como TC de crânio, EEG e outros.
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento ou avaliação diagnóstica, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	NEUROLOGIA ***Doença de Parkinson.***	
POP **03/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Doença de Parkinson.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Tremor de repouso, bradicinesia, rigidez e alterações posturais. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: NÃO HA
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento ou avaliação diagnóstica, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEUROLOGIA** ***Distonias***	Logo SES
POP **04/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Distonias*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Focal ou generalizada.. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RNM de crânio.
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEUROLOGIA** ***Neuropatias e síndrome do túnel do carpo.***	Logo SES
POP **05/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Neuropatias e síndrome do túnel do carpo.*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Neuropatias já diagnosticadas em outro serviço e que necessitem de tratamento especializado, dores neuropáticas com refratariedade, parestesias recorrentes, progressivas, acompanhadas ou não de dor, cãimbras, paresias e paralisias em geral, excetuando-se as síndromes piramidais. Incluem-se principalmente as paraplegias arreflexas/hiporreflexas e as paresias/ paralisias segmentares e focais (facial, do nervo abducente etc.), bem como as disfagias e as disfonias mais arrastadas, amiotrofias generalizadas, segmentares ou focais que não sejam decorrentes de imobilização após AVE ou outra condição estranha ao sistema neuromuscular, quedas frequentes, perda do equilíbrio. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos Hemograma, bioquímica (glicose, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, LDH, fosfatase alcalina, GGT, proteínas totais e frações), sorologias para hepatite e HIV, hormônios tireoidianos, vitamina B12, eletroneuromiografia
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEUROLOGIA** ***Distúrbio de aprendizagem e retardo psicomotor***	Logo SES
POP **06/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Distúrbio de aprendizagem e retardo psicomotor*

Recursos necessários:
EPI's;

Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados História sucinta que especifique qual atraso do desenvolvimento neuropsicológico foi observado, qual é o distúrbio do comportamento, o tempo de evolução e os dados sobre o parto no primeiro ano de vida. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: TC de crânio
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento ou avaliação diagnóstica, o usuário deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	NEUROLOGIA ***Paralisia facial periférica.***	
POP **07/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Paralisia facial periférica.*

Recursos necessários:

EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Mononeuropatia isolada de instalação aguda com comprometimento de toda a hemiface. Pode-se acompanhar de alteração dos gostos salgado e doce na metade da língua do lado comprometido e hiperacusia. Não há outro déficit neurológico (hemiplegia, hemianestesia e alteração de sensibilidade superficial da face). Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: NÃO HÁ
Jamais encaminhar ao serviço de neurologia, manejar na UBS. Só encaminhar se houver eventos recorrentes ou outros achados neurológicos combinados.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;

Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEUROLOGIA** ***Cisticercose.***	Logo SES
POP **08/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Cisticercose.*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Sintomas focais, meníngeos e crises epilépticas. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos TC de crânio, RNM e EEG
Retorno à UBS, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	NEUROLOGIA ***Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).***	
POP **09/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).*

Recursos necessários:

EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Evolução de disfagia, disfonia e perda progressiva de força, generalizada ou bulbar. Sinais de comprometimento de 1º e 2º neurônio motor. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos Eletroneuromiografia, RNM de crânio e cervical
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	NEUROLOGIA ***Miastenia grave e outras miopatias***.	
POP **10/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Miastenia grave e outras miopatias*

Recursos necessários:

EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Já diagnosticada em outro serviço e que necessite de tratamento especializado ou suspeita diagnóstica de miastenia. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos TC de tórax, eletroneuromiografia (estimulação repetitiva)
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEUROLOGIA** ***Acidente vascular cerebral***	Logo SES
POP **11/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Acidente vascular cerebral*

Recursos necessários:

EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Já diagnosticada em outro serviço e que necessite de tratamento especializado ou suspeita diagnóstica de miastenia. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos Hemograma, bioquímica, lipidograma, ECG, TC e/ou RNM do crânio e USG vascular.
Dependendo da avaliação, encaminhar à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	NEUROLOGIA ***Hidrocefalia.***	
POP **12/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Hidrocefalia.*

Recursos necessários:

EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Aumento do perímetro cefálico em relação à faixa etária. Irritabilidade, vômitos, sonolência. Sinal do pote rachado (sinal de MacEwen). Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: TC e RNM de crânio
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEUROLOGIA** ***Síndromes demenciais (Alzheimer e outros).***	Logo SES
POP **13/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Síndromes demenciais (Alzheimer e outros).*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio

Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Avaliação neuropsicológica com Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e Teste do Desenho do Relógio (TDR). Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, TAP, glicose, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, fosfatase alcalina, GGT, bilirrubinas, proteínas totais e frações, VDRL, FTA-ABS, vitamina B12, ácido fólico, T4 livre, TSH, TC e/ou RNM do crânio.
Permanecer no nível especializado, mas com acompanhamento mais frequente na UBS.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **NEUROLOGIA** ***ESCLEROSE MÚLTIPLA (Surto agudo e quadro crônico)***	Logo SES
POP **13/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *ESCLEROSE MÚLTIPLA (Surto agudo e quadro crônico*

Recursos necessários:

EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar História detalhando a instalação e o comprometimento neurológico identificado (motor, sensitivo, de coordenação, esfincteriano e visual), principalmente em mulher jovem. Diferenciar surto agudo em cenário de doença crônica e autoimune. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Orientar o paciente a levar os exames que já possuir, tais como RNM, líquor e potenciais evocados
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;

Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

8 UROLOGIA

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	UROLOGIA ***Hematúria.***	
POP **01/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Hematúria.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes DA História Hematúria macroscópica ou microscópica de repetição, sem disúria (ardência para urinar). Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: USG de vias urinárias, EAS, citologia urinária, urinocultura e antibiograma, hemograma, coagulograma, TC de abdome e pelve
Depende do diagnóstico
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	UROLOGIA ***Hidrocele***	
POP **02/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Hidrocele*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes DA História Todos os casos. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: USG, hemograma, coagulograma.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	UROLOGIA ***Varicocele.***	
POP **03/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Varicocele.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes DA História Todos os casos. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: NÃO HA
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **UROLOGIA** ***Fimose.***	Logo SES
POP **04/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Fimose.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes DA História Todos os casos. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, coagulograma.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **UROLOGIA** ***Vasectomia.***	Logo SES
POP **05/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Vasectomia.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes DA História Encaminhamento do serviço do planejamento familiar da unidade e do termo de consentimento informado da companheira. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Exames pré-operatórios
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à CIRURGIA para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **UROLOGIA** ***Estenose uretral traumática e/ou pósoperatória***.	Logo SES
POP **06/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Estenose uretral traumática e/ou pósoperatória*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes DA História Trauma uretral e balanite xerótica obliterante. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: USG, EAS, ureia, creatinina, uretrografia, hemograma, coagulograma
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à CIRURGIA para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **UROLOGIA** ***Litíase vesical.***	Logo SES
POP **07/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Litíase vesical.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes DA História Cálculo de bexiga maior que 0,5 cm.. Associa-se com infecções urinárias de repetição, disúria, dificuldade miccional, hematúria, piúria e cristais em excesso no EAS; Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: EAS, urinocultura, ureia, creatinina, cálcio, fósforo, hemograma, RX simples de abdome, USG de rins e vias urinárias, TC de abdome e pelve sem contraste.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à CIRURGIA para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	UROLOGIA ***Litíase ureteral***	
POP **08/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Litíase ureteral*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Os cálculos renais menores que 0,5 cm devem ser encaminhados se apresentarem hidronefrose associada e/ou malformações renais e/ou estenose de junção pieloureteral. Cólica nefrética (com irradiação para flanco e fossa ilíaca e área genital), às vezes com náuseas e vômitos. Hematúria, piúria e cristais em excesso no EAS. Avaliação prévia para diagnóstico diferencial de apendicite, diverticulite, colecistite e pancreatite. Hidronefrose associada ao exame de imagem; cálculo sem mudança de posição ureteral por 15 dias, de acordo com exame de imagem; cálculo maior ou igual a 0,5 cm, no seu maior eixo, de acordo com exame de imagem.; Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: EAS, urinocultura, ureia, creatinina, cálcio, fósforo, hemograma, RX simples de abdome, USG de rins e vias urinárias, TC de abdome e pelve sem contraste.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à CIRURGIA para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	UROLOGIA ***Litíase renal***	
POP **09/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Litíase renal*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70%

Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Quando do tipo coraliforme na pelve renal, associa-se com infecções urinárias de repetição, cólica nefrética (com irradiação para flanco e fossa ilíaca e área genital), às vezes com náuseas e vômitos. Hematúria, piúria e cristais em excesso no EAS. Teste de giordano positivo. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: EAS, urinocultura, ureia, creatinina, cálcio, fósforo, hemograma, RX simples de abdome, USG de rins e vias urinárias, TC de abdome e pelve sem contraste.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à CIRURGIA para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	UROLOGIA ***Disfunção erétil.***	
POP **10/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Disfunção erétil.*

Recursos necessários:
EPI's;

Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Pacientes portadores de problemas de ereção que já tenham sido tratados com drogas orais inibidoras de fosfodiesterase tipo 5, sem sucesso, e que sejam portadores de fatores de risco, tais como: HAS, DM, dislipidemia, cardiopatias, endocrinopatias e neuropatias; disfunção erétil desenvolvida após cirurgia para tratamento do câncer de próstata, cistectomia radical e outras cirurgias pélvicas; disfunção erétil em pacientes submetidos à radioterapia da região pélvica. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre, hepatograma, hemograma e lipidograma
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à CIRURGIA para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;

Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	UROLOGIA ***Distúrbios do orgasmo***	
POP **11/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Distúrbios do orgasmo*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Distúrbios do orgasmo masculino, tais como ejaculação precoce, anorgasmia e dificuldade de orgasmo, desde que já tenham sido submetidos ao tratamento farmacológico SEM SUCESSO. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Glicose, dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre, hepatograma, hemograma e lipidograma.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à CIRURGIA para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;

Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	UROLOGIA ***Doença de Peyronie.***	
POP **12/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Doença de Peyronie.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Curvaturas penianas anormais comprovadas por exame físico.Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre, hepatograma, hemograma e lipidograma.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à CIRURGIA para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;

Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **UROLOGIA** ***Distúrbio andrológico de envelhecimento masculino (Daem).***	Logo SES
POP **13/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

Diagnóstico e tratamento da doença *Distúrbio andrológico de envelhecimento masculino (Daem).*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Portadores de testosterona total sérica inferior a 300 ng/dl, maiores de 50 anos de idade, sem evidências de câncer de próstata. Impossibilidade de penetração e/ou desconforto importante durante o ato sexual e pacientes que tenham recebido tratamento farmacológico por, pelo menos, 6 meses.Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre, PSA total, hepatograma, hemograma e lipidograma.

Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à CIRURGIA para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	UROLOGIA ***Infertilidade masculina***.	
POP **14/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Infertilidade masculina*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos. Exame geralmente normal, podendo apresentar varicocele, azoospermia. Paciente masculino que esteja tentando constituir prole, sem método contraceptivo, por, pelo menos, 1 ano, com frequência sexual regular e parceira em investigação ginecológica em paralelo Paciente masculino que esteja tentando constituir prole, sem método contraceptivo, por, pelo menos, 1 ano, com frequência sexual regular e parceira em investigação ginecológica em paralelo. Determinação da classe funcional.

Exames complementares sugeridos: Pacientes portadores de alterações referentes a número, velocidade e/ ou vitalidade persistentes em 3 espermogramas colhidos com intervalo mínimo de 15 dias, dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à CIRURGIA para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	UROLOGIA ***Incontinência urinária em mulheres ; Incontinência urinária após cirurgia prostática e/ ou radioterapia pélvica***	
POP **15/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Incontinência urinária em mulher Incontinência urinária em mulheres ; Incontinência urinária após cirurgia prostática e/ ou radioterapia pélvica es*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos. Perda urinária involuntária de urina aos esforços físicos e/ou aumento da pressão intra-abdominal e/ou perda involuntária de urina precedida de intenso desejo de micção, sem evidência de infecção ao EAS e urinocultura Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: USG de vias urinárias, EAS, urinocultura e antibiograma
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à CIRURGIA para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	UROLOGIA ***Queixas miccionais masculinas.***	
POP **16/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Queixas miccionais masculinas.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos. Dificuldade para urinar, hesitação prémiccional, diminuição do jato urinário, insatisfação pós-miccional, noctúria, urgência para urinar, incontinência urinária por urgência, intermitência miccional e polaciúria associadas ou não à disúria, sem evidência de infecção ao EAS e urinocultura. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: USG da próstata e bexiga (via abdominal), USG das vias urinárias, dosagem do PSA total sérico, EAS, urinocultura, ureia, creatinina.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à CIRURGIA para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	UROLOGIA ***Queixas miccionais femininas***	
POP **17/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Queixas miccionais femininas*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos. Dificuldade para urinar, hesitação prémiccional, diminuição do jato urinário, insatisfação pós-miccional, noctúria, urgência para urinar, incontinência urinária por urgência, intermitência miccional e polaciúria associadas ou não à disúria, sem evidência de infecção ao EAS e urinocultura.. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: USG de vias urinárias, dosagem do EAS, urinocultura
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à CIRURGIA para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	UROLOGIA ***Queixas urinárias em pacientes com neuropatia.***	
POP **18/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Queixas urinárias em pacientes com neuropatia.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70%

Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos. Dificuldade para urinar, hesitação prémiccional, diminuição do jato urinário, insatisfação pós-miccional, noctúria, urgência para urinar, incontinência urinária por urgência, intermitência miccional e polaciúria (associadas ou não) decorrentes de doença de Parkinson, AVE, mielopatias em geral (TRM, lesão por HTLV, neurosífilis etc.), neuropatia diabética, paraplegia, tetraplegia, esclerose múltipla e demais neuropatias periféricas, pós-operatório neurocirúrgico, pós-operatório de cirurgias pélvicas e pós-radioterapia pélvica. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: USG das vias urinárias, EAS, urinocultura e antibiograma.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à CIRURGIA para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	UROLOGIA ***Prolapso genital.***	
POP **19/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Prolapso genital.*

Recursos necessários:

EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos. Órgão genital ultrapassa óstio vaginal em repouso. Prolapso genital grau III ou IV Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma e bioquímica
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à CIRURGIA para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **UROLOGIA** ***Tumor e hiperplasia de próstata.***	Logo SES
POP **20/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Tumor e hiperplasia de próstata.*

Recursos necessários:

EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos. Gotejamento pós-miccional, dificuldade para urinar, micturia, incontinência urinária, hematúria, toque retal. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Toque retal em todos os casos, USG, PSA total e livre, EAS, ureia, creatinina. Se a dosagem sérica de PSA total for maior que 20 ng/ml, são sugeridos exames de TC de abdome e pelve e cintigrafia óssea
Depende do diagnóstico
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	UROLOGIA ***Tumor BEXIGA***	
POP **21/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Tumor BEXIGA*

Recursos necessários:

EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos. Hematúria, massa suprapúbica. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: EAS, USG de rins e vias urinárias, RX de tórax, TC de abdome e pelve.
Permanecer no nível especializadO
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **UROLOGIA** ***Tumor URETER***	Logo SES
POP **21/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Tumor URETER*

Recursos necessários:
EPI's;

Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos. Obstrução devido à compressão do lúmen, uronefrose e hematúria.. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos RX de tórax, TC de abdome e pelve.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	UROLOGIA ***Tumor renal (massa renal e cisto renal complexo)***	
POP **22/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Tumor renal (massa renal e cisto renal complexo)*

Recursos necessários:
EPI's;

Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos. Tumores sólidos. Pacientes portadores de cisto renal somente devem ser encaminhados caso a TC evidenciar cisto renal complexo, com septações e/ ou calcificações, múltiplos cistos (rim policístico); cisto renal de grande volume, ou seja, maior que 7 cm ao exame de TC e sinais tomográficos sugestivos de hemorragia intracística. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: USG renal, TC de pelve e bexiga, EAS, RX de tórax e cintigrafia óssea para pacientes portadores de massa renal sólida ou cisto complexo à TC; RNM para tumores que apresentarem invasão de veia renal e/ou veia cava inferior
Permanecer no nível especializadO
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;

Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	UROLOGIA ***Tumor de pênis ou lesões cutâneas suspeitas.***	
POP **23/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Tumor de pênis ou lesões cutâneas suspeitas*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos. Tumores sólidos. Pacientes portadores de cisto renal somente devem ser encaminhados caso a TC evidenciar cisto renal complexo, com septações e/ ou calcificações, múltiplos cistos (rim policístico); cisto renal de grande volume, ou seja, maior que 7 cm ao exame de TC e sinais tomográficos sugestivos de hemorragia intracística. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax, TC de abdome e pelve.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;

Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **UROLOGIA** ***Tumor de testículo.***	Logo SES
POP **24/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Tumor de testículo.*

Recursos necessários:

EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos. Massa testicular crescente indolor. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax, USG bolsa escrotal, TC de abdome e pelve.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)

Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

9 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ***Dores nas costas: cervicalgia, lombalgia.***	
POP **01/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Dores nas costas: cervicalgia, lombalgia.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX da área afetada em duas incidências
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA** ***Deformidades (MMII, cifose e escoliose).***	Logo SES
POP **02/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Deformidades (MMII, cifose e escoliose).*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica

Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Os casos de deformidades em crianças devem ser encaminhados ao especialista a partir de 6 meses de vida. A deformidade em progressão deve ser acompanhada pelo ortopedista. Os casos de "pé torto" ou "pé plano rígido" deverão ser encaminhados para diagnóstico. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX da área afetada
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ***Dor localizada para esclarecimento (articular, tendinites).***	
POP **03/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Dor localizada para esclarecimento (articular, tendinites).*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX da área afetada em AP e perfil.
Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento e de posse do relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ***Dor localizada e/ou deformidade em quadril***	
POP **04/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Dor localizada e/ou deformidade em quadril*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX da área afetada em panorâmica, TC
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA** ***Artrose do quadril.***	Logo SES
POP **05/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Artrose do quadril.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX simples da bacia, do quadril, AP e perfil,
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA** ***Epifisiólise. HFI: somente pacientes acima de 16 anos.***	Logo SES
POP **06/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Epifisiólise. HFI: somente pacientes acima de 16 anos.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX simples da bacia, do quadril, AP e perfil, TC
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA** ***Cirurgias de revisão de ATQ realizadas na unidade que não necessitem de enxerto ósseo.***	Logo SES
POP **07/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Cirurgias de revisão de ATQ realizadas na unidade que não necessitem de enxerto ósseo.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX simples da bacia, do quadril, AP e perfil, TC
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ***Dor localizada e/ou deformidade em joelho.***	
POP **08/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

Diagnóstico e tratamento da doença *Dor localizada e/ou deformidade em joelho.*

Recursos necessários:

EPI's;

Estetoscópio

Álcool a 70%

Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX da área afetada em AP e perfil.
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ***Gonartrose ; Soltura de prótese.***	
POP **09/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Gonartrose ; Soltura de prótese.*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica

Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX: AP, perfil e axial sem carga, AP e perfil com carga. Todos em filme 30/40.
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ***Lesão meniscal;Osteonecrose;Rotura de tendão quadriceptal e tendão patelar.***	
POP **10/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Gonartrose ; Soltura de prótese. Lesão meniscal;Osteonecrose;Rotura de tendão quadriceptal e tendão patelar.*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX: AP e perfil, USG e RNM.
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA** ***Lesão ligamentar (LPF medial) (ligamento patelo-femural-medial).***	Logo SES
POP **11/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Lesão ligamentar (LPF medial) (ligamento patelo-femural-medial).*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX: AP, perfil e axial, RNM, TC de patela (TA-GT).
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA** ***Genovalgo e genovaro.***	Logo SES
POP **12/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Genovalgo e genovaro.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX: AP, perfil e panorâmico com carga de membros inferiores
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA** ***Dor localizada e/ou deformidade em pé/ tornozelo***	Logo SES
POP **13/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Dor localizada e/ou deformidade em pé/ tornozelo*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX da área afetada em AP e perfil.
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA** ***Dor localizada e/ou deformidade em ombro***	Logo SES
POP **14/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Dor localizada e/ou deformidade em ombro*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX da área afetada em AP e perfil.
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

POPS – PARTE VIII–NOVOS PROJETOS 2023

18. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ***Lesão do manguito rotator e síndrome do impacto;***	
POP **15/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Dor localizada e/ou deformidade em om Lesão do manguito rotator e síndrome do impacto;*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX simples da área em AP verdadeiro em rotação interna e externa, perfil escapular, perfil axilar, USG do ombro.
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA** ***Fraturas e luxações da cintura escapular.***	Logo SES
POP **16/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Fraturas e luxações da cintura escapular.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica

Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX simples da área em AP verdadeiro em rotação interna e externa, perfil escapular, perfil axilar ou Velpeau axilar, Zanca para patologias na articulação AC. Apical oblíqua para instabilidades.
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA** ***Fraturas e luxações do cotovelo; Processos degenerativos do cotovelo.***	Logo SES
POP **17/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Fraturas e luxações do cotovelo; Processos degenerativos do cotovelo*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX simples da área em AP, perfil, oblíquas
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA** ***Processos degenerativos do ombro.***	Logo SES
POP **18/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Processos degenerativos do ombro.*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX simples da área em AP verdadeiro em rotação interna e externa, perfil axilar
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ***Todas as patologias, sem exigência de prérequisitos.***	
POP **19/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
Diagnóstico e tratamento da doença *Todas as patologias, sem exigência de prérequisitos.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes Achados significativos Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX da área afetada
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

10 HEMATOLOGIA

10.1 HEMATOLOGIA GERAL

10.1.1 Trombocitopenia menor ou igual a 100.000/mm3 em pelo menos dois exames

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Trombocitopenia menor ou igual a 100.000/mm3 em pelo menos dois exames***	
POP **01/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Trombocitopenia menor ou igual a 100.000/mm3 em pelo menos dois exames*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio

Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos Presença de sufusões hemorrágicas, Avaliar sangramento,Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, bioquímica com hepatograma, sorologia de hepatites B e C, HIV, EBV
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

10.1.2 Leucometria global menor ou igual a 2.000/ mm3 e/ou contagem de neutrófilos menor ou igual a 1.200/mm3 em pelo menos dois exames

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Leucometria global menor ou igual a 2.000/ mm3 e/ou contagem de neutrófilos menor ou igual a 1.200/mm3 em pelo menos dois exames.***	
POP **02/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Leucometria global menor ou igual a 2.000/ mm3 e/ou contagem de neutrófilos menor ou igual a 1.200/mm3 em pelo menos dois exames.*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos Quadro infeccioso, hepatoesplenomegalia, Avaliar infecção, hepatopatia. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, bioquímica com hepatograma, sorologia de hepatites B e C, HIV, EBV.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;

Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

10.1.3 Dosagem de hemoglobina menor que 9 g/dl, com VCM acima de 100fl

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Dosagem de hemoglobina menor que 9 g/dl, com VCM acima de 100fl***	
POP **03/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Dosagem de hemoglobina menor que 9 g/dl, com VCM acima de 100fl*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos Cansaço, fraqueza, astenia e dispneia, Hemograma, reticulócitos, Palidez cutâneo-mucosa, taquicardia, dispneia.Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, reticulócitos.

Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

10.1.4 Blastos no sangue periférico

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Blastos no sangue periférico.***	
POP **04/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Blastos no sangue periférico.* Anemia, alteração de leucócitos e trombocitopenia.

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos Anemia, alteração de leucócitos e trombocitopenia.Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma,

Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contra referência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

10.1.5 Anemia e icterícia por elevação de bilirrubina indireta

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Anemia e icterícia por elevação de bilirrubina indireta..***	
POP **05/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Anemia e icterícia por elevação de bilirrubina indireta*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados significativos Cansaço, fraqueza, astenia, dispneia, urina de coloração escurecida. Palidez cutâneo-mucosa, infecção, sangramentoDeterminação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, bioquímica, LDH, Coombs direto
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

10.1.6 Anemia normocítica e normocrômica, excluídas as doenças crônicas, como insuficiência renal, diabetes, colagenoses, hepatopatias

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** ***HEMATOLOGIA GERAL*** ***Anemia normocítica e normocrômica, excluídas as doenças crônicas, como insuficiência renal, diabetes, colagenoses, hepatopatias***	Logo SES
POP **06/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Anemia normocítica e normocrômica, excluídas as doenças crônicas, como insuficiência renal, diabetes, colagenoses, hepatopatias*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio

Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Cansaço, fraqueza, astenia e dispneia. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Ureia, creatinina, glicose, FAN, TGO, TGP, GGT, fosfatase alcalina, albumina, TAP
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

10.1.7 Alterações no coagulograma na ausência de terapêutica com anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários (AAS, cumarínico) e/ou hepatopatias.

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Alterações no coagulograma na ausência de terapêutica com anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários (AAS, cumarínico) e/ou hepatopatias.***	
POP **07/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Alterações no coagulograma na ausência de terapêutica com anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários (AAS, cumarínico) e/ou hepatopatias*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar sangramento e história familiar de sangramento. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, TAP, PTT
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;

Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

10.1.8 Adenomegalias na ausência de infecção viral aguda.

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** ***HEMATOLOGIA GERAL*** ***Adenomegalias na ausência de infecção viral aguda.***	Logo SES
POP **08/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

diagnóstico e tratamento da doença *Adenomegalias na ausência de infecção viral aguda.*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar febre, sudorese e emagrecimento. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, sorologias para EBV, CMV, toxoplasmose, HIV, VDRL.
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;

Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

10.1.9 Esplenomegalia no adulto, afastada doença hepática de etiologia não hematológica

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Esplenomegalia no adulto, afastada doença hepática de etiologia não hematológica.***	
POP **09/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

diagnóstico e tratamento da doença *Esplenomegalia no adulto, afastada doença hepática de etiologia não hematológica*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar febre, sudorese e emagrecimento. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, bioquímica, USG de abdome superior
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;

Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

10.1.10 Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal..

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** ***HEMATOLOGIA GERAL*** ***Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal..***	Logo SES
POP **10/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal..*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Cansaço, fraqueza, astenia e dispneia, dor lombar e emagrecimento. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, creatinina, cálcio, proteínas totais e frações.

Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

10.1.11 Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal..

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal..***	
POP **10/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal..*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Cansaço, fraqueza, astenia e dispneia, dor lombar e emagrecimento. Determinação da classe funcional.

Exames complementares sugeridos: Hemograma, creatinina, cálcio, proteínas totais e frações.
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

10.1.12 Trombocitose isolada maior que 500.000/ mm3 em 3 hemogramas realizados com intervalo de um mês

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Trombocitose isolada maior que 500.000/ mm3 em 3 hemogramas realizados com intervalo de um mês***	

POP **11/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Trombocitose isolada maior que 500.000/ mm3 em 3 hemogramas realizados com intervalo de um mês*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);

Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar sinais de trombose venosa e/ou arterial, sangramento. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemogramas seriados
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

10.1.13 Trombocitose maior que 500.000/mm3 acompanhada de leucocitose maior que 15.000/mm3 .

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** ***HEMATOLOGIA GERAL*** ***Trombocitose maior que 500.000/mm3 acompanhada de leucocitose maior que 15.000/mm3 .***	Logo SES
POP **12/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Trombocitose maior que 500.000/mm3 acompanhada de leucocitose maior que 15.000/mm3 .*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar Excluir infecção, ausência de febre. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemogramas
Permanecer no nível especializado
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

10.1.14 Leucocitose maior que 20.000/mm3 com desvio à esquerda em ausência de infecção

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Leucocitose maior que 20.000/mm3 com desvio à esquerda em ausência de infecção***	
POP **13/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Leucocitose maior que 20.000/mm3 com desvio à esquerda em ausência de infecção*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar Excluir infecção. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemogramas
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

10.1.15 Eritrocitose (hematócrito maior que 50% em homens e 46% em mulheres).

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Eritrocitose (hematócrito maior que 50% em homens e 46% em mulheres).***	
POP **14/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Eritrocitose (hematócrito maior que 50% em homens e 46% em mulheres).*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar Afastar DPOC e cardiopatias cianóticas. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Hemograma, RX de tórax
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

10.1.16 Um ou mais eventos trombóticos em adultos maiores de 40 anos, sendo afastados neoplasia, hepatopatia, trauma, colagenoses e cardiopatias

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	HEMATOLOGIA GERAL ***Um ou mais eventos trombóticos em adultos maiores de 40 anos, sendo afastados neoplasia, hepatopatia, trauma, colagenoses e cardiopatias***	
POP **15/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

diagnóstico e tratamento da doença *Um ou mais eventos trombóticos em adultos maiores de 40 anos, sendo afastados neoplasia, hepatopatia, trauma, colagenoses e cardiopatias*

Recursos necessários:

EPI's;

Estetoscópio

Álcool a 70%

Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar achados Avaliar História de eventos tromboembólicos, abortos de repetição. Sinais de trombose venosa e/ou arterial. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: Não ha
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

11 PNEUMOLOGIA

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	PNEUMOLOGIA ***Dor torácica.***	
POP **01/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Dor torácica.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Sintomas e sinais significativos de origem pneumológica, derrame pleural. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax PA e perfil, ECG, ECO, TC de tórax
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	PNEUMOLOGIA ***Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC).***	
POP **02/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC).*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar RX de tórax PA e perfil alterados, RX de seios da face alterado (sinusopatia), pneumonia arrastada, com possibilidade de outros diagnósticos, suspeita de neoplasia, obstrução brônquica, corpo estranho, empiema pleural, infecção multirresistente a antibióticos, pneumonia com hipoxemia, insuficiência respiratória. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax, hemograma completo, glicemia, pesquisa de BK no escarro em casos suspeitos, TC de tórax em casos de suspeita de Pneumocystis carinii ou imunocomprometidos. Nos casos mais graves: ureia, creatinina, eletrólitos, proteínas totais e HIV.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **PNEUMOLOGIA** ***Tosse***	Logo SES
POP **03/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Tosse*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Tosse crônica (duração superior a 3 semanas) Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax e dos seios da face ou TC dos seios da face e do tórax.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **PNEUMOLOGIA** ***Pneumopatias intersticiais difusas.***	Logo SES
POP **04/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:

diagnóstico e tratamento da doença *Pneumopatias intersticiais difusas.*

Recursos necessários:

EPI's;

Estetoscópio

Álcool a 70%

Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Doenças autoimunes, doenças intersticiais idiopáticas. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax e TC de tórax
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **PNEUMOLOGIA** ***Doenças supurativas pulmonares: bronquiectasias e abscessos.***	Logo SES
POP **05/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Doenças supurativas pulmonares: bronquiectasias e abscessos.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar RX de tórax ou TC de tórax alterados. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax e TC de tórax
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	PNEUMOLOGIA ***Nódulo pulmonar, massa pulmonar ou mediastinal para investigação.***	
POP **06/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Nódulo pulmonar, massa pulmonar ou mediastinal para investigação.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:

Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar RX de tórax recente alterado ou suspeito, TC de tórax alterada ou suspeita, casos indeterminados mesmo com exames complementares, nódulos alterados em segmento radiológico ou RX prévio; nódulos espiculados, irregulares e/ou suspeitos. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax em PA e perfil recentes e TC de tórax em casos indeterminados.
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES
	PNEUMOLOGIA ***Hipertensão pulmonar.***	
POP **07/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Hipertensão pulmonar.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica

Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Doenças do tecido conjuntivo, cardiopatias congênitas, hipertensão arterial pulmonar primária sem etiologia, HIV com hipertensão pulmonar, tromboembolismo crônico, drogas, anemias hemolíticas, doença veno-oclusivO. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax, ECG, ECO.
Permanecer no nível especializado.
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP** **PNEUMOLOGIA** ***Doenças da pleura.***	Logo SES
POP **08/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Doenças da pleura.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;

Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar RX de tórax e TC alterados Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax e TC de tórax.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

		Logo SES

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	
	PNEUMOLOGIA ***Doenças do mediastino***	
POP **10/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Doenças do mediastino*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar RX de tórax e TC alterados Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax e TC de tórax.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES

	PNEUMOLOGIA ***Asma grave***	
POP **11/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Asma grave*

Recursos necessários:
EPI's;
Estetoscópio
Álcool a 70%
Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)

Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Asma grave ou de difícil controle. Pacientes que necessitam de uso contínuo e de altas doses de broncodilatadores e corticoides sistêmicos e inalatórios e não conseguem controlar os sintomas. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax (afastar outras doenças), RX de seios da face (sinusopatia), IgE (processo alérgico), espirometria, EDA na suspeita de refluxo gastroesofágico, teste alérgico em casos selecionados.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

LOGO UNIDADE	**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**	Logo SES

	PNEUMOLOGIA ***Doença pulmonar obstrutiva crônica.***	
POP **12/2023**	EXECUTANTE: **MEDICO**	Emissão: xx/xx/21 Revisão: xx/xx/21

Objetivo:
diagnóstico e tratamento da doença *Doença pulmonar obstrutiva crônica.*

Recursos necessários:
EPI's; Estetoscópio Álcool a 70% Algodão

Etapas do Processo:
Identificar-se para o paciente e/o acompanhante e realizar a anamnese clinica
Orientar procedimento ao PACIENTE;
Realizar a desinfecção do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70 % em movimento repetido por três vezes;

Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP CIRAS)
Utilizar EPI's necessários (gorro, óculos de proteção, máscara comum, luvas de procedimento);
Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes, Citar Dispneia de esforço, tosse produtiva, DPOC estágios 3 e 4. Determinação da classe funcional.
Exames complementares sugeridos: RX de tórax PA e perfil, TC de tórax.
Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência
Retirar as luvas e lavar as mãos;
Realizar a higienização do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70%;
Registrar o procedimento na avaliação/evolução clínica –SISTEMA (MV)
Realizar lavagem das mãos. (Conforme POP -CIRAS)
Registrar em prontuário/ficha do paciente, assinar e carimbar.

Responsável pela elaboração:	
Responsável pela aprovação:	Aprovação

12 NEUROCIRURGIA

FLUXOGRAMA PARA AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA DE PACIENTES ENVIADOS PARA ATENDIMENTO DE AMBULATÓRIO

t 0min

1. Chegada ao Acolhimento

Checar pedidos e encaminhamentos → Corretos → Encaminhar a consulta

Horário da Consutla

2. Realização da Consulta

Anamnese e Exame Físico realizado pelo Neurocirurgião

t30min

3. Solicitação de Exames

Exame Realizado → Aguardar Laudo → Encaminhar ao Ambulatório para reavaliação

t90min

4. Retorno a Consulta

Neurocirurgião reavalia o paciente e define e conduta final

t120min

5. Conduta Final

Necessita novo retorno no HUGO/Neurocirurgia?

Sim → Agendar a Consulta

Não → Orientações e Liberado para casa. Retornar via regulação caso necessite.

PREFÁCIO

O Procedimento Operacional Padrão (POP), é essencial para garantia da padronização das condutas de um serviço médico. Eles garantem aos usuários uma assistência de qualidade e permite ao corpo de neurocirurgiões sistematizar suas condutas e seguir uma rotina padronizada, a ser realizada por todos os médicos e equipes multidisciplinares.

O POP é a descrição sistematizada e padronizada de uma atividade técnica-assistencial, com o intuito de garantir/atingir o resultado esperado por ocasião de sua realização, livre de variações indesejáveis. O Procedimento Operacional Padrão (POP), descreve cada passo crítico e sequencial da atividade.

Assim, o procedimento Operacional Padrão é uma ferramenta de gestão da qualidade que busca a excelência na prestação do serviço, procurando minimizar os erros nas ações rotineiras, de forma dinâmica, passível de evolução que busca profundas transformações culturais na instituição, nos aspectos técnicos e políticos-institucionais.

Em 2015, é lançada, a primeira edição do Manual de Procedimentos Operacionais (POP) de Neurocirurgia com validade de 01 ano, já com versão atualizada em 2023.

COLABORADORES

Dr Marcos Fernando Tweedie Spadoni

- Chefe do Serviço de Neurocirurgia do Hospital de Urgências de Goiânia

Dr Giordano Queiros Miranda

- Neurocirurgião do Hospital de Urgências de Goiânia

Dr Lórimer Sandoval Carneiro

- Neurocirurgião do Hospital de Urgências de Goiânia

Dr Bernanrdo Drummond Braga

- Neurocirurgião do Hospital de Urgências de Goiânia

Enfª Alan Massachiro

- Diretor de Enfermagem do Hospital de Urgências de Goiânia

AGRADECIMENTOS

Nosso agradecimento a diretoria do Hospital de Urgências de Goiânia e ao Instituto CEM por todo o apoio.

Nosso agradecimento a todos os neurocirurgiões do HUGO.

Nosso agradecimento as equipes multidisciplinares.

NEUROCIRURGIA PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PACIENTE NEUROCIRÚRGICO

Protocolo Operacional Padrão	Elaborado por: Dr Marcos Fernando Tweedie Spadoni e Colaboradores
	Revisado e Aprovado por: Diretoria Clinica e Diretoria Técnica
	Responsabilidade Técnica: Dr Marcos Fernando Tweedie Spadoni

	NEUROCIRURGIA	
1. **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	Código: Neurocirurgia/PA Médico	
Cuidados de Enfermagem no Paciente Neurocirúrgico	**Folha:** 1 de 4	POP Nº. 01-NCX

OBJETIVOS

Sistematizar o atendimento e as condutas das equipes de enfermagem em relação aos pacientes da neurocirurgia. Apresnetamos rotidas com drenos, moviementação, aspiração, acompanhantes e curativos.

A. Drenos

Dreno a Vácuo 3.2

É o dreno mais comumente utilizado. Sendo colocado no espaço extra-dural subgaleal, é utilizado de rotina nas craniotomias e drenagem de hematomas intracranianos. Drenagem por vácuo, retirando resíduo de pequenos sangramentos normais do procedimento cirúrgico.

Posicionamento e Cuidados: deve ser mantido o vácuo e posicionado ao lado da cabeça do paciente, devendo estar sempre visível. Não colocar embaixo do colchão ou pendurado. Anotar o débito a cada 12hs.

Tempo de Permanência: 48hs

Técnica de Retirada: Técnica asséptica. Deve-se cortar o fio de nylon de fixação e tracionar o dreno até sua retirada completa. Realizar compressão local com gaze por 5 minutos e realizar o curativo de ferida operatória de rotina.

Dreno Subdural

Utilizado na drenagem de hematoma subdural crônico. Drena por gravidade. Modelos: Kit de DVE, Bolsa Coletora de Urina. Menos utilizados mas descritos: frasco de soro estéril, luva cirúrgica estéril.

Posicionamento e Cuidados: deve ser mantido *sempre abaixo da cabeceira e aberto*, sempre pendurado no suporte. Importante reposicionar o dreno sempre que a altura da cabeceira for modificada, seja para procedimentos médicos ou de enfermagem. Deve ser fechado durante transporte de paciente, sendo reposicionado e aberto novamente ao término. Anotar o débito a cada 12hs.

Tempo de Permanência: 48hs, podendo ser prolongado por até mais 48hs se alto débito e/ou determinação da neurocirurgia.

Técnica de Retirada: Técnica asséptica. Deve-se cortar o fio de nylon de fixação e tracionar o dreno até sua retirada completa. Realizar compressão local com gaze por 5 minutos e realizar o curativo de ferida operatória de rotina.

Derivação Ventricular Externa - DVE

Intraventricular. Normalmente colocado na região frontal e retirada por contra-abertura na pele. Utilizado em casos de hidrocefalia, monitorização da pressão intracraniana ou para realização de antibioticoterapia intratecal. Drena por diferencial de pressão. Modelo: Kit de DVE.

Posicionamento e Cuidados: deve ser mantido *sempre acima da cabeceira e aberto*, sempre pendurado no suporte. Importante reposicionar o dreno sempre que a altura da cabeceira for modificada, seja para procedimentos médicos ou de enfermagem. Deve ser fechado durante transporte de paciente, sendo reposicionado e aberto novamente ao término. *Posição padrão* de 15cm acima do conduto auditivo externo. O próprio kit possui régua para posicionamento. Anotar o débito a cada 12hs.

Tempo de Permanência: Variável. Depende do quadro clínico, de testes de oclusão temporária e exames tomográficos de controle, aspecto do liquor, podendo ser alterado por determinação da neurocirurgia.

Técnica de Retirada: Técnica asséptica. Deve-se cortar o fio de nylon de fixação e tracionar o dreno até sua retirada completa. Realizar compressão local com gaze por 5 minutos e realizar o curativo de ferida operatória de rotina.

B. Curativos

Ferida Operatória

Os curativos de ferida operatória devem seguir a rotina do hospital e CCIH.

Escaras - UPP

Os curativos são realizados pela comissão de curativos e devem seguir a rotina do hospital e CCIH.

C. Posicionamento e Movimentação no Leito

Deambulação

Deve-se estimular a deambulação precoce nos pacientes neurocirúrgicos como medida de profilaxia de TVP.

Pacientes com Aneurisma Cerebral: devem manter-se em repouso absoluto no leito por risco de ressangramento até que seja transferidos a hospital de referência.

Pacientes com Drenos: Fechar o dreno durante a deambulação e voltar a abri-lo após reposicionamento da cabeceira.

Banhos e Higiene

Higiene oral com Clorexidine deve ser realizada de rotina conforme técnica do hospital.

Deve-se estimular banho de chuveiro, seja deambulando ou com auxilio de cadeira adaptada nos pacientes que tenham suporte de tronco.

Couro cabeludo e cabelos podem e devem ser lavados no banho diariamente.

Tricotomia facial (barba), deve ser realizada nos pacientes salvo quando desejo contrário do mesmo.

Pacientes com Drenos: Fechar o drenos antes do banho e voltar a abri-lo após reposicionamento da cabeceira.

Cuidados com UPP

É obrigatório o reposicionamento do decúbito a cada 2 horas nos pacientes acamados. Seguir protocolo do hospital sobre sequencia e horários estabelecidos.

Placas de hidrocoloide e uso de cremes/pomadas/óleos de acordo com CCIH e chefia de enfermagem e comissão de curativos.

Pacientes em Ventilação Mecânica

Devem ser seguidas as normas estabelecidas na Unidade de Terapia Intensiva.

Cabeceira do paciente deve ser mantida elevada 30-45º, com a cabeça em posição neutra a fim de se evitar compressão de jugulares e tubo orotraqueal.

Deve-se manter uso de meias elásticas de compressão como rotina.

Cuidados com drenos, curativos e movimentação de acordo com o protocolo

Pacientes na RPA

Todas as medidas se aplicam aos pacientes em PO imediato que se encontrem na RPA.

Primeiro curativo de ferida operatória deve ser realizado após 24hs.

Especial atenção deve ser dada ao nível de consciência e avaliação pupilar, pois nas primeiras 24hs após o ato cirúrgico há um risco aumentado de complicações que devem ser abordadas rapidamente

D Sondas e Traqueostomia

Traqueostomia - Plástica ou Metálica

Deve-se aspirar a cada 2 horas e sempre que necessário. Seguir técnica e rotina de fisioterapia e enfermagem.

Os pacientes da neurocirurgia costumam receber alta já sem uso de traqueostomia. São rotineiramente realizadas broncoscopias e troca de cânula semanalmente pela equipe de cirurgia torácica.

Nos casos em que não é possível a retirada as famílias devem ser orientadas ao acompanhamento ambulatorial e cuidados domiciliares.

Sondas de Alimentação Enteral - SNE, SNG, SOG

Seguir rotinas já estabelecidas do hospital. Os pacientes da neurocirurgia costumam receber alta ou com dieta VO exclusiva ou já com a realização de gastrostomia. Todos pacientes com uso de sonda de alimentação devem ter acompanhamento da fonoaudiologia

Gastrostomia - GTT

Seguir rotinas já estabelecidas do hospital.

E. Gerais

Acompanhantes

Todos pacientes da neurocirurgia devem estar com acompanhante 24hs a fim de que já se possa ensinar e orientar os cuidados domiciliares com paciente crônico.

Muitos pacientes se encontram agitados e agressivos devido a lesões cerebrais. Deve-se ter atenção especial com quedas, contenções mecânicas e orientação ao acompanhante.

ATENDIMENTO INICIAL AO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

	NEUROCIRURGIA	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: Neurocirurgia/PA Médico	
Atendimento Inicial ao Acidente Vascular Encefálico	**Folha:** 1 de 2	POP Nº. 02-NCX

OBJETIVOS

Sistematizar o atendimento e as condutas das equipes de emergência no primeiro atendimento ao acidente vascular cerebral. Envolvidos os médicos clinicos, enfermeiros e neurocirurgioes. O uso da Telemedicina está inserido neste contexto.

t 0min

1. Chegada ao Acolhimento

Sinais Clínicos de AVC:

Perda de Força ou Sensibilidade

Dificuldade Visual Súbita

Alteração da Fala

Cefaléia Súbita e Intensa

Vertigem, Desequilíbrio Agudo

2. Paciente com Bom Nível de Consciência e Início dos Sintomas >72horas?

Sim → Fora do Perfil do HUGO. Triagem encaminha ao CAIS.

Não → UET

ATT: Tempo de Inicio <3.5hs? Paciente Prioritário no Hospital!

t 10min

3. Médico Clínico da Emergência → confirma suspeita clínica, solicita TC de crânio sem contraste

4. Enfermeiro Chefe da Emergência → Aciona coleta de laboratório (HT, HB, Glicemia, Plaquetas, TAP, TTPA, RNI, U, Cr, Na, K), Realiza Sinais Vitais, HGT, ECG, Temperatura, Acesso Venoso (2x) com SF0,9% EV 28gts/min

5. Paciente Encaminhado a sala de Tomografia para realização de exame

6. Paciente Encaminhado a sala de Telemedicina acompanhado pelo Plantonista da Clínica Médica

t 20min

Médico Emergencista Clínico da UET: Segue orientações e condutas da Telemedicina

t 30min

1. TCC com sangramento????

Sim → AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA → Protocolo de AVEh ou HSA.

Não → Conduta da Telemedicina. Internação pela Neurologia Clínica

2. TCC com infarto malígno de ACM????

Sim → AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA → Protocolo de Craniectomia Descompressiva

Não → Protocolo de **AVEi**. Alta da Neurocirurgia, Internação pela Neurologia Clínica

ATENDIMENTO INICIAL AO AVCH - ACIDENTE VASCULAR HEMORRÁGICO

	NEUROCIRURGIA	
• **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	Código: Neurocirurgia/PA Médico	
Atendimento Inicial ao AVCh - Acidente Vascular Hemorrágico	**Folha:** 1 de 2	POP Nº. 03-NCX

OBJETIVOS

Sistematizar o atendimento e as condutas das equipes de atendimento em relação ao acidente vascular encefálico hemorragico.

t 0min – inicio do Protocolo

1. Avaliação Neurocirurgia (realizada após atendimento inicial pelo Emergencista e Protocolo de AVE Inicial)

Avalia clinicamente o paciente

Avalia a Tomografia

A. TC com HSA → Protocolo de HSA

B. TCC com Hematoma Intracerebral → Repouso Leito, Monitorização Cardíaca Contínua, Controle Pressórico (alvo PAS 140-160mmHg), Analgesia de Horário, Tratamento Específico de acordo com lesão da TCC

t 15min – definição da conduta

1. HSA → Inicia Protocolo HSA.

2. Hidrocefalia Aguda → Ao Centro Cirúrgico para DVE e Monitorização da PIC Hidrostática

3. Hematoma Cerebelar >15cc → Drenagem Cirúrgica

4. Hematoma SupraTentorial →

A. >30cc com desvio de linha média >5mm e GCS <9 → drenagem do hematoma intracerebral

B. <30cc e GCS >9 → Tratamento Conservador. Alta da Neurocirugia. Internação pela Neurologia Clínica

4. Deterioração Neurológica Progressiva devido ao efeito expansivo com desvio de linha média → drenagem do hematoma intracerebral acrescido de craniotomia descompressiva quando necessário

5. Casos Selecionados: devem seguir conduta individualizada, de acordo com comorbidades, complacência, viabilidade neurológica.

Os HIP capsulares, mesmo volumosos, muitas vezes são tratados clinicamente por seres profundos e com alto índice de ressangramento no pós-operatório.

Pacientes com AVEh são internados aos cuidados da Neurologia Clínica.

t 45min – início do tratamento definitivo

1. Centro Cirúrgico: Início do Procedimento

2. UTI: Paciente com tratamento conservador deve ser transferido neste momento.

3. Enfermaria: Paciente encaminhado a Enfermaria da Neurologia Clínica

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA E ANEURISMA CEREBRAL

	NEUROCIRURGIA

• **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	Código: Neurocirurgia/PA Médico	
Hemorragia Subaracnoidea e Aneurisma Cerebral	**Folha:** 1 de 3	POP Nº. 04-NCX

OBJETIVOS

Sistematizar o atendimento e as condutas das equipes de atendimento em relação ao paciente com hemorragia subaracnoidea e aneurisma cerebral.

t 0min – inicio do Protocolo

1. Avaliação Neurocirurgia (realizada após atendimento inicial pelo Emergencista ou Protocolo de Atendimento Inicial ao AVE

Avalia clinicamente o paciente (escala de Hunt Hess, Escala de Glasgow)

Avalia a Tomografia_(escala de Fisher)

A. TC sem sangramento e com história típica de HSA →

A.1. Punção Lombar Diagnóstica → LCR Normal → Clínica sugestiva → AngioTC crânio.

A.1.1. AngioTC sem sinais de Aneurisma → Alta Hospitalar. Encaminhar para angiografia digital no Hospital das Clínicas / UFG

A.1.2. AngioTC com diagnóstico de Aneurisma → AIH e conduta (abaixo)

A.2. Punção Lombar Diagnóstica → LCR Normal → Clínica pouco sugestiva → Alta Hospitalar. Seguir Atendimento CAIS/Ambulatório.

A.3. Punção Lombar Diagnóstica → LCR Hemorrágico → Angio TC crânio/AIH e conduta (abaixo)

B. TC com HSA → AIH e rotina Aneurisma. Classificar a Hemorragia. Escala de Fisher. **Pedir Angio TC**

C. TCC com AVEh cortical/capsular/lobar→ Protocolo de AVEh

t 15min – definição da conduta

A. Hunt Hess I , II e III→ aguardam vaga pela central de regulação para conduta definitiva em hospital de referência. Conduta cirúrgica de acordo com aspecto tomográfico (abaixo)

B. Hunt Hess IV e Hunt Hess V → Suporte Neurointensivo no HUGO até melhora clínica para tratamento cirúrgico. Encaminhamento para tratamento endovascular nestes casos quando disponível. Conduta cirúrgica de acordo com aspecto tomográfico (abaixo)

CONDUTA IMEDIATA:

1. HSA Sem Hidrocefalia ou HIP Cirúrgico → Internação e solicitação de AngioTC para confirmação diagnóstica. Realização de AIH (microcirurgia vascular intracraniana – 04.03.04.007-8) para transferência a serviço referenciado em Neurocirurgia de Alta Complexidade no SUS. Seguir prescrição padrão (anexo).

2. Hidrocefalia Aguda → Ao Centro Cirúrgico para DVE e Monitorização da PIC Hidrostática.

3. Hematoma Cerebelar >15cc → Drenagem Cirúrgica e clipagem do aneurisma.

4. Hematoma SupraTentorial → > 30cc com desvio de linha média >5mm e GCS <9, drenagem do hematoma intracerebral, clipagem do aneurisma. (estes casos devem ser avaliados isoladamente pois dependem de complacência cerebral, estado neurológico e comorbidades)

5. Deterioração Neurológica Progressiva devido ao efeito expansivo com desvio de linha média → drenagem do hematoma intracerebral, clipagem do aneurisma.

6. Casos Com Diagnóstico de Aneurisma e Necessidade de Drenagem de HIP(pacientes dos itens 3, 4 e 5) → O HUGO não é hospital de referência em alta complexidade para tratamento desta patologia. Estes pacientes devem ser priorizados junto

a central de vagas para transferência a hospital de referência com brevidade. Não possuímos credenciamento e/ou condições ideais para este tipo de cirurgia.

t 45min – início do tratamento definitivo

1. Centro Cirúrgico: Paciente encaminhado ao centro cirúrgico

2. UTI: Pacientes graves (HH III, IV, V), instáveis ou dentro das primeiras 48horas onde o risco de ressangramento é maior.

3. Enfermarias: Paciente clinicamente estáveis (HH I, II) fora das primeiras 48horas onde o risco de ressangramento é maior.

Anexo 1 – Prescrição Padronizada

Acrescentar mediações de uso regular e específicas para cada caso, inclusive reposição hidroeletrolíca individualizada.

Dieta Branda Laxativa

SF 0,9% 500ml EV 35gts/min

Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs

Ranitidina 2ml + AD EV 8/8hs

Luftal 35gts VO 6/6hs

Sinvastatina 80mg VO noite

Nimodipina 30mg 2cp VO 4/4hs

Dexametasona 4mg + AD EV 6/6hs

Hidantal 2ml + SF 100ml EV 12/12hs

Diazepam 10mg VO 22hs e SOS

CGE + HGT + SV 4/4HS

Cabeceira elevada 30º

Avaliação Pupilar e Glasgow 4/4hs

Repouso Absoluto no Leito

HGT 6/6hs e Esquema de Insulina

CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA NO AVCI MALIGNO

	NEUROCIRURGIA	
• **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	Código: Neurocirurgia/PA Médico	
Craniotomia Descompressiva no AVCi Maligno	**Folha:** 1 de 2	POP Nº. 05-NCX

OBJETIVOS

Sistematizar o atendimento e as condutas das equipes de atendimento em relação ao acidente vascular encefálico isquêmico maligno, onde a abordagem do neurocirurgião deve ser considerada.

t 0min – inicio do Protocolo

1. Avaliação Neurocirurgia (realizada após atendimento inicial pelo Emergencista e Protocolo de AVE Inicial)

Avalia clinicamente o paciente + Avalia a Tomografia

A. TC SEM AVC isquêmico Hemisférico → TC com <50% da ACM → Observação Neurológica

Piora Neurológica Progressiva? Repetir TC e reiniciar protocolo

B. TC com AVC isquêmico Hemisférico → TC com >50% da ACM → Curso Maligno (abaixo)

C. TC Borderline com Sinais de Herniação* → Curso Maligno (abaixo)

D. TC Borderline sem Sinais de Herniação* → NIHSS >20 Hemisfério Não Dominante e NIHSS >15 Hemisfério Dominante → Curso Maligno (abaixo)

D. TC Borderline sem Sinais de Herniação* → NIHSS <20 Hemisfério Não Dominante e NIHSS <15 Hemisfério Dominante → Observação Neurológica. Piora Neurológica Progressiva? Curso Maligno (abaixo)

CURSO MALIGNO

A. Paciente com <60 anos e <48hs do ictus → Craniotomia Descompressiva / Uncopara-Hipocampectomia

B. Paciente com >60 anos e/ou >48hs do ictus → Monitorização Neurológica

Protocolo Operacional	Elaborado por: Dr. Marcos Fernando Tuxadia Spadoni Revisado e Aprovado por: Diretoria Clínica - Diretoria Técnica Responsabilidade Técnica: Dr Marcos Fernando Tuxadia Spadoni

* Sinais de herniação: anisocoria ou pupilas fixas/dilatadas; descerebração contralateral à hemiplegia; TC com desvio linha média > 10 mm.

** Contra-Indicações para Cirurgia: distúrbio coagulação não corrigível; cardiopatia severa; doença terminal; infarto bilateral de ACM ou ACA; dependência funcional prévia.

*** Hipotermia: deve ser realizada de maneira moderada e controlada

t 15min – definição da conduta

1. Centro Cirúrgico: Início do Procedimento

2. UTI: Paciente com tratamento conservador deve ser transferido neste momento.

* Pacientes devem ser internados pela neurologia clínica com acompanhamento diário da neurocirurgia.

* Não se deve realizar o implante da calota craniana na região abdominal em nosso serviço

TRIAGEM E PRIMEIRO ATENDIMENTO AO PACIENTE NEUROLÓGICO

	NEUROCIRURGIA	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: Neurocirurgia/PA Médico	
Triagem e Primeiro Atendimento ao Paciente Neurológico	**Folha:** 1 de 2	POP Nº. 06-NCX

OBJETIVOS

Otimizar o fluxo de usuários do HUGO, sendo APLICADO a todos os usuários que procuram o serviço. Responsabilidade de enfermeiros e médicos

DESCRIÇÃO

Passos:

1 – Acolhimento
2 – Identificar o motivo da procura ao serviço
3 - Identificar risco e vulnerabilidade
4 - Classificar as prioridades de acordo com o protocolo estabelecido
5 – Encaminhar para atendimento

RECOMENDAÇÕES

Vermelho(att imediato pelo plantonista da Emergência, após solicita o neurocirurgião)

1. TCE agudo grave - em coma (Glasgow <8)
2. Neurocirurgia Recente com rebaixamento de consciência

Laranja*(att em 10 minutos pelo plantonista da Emergência, após solicita o neurocirurgião)*

1. TCE agudo moderado – Glasgow 9-13

Amarelo*(att em até 60 minutos pelo plantonista da Emergência, após solicita o neurocirurgião)*

1. TCE agudo leve – Glasgow 14-15
2. Neurocirurgia Recente com piora dos sintomas ou aparecimento de novos sintomas neurológicos sem rebaixamento de consciência

Verde(*att em até 120 minutos pelo plantonista da Emergência, após solicita o neurocirurgião)*

1. TCE leve recente (até 3 meses) com pior dos sintomas ou com sinais neurológicos como cefaleia intensa, vômitos ou déficit motor
2. Neurocirurgia Recente sem piora dos sintomas mas com sinais de complicações de ferida operatória (atendido direto pelo neurocirurgião do plantão)

Azul*(att em até 240 minutos)*

1. Pacientes encaminhados de outras unidades de saúde que não se enquadrem acima, como parecer da Neurocirurgia de pacientes no CAIS ou no interior.
2. Seguir protocolo de tomografias externas

Pacientes que não se enquadrem no perfil de urgências do HUGO devem ser encaminhados ao ambulatório de neurocirurgia em unidade básica de saúde ou ao CAIS mais próximo
Não são perfil do nosso serviço pacientes com doenças da coluna vertebral
Quadros de TRM são avaliados pela ortopedia e equipe de TRM
Doença Cerebrovascular é competência da Equipe de Neurologia Clínica

HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO

	NEUROCIRURGIA	
• **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	Código: Neurocirurgia/PA Médico	
TCE – Hematoma Subdural Crônico	**Folha:** 1 de 4	POP Nº. 07-NCX

OBJETIVOS

Sistematizar o atendimento e as condutas das equipes de atendimento em relação ao paciente com hematoma subdural crônico.

t 0min – inicio do Protocolo

1. Avaliação Neurocirurgia (realizada após atendimento inicial pelo Emergencista ou diretamente em pacientes referenciados)

Avalia clinicamente o paciente (escala de Glasgow, Déficit motor, Quadro Clínico Geral) + Tomografia

A. TC com DLM > 10mm:

A.1. Glasgow <13: Tratamento Cirúrgico na Emergência

A.2. Glasgow >13: AIH. Operar se não for transferido em 48hs

B. TC com DLM < 10mm:

B.1. Glasgow <13: Tratamento Cirúrgico na Emergência

B.2. Glasgow >13 com déficit focal: Tratamento Cirúrgico na Emergência

B.3. Glasgow >13 sem déficit focal: AIH. Operar se não for transferido em 48hs

C. TC com HSDC Com Reagudização, Independente do DLM:

C.1. Glasgow <13: Tratamento Cirúrgico na Emergência

C.2. Glasgow >13 com déficit focal: Tratamento Cirúrgico na Emergência

C.3. Glasgow >13 sem déficit focal: AIH. Operar se não for transferido em 48hs

Protocolo Operacional Padrão	Elaborado por: Dr. Marcos Fernando Tuxadia Gnadani Revisado e Aprovado por: Diretoria Clínica – Diretoria Técnica Responsabilidade Técnica: Dr. Marcos Fernando Tuxadia Gnadani

D. TC com HSDC Bilateral:

D.1. Glasgow <13: Tratamento Cirúrgico na Emergência

D.2. Glasgow >13 e cisternas da base amplas: AIH. Operar se não for transferido em 48hs

D.3. Glasgow >13 e cisternas da base comprimidas/ausentes: Tratamento Cirúrgico na Emergência

t 15min – definição da conduta

1. HSDC Unilateral/Bilateral→ Tratamento Cirúrgico por trepanação única ou dupla. Utilizar KIT de DVE como dreno subdural e rotular como tal. POI em UTI obrigatoriamente por 24hs.

2. HSDC Reagudizado→ Tratamento Cirúrgico por craniotomia. Utilizar KIT de DVE como dreno subdural e rotular como tal. POI em UTI obrigatoriamente por 24hs.

3. HSDC Unilateral/Bilateral Recoletado→ 1 cirurgia prévia: Tratamento Cirúrgico por trepanação única ou dupla. Utilizar KIT de DVE como dreno subdural e rotular como tal. POI em UTI obrigatoriamente por 24hs.

3. HSDC Unilateral/Bilateral Recoletado→ 2 ou mais cirurgias prévias: Tratamento Cirúrgico por craniotomia. Utilizar KIT de DVE como dreno subdural e rotular como tal. POI em UTI obrigatoriamente por 24hs.

t 45min – início do tratamento definitivo

1. Centro Cirúrgico: Paciente encaminhado ao centro cirúrgico

2. Enfermarias: Paciente clinicamente estável aguardando Central de Regulação

Anexo 1 – Prescrição Padronizada

Acrescentar mediações de uso regular e específicas para cada caso, inclusive reposição hidroeletrolíca individualizada.

Dieta Branda Laxativa

SF 0,9% 500ml EV 35gts/min

Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs

Ranitidina 2ml + AD EV 8/8hs

Luftal 35gts VO 6/6hs

Dexametasona 4mg + AD EV 6/6hs

Hidantal 2ml + SF 100ml EV 12/12hs

CGE + HGT + SV 4/4HS

Cabeceira elevada 30º

Avaliação Pupilar e Glasgow 4/4hs

Repouso Absoluto no Leito

HGT 6/6hs e Esquema de Insulina

Dreno SubDural Posicionado 15cm abaixo da cabeceira

Anexo 2 – Drenos, Rotinas e Outros

OBS: Atenção ao protocolo de cuidados de enfermagem com o paciente neurocirúrgico.

Drenos: Utilizar KIT de DVE

Rotular como "DRENO SUBDURAL A DIREITA/ESQUERDA"

Posicionamento Dreno

15cm abaixo do conduto auditivo externo do paciente

Retirada do Dreno

Rotineiramente em 48hs após a cirurgia após a avaliação do neurocirurgião

Tomografia de Controle

Deve ser solicitada no 1ºPO ainda na UTI antes da retirada do dreno

Alta UTI/Rpa

Rotineiramente no 1ºPO a não ser que contraindicada pelo Intensivista/Neurocirurgião

Casos Selecionados

Muitos pacientes com HSDC apresentam-se debilitados, com alguma complicação clínica/infecciosa. Pacientes em que o risco de um procedimento cirúrgico sobressaia sobre o acompanhamento clínico devem ser tratados clinicamente até melhora do estado geral.

Nestes casos, solicitar exames complementares e avaliação da clínica médica pré-operatória

A cirurgia deve ser realizada pelo médico que realizar o atendimento no dia e for responsável por sua prescrição

Termos Utilizados

HSDC – Hematoma Subdural Crônico

DLM – Desvio de Linha Média

TC – Tomografia Computadorizada

KIT DE DVE – Bolsa Especifica para neurocirurgias, utlizada em posição subdural e posicionada abaixo da cabeceira, drenam por gravidade.

	NEUROCIRURGIA	
• **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**	Código: Neurocirurgia/PA Médico	
12.1.1 TCE – Orientações Domiciliares	**Folha:** 1 de 1	POP Nº 8. - NCX

OBJETIVOS

Sistematizar o atendimento e as condutas das equipes de atendimento em relação ao paciente com TCE leve que deve manter observação em casa.

DESCRIÇÃO

Caro Acompanhante:

No momento não há sinal de gravidade.

Contudo, qualquer pessoa que tenha sofrido um traumatismo de crânio pode desenvolver sintomas ou mesmo lesões cerebrais em um segundo momento.

As primeiras 24hs são as mais importantes, e o paciente necessita ser observado em casa por um responsável.

Se qualquer dos sintomas abaixo aparecer, leve o paciente novamente para ser reavaliado:

1. Sonolência ou dificuldade em acordar
2. Náuseas e vômitos que não melhoram
3. Convulsões (ataque, crise, desmaios)
4. Perda de força em um braço ou perna
5. Dor de cabeça forte que não melhora
6. Pupila (parte preta do olho) muito maior que a outra, movimento diferente dos olhos ou dificuldade para enxergar
7. Confusão mental, desorientação
8. Inquietação fora do comum
9. Mudança da respiração ou do "pulso"
10. Tontura Importante

Se houver um hematoma ("galo") no local, aplique gelo com proteção nas primeiras horas.

Realize os curativos conforme orientação da equipe do hospital.

Não deixe o paciente fazer uso de bebida alcoólica nos próximos 7 dias.

Mantenha o uso de suas medicações de uso regular / contínuo.

Qualquer dúvida, entre em contato com a equipe de saúde mais próxima.

TCE GRAVE

	NEUROCIRURGIA	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: Neurocirurgia/PA Médico	
TCE Grave	**Folha:** 1 de 3	POP Nº 9 - NCX

OBJETIVOS

Sistematizar o atendimento aos pacientes portadores de lesão expansiva intracraniana.

t 0min – inicio do Protocolo

1. Avaliação Neurocirurgia (realizada após atendimento inicial pelo Emergencista)

Avalia inicialmente o paciente (escala de coma de Glasgow, Reflexos de tronco e sinais vitais):

Pacientes com ECG menor ou igual a 8 e com reflexos de tronco presentes seguirão esse protocolo

Avalia a tomografia e classifica o paciente de acordo com Marshall e cols. (classificação da lesão cerebral difusa)

t 15min – definição da conduta

A. Marshall I: (sem lesão visível na TC)

Observar se há 2 ou mais dos seguintes critérios:

Idade maior que 40 anos

Pressão sistólica menor que 90mmhg

Postura motora em descerebração

A.1. SIM → monitorar a pressão intracraniana (PIC) se disponível

A.2. NÃO → Observação no CTI.

A.3. Realizar medidas clínicas para HIC – hipertensão intracraniana —em todos os casos

B. Marshall II: (ausência de lesão maior que 25cm3, desvio da linha média menor que 5mm, cisternas presentes, inclui fragmentos ósseos ou corpo estranho)

B.1. Monitorar a pressão intracraniana (PIC) se disponível

B.2. Se houver fratura com afundamento aberto → cirurgia para correção do afundamento e monitorar a PIC se disponível

B.3. Realizar medidas clínicas para HIC – hipertensão intracraniana —em todos os casos

C. Marshall III: (cisternas comprimidas ou ausentes, ausência de lesão maior que 25cm3, desvio da linha média menor que 5mm)

C.1. SIM → monitorar a pressão intracraniana (PIC) se disponível

C.2. Se PIC maior que 20mmhg sustentada – Hemicraniectomia descompressiva ou Descompressão bifrontal

C.3 Pode ser considerada a descompressão cirúrgica antes da monitoração em casos selecionados

C.4.. Realizar medidas clínicas para HIC – hipertensão intracraniana —em todos os casos

D. Marshall IV (desvio da linha média maior que 5mm, ausência de lesão maior que 25 cm3)

D.1. Hemicraniectomia descompressiva + monitoração da PIC quando disponível

D.2. Realizar medidas clínicas para HIC – hipertensão intracraniana —em todos os casos

E. Lesão expansiva evacuada (qualquer lesão evacuada cirurgicamente)

E.1. Monitoração da PIC quando disponível ou

E.2. Realização de tomografias seriadas

E.3. Realizar medidas clínicas para HIC – hipertensão intracraniana —em todos os casos

F. Lesão expansiva não evacuada (Lesão maior que 25cm3 ainda não evacuada cirurgicamente)

F.1- Craniotomia e evacuação da lesão + monitoração da PIC se disponível

F.2. Realizar medidas clínicas para HIC – hipertensão intracraniana —em todos os casos

t 45min – início do tratamento definitivo

1. Centro Cirúrgico: Paciente encaminhado ao centro cirúrgico

OBS: Iniciar protocolo de prevenção de infecção em Neurocirurgia da CCIH

2. CTI : Paciente sem indicação do tratamento cirúrgico imediato

Observações

Logo quer surgir a vaga do CTI o paciente deverá ser encaminhado. Os pacientes de alta do CTI que não mais precisarem de cuidados neurocirúrgicos deverão ser encaminhados a clínica correspondente a patologia que o mantém no hospital (p ex. Pneumonia – alta da UTI para clínica médica).

Casos Selecionados

Esse protocolo é um guia para orientar a conduta do neurocirurgião. Ele não substitui o bom senso e a avaliação individual de cada caso. O neurocirurgião assistente é o responsável por escolher a melhor técnica cirúrgica dentro do seu conhecimento para a resolução do caso.

Termos Utilizados

HIC– hipertensão intracraniana

PIC – Pressão intracraniana

TC – Tomografia Computadorizada

TUMOR CEREBRAL

	NEUROCIRURGIA	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: Neurocirurgia/PA Médico	
Tumor Cerebral	**Folha:** 1 de 2	POP Nº 10 - NCX

OBJETIVOS

Sistematizar o atendimento aos pacientes portadores de lesão expansiva intracraniana.

t 0min – inicio do Protocolo

1. Avaliação Neurocirurgia (realizada após atendimento inicial pelo Emergencista ou Protocolo At Inicial ao AVE

Avalia clinicamente o paciente (escala de Karnofski, Escala de Glasgow) e Avalia Exame Imagem

A. TC com Lesão Supratentorial →

A.1. Com Sinais de Hipertensão Intracraniana

Glasgow < 8 e Lesão Cortico-subcortical → Tratamento Cirurgico pelo Plantonista

Glasgow < 8 e Lesão Profunda → Suporte UTI e AIH para Microcirurgia em rede conveniada

Glasgow > 8 → AIH para Microcirurgia em rede conveniada

A.2. Sem Sinais de Hipertensão Intracraniana → AIH para Microcirurgia em rede conveniada

B. TC com Lesão Infratentorial →

B.1. Hidrocefalia → DVP pelo Plantonista

B.2. Hipertensão de Fossa Posterior

Glasgow <8 – Craniectomia Descompressiva e Ressecção do Tumor se possível

Glasgow >8 - AIH para Microcirurgia em rede conveniada

C. TC com Múltiplas Lesões→

C.1. Suspeita Metástase → AIH Microcirurgia em rede conveniada

C.2. Suspeita Lesão Inflamatoria sem necessidade de Cirurgia – Internação para Neurologia Clinica

t 45min – início do tratamento definitivo

1. Centro Cirúrgico: Paciente encaminhado ao centro cirúrgico

2. UTI: Pacientes graves e instáveis

3. Enfermarias: Paciente clinicamente estáveis

Anexo 1 – Prescrição Padronizada

Acrescentar mediações de uso regular e específicas para cada caso, inclusive reposição hidroeletrolíca individualizada.

Dieta de Acordo com o Caso

SF 0,9% 500ml EV 35gts/min

Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs

Ranitidina 2ml + AD EV 8/8hs

Luftal 35gts VO 6/6hs

Dexametasona 4mg + AD EV 6/6hs

Hidantal 2ml + SF 100ml EV 12/12hs

CGE + HGT + SV 4/4HS

Cabeceira elevada 30º

Avaliação Pupilar e Glasgow 4/4hs

PRESCRIÇÕES PADRONIZADAS

	NEUROCIRURGIA	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: Neurocirurgia/PA Médico	
Prescrições Padronizadas	**Folha:** 1 de 7	POP Nº 11 - NCX

OBJETIVOS

Sistematizar as prescrições dos pacientes da neurocirurgia, adequando as particularidades de cada caso e cada paciente.

Neurocirurgia – Enfermaria Básica

PRESCRIÇÃO
DIETA VO LIVRE
SF 0,9% 500ML EV 3X
DIPIRONA 2ML + AD 10ML EV 4X
RANITIDINA 2ML + AD 10ML EV 2X
PLAMET 2ML + AD 10ML EV 3X SOS

TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV SOS
OBSERVAR CONSCIENCIA + GLASGOW + AVALIAÇÃO PUPILAR 6/6HS
CGE + SV
CABECEIRA ELEVADA 30°
A ENFERMARIA
FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA

Neurocirurgia – AVC H - Enfermaria

DIETA VO HIPOSSODICA
SF 0,9% 500ML EV 3X
DIPIRONA 2ML + AD 10ML EV 4X
RANITIDINA 2ML + AD 10ML EV 2X
PLAMET 2ML + AD 10ML EV 3X SOS
SINVASTATINA 20MG 1 CP VO 20HS
CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>150 E PAD>110
HGT 4X
Esquema de Insulina Conforme HGT
CGE + SV
OBSERVAR CONSCIENCIA + GLASGOW + AVALIAÇÃO PUPILAR 6/6HS
FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA
CABECEIRA ELEVADA 30°

Neurocirurgia – AVC H - UTI

DIETA SNE HIPOSSODICA
SF 0,9% 500ML EV 3X
DIPIRONA 2ML + AD 10ML EV 4X

RANITIDINA 2ML + AD 10ML EV 2X
PLAMET 2ML + AD EV 10ML 3X SOS
SINVASTATINA 20MG 1 CP VO 20HS
CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>150 E PAD>110
HIDANTAL 2ML + SF 0,9% 100ML EV 3X
FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA
CABECEIRA ELEVADA 30º
FENTANIL 2ML |
DORMONID 45MG |
SF0,9% 500 ML | BIC ACM
OBSERVAR CONSCIENCIA + GLASGOW + AVALIAÇÃO PUPILAR 6/6HS
VM + O2 + AD
A UTI
HGT 4X
Esquema de Insulina Conforme HGT

Neurocirurgia – HSA – Enfermaria

DIETA BRANDA LAXATIVA
RINGER 500ML EV 4X
DIPIRONA 2ML + AD EV 4X
RANITIDINA 2ML + AD EV 2X
PLAMET 2ML + AD EV 3X
DECADRON 4MG EV4X
HIDANTAL 1AMP + SF 0,9% 100ML EV 2X
NIMODIPINA 30 MG 2CP VO 4X
SINVASTATINA 20MG 2CP VO 20HS
DIEMPAX 10MG VO 22HS
A ENFERMARIA
CABECEIRA ELEVADA 30º
OBSERVAR CONSCIENCIA + GLASGOW + AVALIAÇÃO PUPILAR 6/6HS

REPOUSO ABSOLUTO NO LEITO

Neurocirurgia – HSA – UTI

DIETA SNE
RINGER 500ML EV 4X
DIPIRONA 2ML + AD 10ML EV 4X
RANITIDINA 2ML + AD 10ML EV 2X
PLAMET 2ML + AD 10ML 10ML EV 3X
DECADRON 4MG+ AD 10ML EV4X
HIDANTAL 1AMP + SF 0,9% 100ML EV 2X
NIMODIPINA 30 MG 2CP SNE 4X
SINVASTATINA 20MG 2CP SNE 20HS
CAPTOPRIL 25MG SNE ACM
CABECEIRA ELEVADA 30°
FENTANIL 2ML |
DORMONID 45MG |
SF0,9% 500 ML | BIC ACM
OBSERVAR CONSCIENCIA + GLASGOW + AVALIAÇÃO PUPILAR 6/6HS
VM + O2 + AD
A UTI
HGT 4X
Esquema de Insulina Conforme HGT

Neurocirurgia – Tumor Cerebral – Enfermaria

DIETA VO LIVRE
SF 0,9% 500ML EV 3X

DIPIRONA 2ML + AD 10ML EV 4X
RANITIDINA 2ML + AD 10ML EV 2X
PLAMET 2ML + AD EV 10ML 3X SOS
DECADRON 4MG + AD 10ML EV 4X
HIDANTAL 2ML + SF 0,9% 100ML EV 2X
MANITOL 20% 250ML EV ACM
FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA
CABECEIRA ELEVADA 30º
OBSERVAR CONSCIENCIA + GLASGOW + AVALIAÇÃO PUPILAR 6/6HS
CGE + SV
A enfermaria

Neurocirurgia – Tumor Cerebral – UTI

DIETA SNE
SF 0,9% 500ML EV 3X
DIPIRONA 2ML + AD 10ML EV 4X
RANITIDINA 2ML + AD 10ML EV 2X
PLAMET 2ML + AD EV 10ML 3X SOS
DECADRON 4MG + AD 10ML EV 4X
HIDANTAL 2ML + SF 0,9% 100ML EV 2X
MANITOL 20% 250ML EV ACM
FISIOTERAPIA
CABECEIRA ELEVADA 30º
OBSERVAR CONSCIENCIA + GLASGOW + AVALIAÇÃO PUPILAR 6/6HS
O2 + VM + AD
FENTANIL 2ML |
DORMONID 45MG |
SF0,9% 500 ML | BIC ACM

A UTI
HGT 4X
Esquema de Insulina Conforme HGT

Neurocirurgia – TCE – Enfermaria

PRESCRIÇÃO
DIETA VO LIVRE
SF 0,9% 500ML EV 3X
DIPIRONA 2ML + AD EV 4X
RANITIDINA 2ML + AD EV 2X
PLAMET 2ML + AD EV 3X SOS
TILATIL 20MG + AD EV 2X
TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV SOS
OBSERVAR CONSCIENCIA + GLASGOW + AVALIAÇÃO PUPILAR 6/6HS
CGE + SV
CABECEIRA ELEVADA 30º
ENFERMARIA

Neurocirurgia – TCE – UTI

DIETA ZERO
SF 0,9% 500ML NaCl 20% 20ML Kcl 10% 10ML EV 4X
DIPIRONA 2ML + AD 10ML EV 4X
RANITIDINA 2ML + AD 10ML EV 2X
PLAMET 2ML + AD 10ML EV 3X SOS
TILATIL 20MG + AD 10ML EV 2X

HIDANTAL 2ML + SF 0,9% 100ML EV 2X
O2 + VM
OBSERVAR CONSCIENCIA + GLASGOW + AVALIAÇÃO PUPILAR 6/6HS
CABECEIRA ELEVADA 30º
UTI
SF 0,9% 500ML }
DORMONID 45MG }
FENTANIL 2ML } EV BIC ACM
HGT 4X
Esquema de Insulina Conforme HGT
FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA

Neurocirurgia – Cuidados Pós Operatorios

DVE – MANTER ABERTA 15CM ACIMA DO CONDUTO AUDITIVO. ANOTAR DEBITO 12/12HS
DRENO A VACUO – RETIRADA EM 48HS PÓS-OP
DRENO SUBDURAL – MANTER ABERTO ABAIXO DA CABECEIRA
DRENO SUBDURAL – REITADA EM 48HS
CURATIVO EM FO DIARIO
CABECEIRA – 30º, NEUTRA, JUGULARES LIVRES
FECHAR DRENOS DURANTE MOBILIZAÇÃO DO PACIENTE
PIC – MEDIDA CONTINUA – ANOTAR 4/4HS
AVALIAÇÃO PUPILAR E GLASGOW 4/4HS

	Elaborado por: Dr Marcos Fernando Tweedie Spadoni e Colaboradores

Protocolo Operacional Padrão	Revisado e Aprovado por: Diretoria Clinica e Diretoria Técnica
	Responsabilidade Técnica: Dr Marcos Fernando Tweedie Spadoni

FLUXO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

	NEUROCIRURGIA	
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: Neurocirurgia/PA Médico	
Fluxo de Atendimento Ambulatorial	**Folha:** 1 de 1	POP Nº 12 - NCX

OBJETIVOS

Sistematizar o atendimento ambulatorial dos pacientes da neurocirurgia. Ambulatório realizado de segunda a sexta feira.

t 0min

1. Chegada ao Acolhimento

Checar pedidos e encaminhamentos → Corretos → Encaminhar a consulta

Horário da Consutla

2. Realização da Consulta

Anamnese e Exame Físico realizado pelo Neurocirurgião

t30min

3. Solicitação de Exames

Exame Realizado → Aguardar Laudo → Encaminhar ao Ambulatório para reavaliação

t90min

4. Retorno a Consulta

Neurocirurgião reavalia o paciente e define e conduta final

t120min

5. Conduta Final

Necessita novo retorno no HUGO/Neurocirurgia?

Sim → Agendar a Consulta

Não → Orientações e Liberado para casa. Retornar via regulação caso necessite.

OBS: As consultas ambulatoriais são realizadas para pacientes egressos do serviço de neurocirurgia do HUGO.

FLUXO DE REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIAS EXTERNAS

NEUROCIRURGIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: Neurocirurgia/PA Médico	
Fluxo de Realização de Tomografias Externas	**Folha:** 1 de 1	POP Nº 13 -NCX

OBJETIVOS

Sistematizar o atendimento de pacientes provenientes de outras unidades para a realização de exames de tomografia de crânio.

t 0min

1. Chegada ao Acolhimento

Checar pedidos e encaminhamentos → Corretos → Encaminhar a Tomografia

2. Realização do Exame de Tomografia de Crânio

Exame Realizado → Aguardar Laudo → Encaminhar a Triagem do HUGO

3. Laudo da Tomografia com Alterações?

Hemorragia / Hematoma / Coleção Subdural / Lesão Expansiva / Desvio de Linha Média

Hiperdensidade / Tumor / Aneurisma / Cisto / Hidrocefalia / Fratura / Aneurisma

t30min

Sim → UET. Avaliação do Neurocirurgião de Plantão

Define a conduta: Internação, Cirurgia, Alta

Não → retorna a origem para reavaliação do médico que solicitou o exame. Anexar Cd e laudo impresso

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA NEUROCIRURGIA

NEUROCIRURGIA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Código: Neurocirurgia/PA Médico	
TCLE – Termo de Consentimento para Neurocirurgia	**Folha:** 1 de 2	POP Nº 14 - NCX

OBJETIVOS

Orientar a familia sobre o procedimento cirurgico e colher a assinatura do responsável pelo paciente

TERMO

Por este instrumento, eu _____, declaro que:

1º) fui informado (a) pelo(a) médico (a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e / ou

diagnóstico(s):_____
_____

2º) recebi todas as explicações necessárias quanto aos benefícios, riscos, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

3º) estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s)

_____
_____

(para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada(s) condição(ões) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) (fortuitas);

4º) estou ciente de que em procedimento(s) invasivo(s), como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cárdio-vasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são déficit neurologico temporario ou definitivo, perda visual, hematomas intracranianos, hidrocefalia, coma, morte e outros a seguir:

_____
_____

5º) estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação do(a)médico(a) determinado pela equipe de anestesia.

6º) por livre iniciativa aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

7º) esta autorização é dada ao plantonista da equipe de Neurocirurgia do HUGO bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

8º) tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;;

9º) consinto, portanto, ao(à) médico(a) supra identificado a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize o seu próprio julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s);;

10º) autorizo a realização de filmagens / fotografias, bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a) sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;;

11º) apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeita (o) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Goiânia, _____ / _____ / _____

_____

(assinatura do(a) paciente)

_____

(assinatura da(o) responsável pelo(a) paciente)

No caso de paciente menor, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

_____

_____

(nome completo e legível do responsável) (identidade / órgão)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s)

/procedimento(s) acima descritos, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e firmado.

Goiânia, _____ de _____de 20____.

_____

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

13 HOSPITAL DIA

13.1 FLUXO DE ALTA PARA CIRURGIAS DE PEQUENO PORTE

Pacientes com procedimento cirúrgico sem intercorrências e/ou de pequeno porte, estáveis hemodinamicamente poderão ser encaminhadas para enfermaria de observação a critério do médico anestesiologista;

As pacientes deverão estar acompanhadas por familiar ou responsável para deixar o hospital.

13.1.1 INTRODUÇÃO

O ginecologista que trabalha com criança e adolescente deve ter um preparo técnico e psicológico para capacitá-lo a fazer um exame satisfatório. O êxito do seu relacionamento com a paciente dependerá da sua habilidade, experiência e sensibilidade. Conversar diretamente com a paciente, não somente com os pais, pode causar empatia e melhorar a relação médica com a pequena paciente. Cada fase deve ser tratada de maneira individualizada.

13.1.2 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE

– CID10

Infância:

Queixas mais frequentes: corrimento e/ou prurido vulvar, coalescência de ninfas, sangramento vaginal, crescimento precoce das mamas e/ou aparecimento precoce de pelos axilares e pubianos.

Antecedentes pessoais: Condições do parto, doenças prévias, assim como hábitos higiênicos, alimentares e tipo de moradia.

Local do Exame: claro, arejado e aconchegante. A presença da mãe é importante para garantir à criança tranquilidade e confiança. O profissional deve ter uma atitude calma, delicada e firme. Dependendo da idade da criança a abordagem deve ser feita através brinquedos que lhe distraiam a atenção ou, em crianças maiores, através de diálogo claro, simpático e direto que lhes fará se importantes e participativas. Quando necessário, pode-se deixar o exame físico para uma visita posterior.

13.1.3 Exame físico:

Geral: Visão geral do desenvolvimento pondero-estatural além de sinais de obesidade ou desnutrição. Observar sinais sindrômicos.

Mamas: Observar desenvolvimento prematuro da glândula ou anomalias congênitas. Estadeá-las através dos cinco estádios de Tanner.

Estágios de Tanner – mamas:

M1 – Estágio 1: Pré-púbere (somente elevação da papila, ausência completa de desenvolvimento mamário);

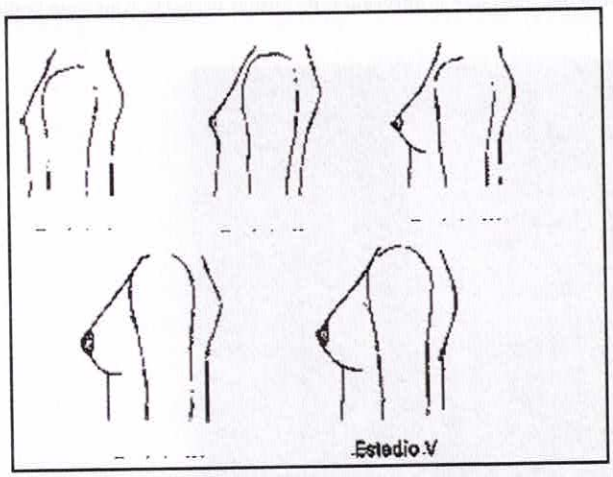
M2 – Estágio 2: Broto mamário;

M3 – Estágio 3: Maior aumento da mama e da aréola, sem separação dos seus contornos;

M4 – Estágio 4: Projeção da aréola e da papila, com aréola saliente em relação ao contorno da

mama;

M5 – Estágio 5: Aréola volta ao contorno da mama, saliência somente da papila. Mama adulta.



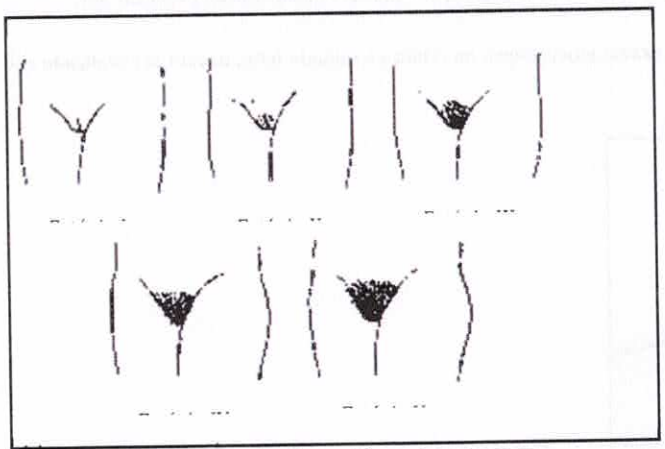
Estágios de Tanner – pelos pubianos:

P1 – Estágio 1: Pré-púbere (ausência de pelos);

P2 – Estágio 2: Pelos longos, finos e lisos ao longo dos grandes lábios;

P3 – Estágio 3: Pelos mais escuros, mais espessos e encaracolados parcialmente sobre o púbis;

P4 – Estágio 4: Pelos mais escuros, espessos e encaracolados cobrindo totalmente o púbis, sem atingiras raízes das coxas;



P5 – Estágio 5: Pelos estendendo-se até as raízes das coxas.

Abdome: Observar abaulamentos, massa palpáveis, pontos dolorosos ou vascularização aumentada.

Ginecológico: Aqui o ginecologista deve ser tranquilo e persuasivo para garantir um bom exame. Aproveitar a presença da mãe para orientá-la sobre os cuidados higiênicos e também tranquilizá-la a respeito da inocuidade do exame quanto ao hímen. A posição da criança para o exame da genitália é o decúbito dorsal com as pernas dobradas e os calcanhares juntos. Às vezes, a paciente pode se sentir mais confortável no colo da responsável. Com a criança bem posicionada, os grandes lábios são afastados, mantidos com o indicador e o dedo médio e puxados suavemente para fora e para trás para visualizar o hímen, o orifício uretral e o clitóris.

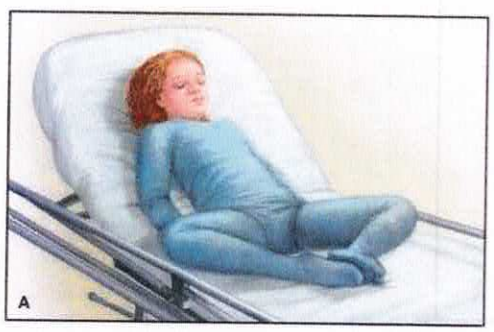
Observar a integridade himenal, que pode se apresentar de formas variadas, conforme gráfico abaixo:

Figura 1. 28/B. IMAG. N. M.
Sistema coletor de liquor.

Algumas características anatômicas da vulva da criança propiciam a contaminação genital e a instalação de infecções: a vulva é mais anteriorizada, os grandes lábios desprovidos de coxim gorduroso, o que faz com que o vestíbulo fique entreaberto; além de ausência de pelos (fator protetor). Uma vez iniciado a puberdade, o aumento do número de camadas epiteliais da mucosa vulvar, por ação dos estrogênios e a modificação dos fatores acima, diminui esta predisposição.

A coleta de material para pesquisa de conteúdo vaginal a fresco e bacterioscopia é feita com um cotonete. Deve-se colher da parte mais interior da vagina para evitar contaminação do meio externo e aproveita-se para ver profundidade da vagina. É importante que o ginecologista explique tudo que vai fazer, mostre o que tem na mão e que nada vai machucá-la ou provocar dor.

O exame retal está praticamente proscrito do exame ginecológico na criança e quando feito, deverá ser realizado sob narcose ou em crianças maiores com seu consentimento.



Exame especular e colpovirgoscopia: É rara a necessidade de um exame interno. Devem ser realizados quando necessários, como em caso de sangramento vaginal, suspeita de corpo estranho, traumatismo, corrimentos persistentes ou suspeita de tumor vaginal.

14 CRE - PROTOCOLO GERENCIA ASSISTENCIAL – ATENDIMENTO AMBULATORIAL INSTITUCIONAL HUGO

1. OBJETIVO

A Regulação Ambulatorial tem como objetivo principal unir as ações voltadas para a regulação do acesso na área ambulatorial, propiciando o ajuste da oferta disponível às necessidades imediatas da população. Trata-se de um sistema que monitora a disponibilidade de vagas em atendimento especializado, tornando mais ágil a marcação de consultas e exames.

O processo de regulação das consultas especializadas e exames complementares no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás se darão através do SERVIR, cuja base está implantada na Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás, seguindo os critérios descritos na Política de Regulação e demais Normas que regem o atendimento equânime descritos na Constituição Federal e Lei 8.080/90.

2. APLICAÇÃO

Esse protocolo aplica-se às informações relacionadas a regulação dos atendimentos ambulatoriais dos serviços ofertados pelo O Hospital Estadual de Urgências de Goiás – Dr. Valdemiro Cruz – HUGO, das especialidades médicas e multiprofissionais, exames diagnósticos.

3. SIGLAS

HUGO: Hospital de Urgências de Goiânia

APS: Atenção Primária a Saúde
CID: Classificação Internacional de Doenças
CNS: Cartão Nacional do SUS
HDA: História da Doença Atual
SADT: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SES: Secretaria Estadual de Saúde
SERVIR: Sistema de Regulação
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
SIGTAP: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.
UBS: Unidade Básica de Saúde
CNRAC: Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
SISCNRAC: Sistema Nacional de Regulação de Alta Complexidade

4. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

4.1. Introdução

O Hospital Estadual de Urgências de Goiás – Dr. Valdemiro Cruz – HUGO é referência em traumatologia e foi idealizado para prestar atendimento de caráter de urgência e emergência de média e alta complexidade, além da assistência, também é um hospital de ensino, pesquisa e extensão universitária.

O hospital tem programas como o de micro cirurgia, que realiza procedimentos como reconstituição de órgãos, reparação cirúrgica e reconstrução de membros inferiores, superiores da face e até reimplantes. O HUGO possui 387 leitos para internação e centro cirúrgico com 10 salas em funcionamento.

O Hugo conta na sua capacidade instalada com 08 consultórios médicos e multiprofissionais, 57 leitos de UTI adulto, 01 Centro Cirúrgico com 10 salas cirúrgicas e 01 sala para recuperação anestésica com 10 leitos, 349 leitos de internação, 10 box na Emergência.

A unidade funciona todos os dias, sendo os atendimentos eletivos de segunda a sexta das 07 às 19 h e internações de urgência destinadas a terapia intensiva 24 horas por dia.

5. SERVIÇOS OFERTADOS

Considerando o perfil da unidade e que o acesso se dará a uma população específica, previamente cadastrada, os agendamentos serão realizados presencialmente após a alta e através do telefone (62) 3201- 4413. O HUGO disponibiliza egressos da unidade gerando então primeiras consultas nas seguintes especialidades:

5.1. Agendas das unidades estaduais (Atendimento Ambulatório)

Primeira consulta: a consulta inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS – Unidades Básicas de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade médica.
Interconsulta: a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.
Retorno: todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde, quanto às subsequentes das interconsultas.

Serviço de Apoio Diagnóstico: os exames disponibilizados aos pacientes atendidos no Hugo, para a Rede Conveniada e pacientes externos.
Alta e Média complexidade: exames de atenção básica, que incluem um rol de procedimentos mais simples, como exames laboratoriais, raios-X, ultrassom, tomografia, endoscopia, entre outros. São capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade.

Cirurgias: procedimentos cirúrgicos ou diagnósticos classificação P3 de alta e média complexidade e cirurgias da linha de traumatologia ortopédica classificação P2.

5.2. Consultas Médicas Ambulatoriais

Procedimento	Código do Procedimento no SIGTAP
Consulta em cardiologia	030101007-2
Consulta em cirurgia geral	030101007-2
Consulta em ortopedia	030101007-2
Consulta em neurocirurgia	030101007-2
Consulta em neuroclinica	030101007-2
Consulta em hematologia	030101007-2
Consulta em ortopedia – ombro	030101007-2
Consulta em ortopedia – fixador externo	030101007-2
Consulta em cirurgia geral	030101007-2
Consulta em cirurgia vascular	030101007-2
Consulta em gastrologista	030101007-2
Consulta em nefrologia	030101007-2

Obs: As vagas externas serão ofertadas no relatório mensal.

5.3. Consultas Médicas Ambulatoriais

O serviço de Cardiologia ofertado no ambulatório são voltadas para os tratamentos de

Arritmias, cardiopatia isquêmica crônica, doença reumática com comprometimento cardíaco, endocardite infecciosa em válvula nativa, insuficiência cardíaca, miocardiopatias, vasculopatias, pericardite apenas.

Já as consultas ambulatórias do serviço de Cirurgia Geral são voltadas para os seguintes casos: Esofagorrafia Cervical, Gastrectomia parcial com ou sem vagotomia, gastrorrafia, gastrostomia, tratamento Cirúrgico de Varizes Esofágicas, apendicectomia, colectomia, colostomia, drenagens, enterectomia, enteroanastomose, e jejunostomia.

Para o serviço de Ortopedia e traumatologia as consultas são voltadas para truamas, excluindo doenças crônicos e tratados de coluna.

As consultas de infectologia suprem a demanda de osteomielites e infeções relacionadas a saúde. Não se enquadra no perfil do hospital no caso de doenças tropicais, DST´s, tuberculose e HIV. Após o primeiro atendimento, caso seja necessário, o médico poderá solicitar tanto o **retorno** na própria especialidade ou a **interconsulta** para as demais especialidades contempladas na unidade.

São ofertados também à rede alguns exames realizados na nossa unidade que serão regulados via sistema. Segue a baixo a relação de exames realizados e a quantidade ofertado externamente.

5.4. Consulta em infectologista – geral

Principais motivos para o encaminhamento: outras espondilopatias infecciosas, osteomielite, osteomielite aguda hematogênica, outra osteomielite aguda, osteomielite subaguda, osteomielite crônica multifocal, osteomielite crônica com seio drenante, outra osteomielite crônica hematogênica, outra osteomielite crônica, outra osteomielite, osteomielite não especificada (M86. 9), infecção e reação inflamatórias devidas a outros dispositivos, implantes e enxertos cardíacos e vasculares, infecção e reação inflamatória devidas ao dispositivo protético, implante e enxerto no aparelho urinário, infecção e reação inflamatória devidas a dispositivo de fixação interna (qualquer local) (T84.6), infecção e reação inflamatória

devidas a outros dispositivos protéticos, implantes e enxertos ortopédicos internos, infecção e reação inflamatória devida a outros dispositivos protéticos, implantes e enxertos internos, complicações próprias de reimplante e amputação, complicações de reimplante (de parte) de extremidade superior, complicações de reimplante (de parte) de extremidade inferior, complicações de outras partes reimplantadas do corpo, neuroma de coto da amputação, infecção de coto da amputação, necrose do coto da amputação, outras complicações e as não especificadas do coto de amputação.

5.5. Consulta em neuroclinica

Principais motivos para o encaminhamento: doenças cerebrovasculares, parkinson/ parksonismos secundários, ataxia, distonia, mioclonia, coreia, distúrbios do movimento, esclerose lateral amiotrófica, sequelas de traumatismo craniano, esclerose múltipla, mielites, cefaléias, demências, transtorno do espectro de neuromielite óptica (neuromyelitis optica spectrum disorder, nmosd, vertigens, polineuropatias, vasculites encefálicas, epilepsia/ crises convulsivas, síndrome de guillain barré, polineuropatia desmielinizante inflamatória subaguda (SIDP).

5.6. Consulta geriatria

Principais motivos para o encaminhamento: fratura trans trocanteriana de fêmur, fratura de colo de fêmur, fratura vertebral, osteoporose, síndrome demencial, doença de alzheimer, demência vascular, demência frontotemporal, demência mista, demência corpos de lewy, doença de parkinson, delirium, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, osteoartrite, transtorno depressivo, tromboembolismo venoso, fibrilação atrial, hiperplasia prostática benigna, hidrocefalia de pressão normal, hematoma subdural crônico, síndrome de fragilidade, síndrome de imobilidade, pneumonia, hipotireoidismo, infecção do trato urinário.

5.7. Consulta em endocrinologia

Principais motivos para o encaminhamento: diabetes mellitus insulino - dependente, diabetes mellitus insulino - dependente com complicações renais, diabetes mellitus insulino - dependente com complicações oftálmicas, diabetes mellitus insulino - dependente com complicações neurológicas, diabetes mellitus insulino - dependente com complicações circulatórias periféricas, diabetes mellitus insulino - dependente com outras complicações especificadas, diabetes mellitus insulino - dependente com complicações múltiplas, diabetes mellitus insulino - dependente com complicações não especificadas, diabetes mellitus insulino -dependente sem complicações, diabetes mellitus não insulino - dependente, diabetes mellitus não insulino - dependente com coma, diabetes mellitus não insulino - dependente com cetoacidose, diabetes mellitus não insulino - dependente com complicações renais, diabetes mellitus não insulino - dependente – com complicações oftálmicas, diabetes mellitus não insulino - dependente com complicações neurológicas, diabetes mellitus não insulino - dependente com complicações circulatórias periféricas, diabetes mellitus não insulino - dependente com outras complicações especificadas, hipotireoidismo subclínico por deficiência de iodo, outros hipotireoidismos, hipotireoidismo devido a medicamentos e outras substâncias exógenas, hipotireoidismo pós - infeccioso, outros hipotireoidismos especificados, hipotireoidismo não especificado, hipotireoidismo pós - procedimento, tireotoxicose (hipertireoidismo), tireotoxicose com bócio difuso, tireotoxicose com bócio tóxico uni nodular, tireotoxicose com bócio tóxico multinodular, tireotoxicose factícia, outras tireotoxicoses; tireotoxicose não especificada, neoplasia benigna da glândula tireóide, obesidade, obesidade devida a excesso de calorias, obesidade induzida por drogas, outra obesidade, obesidade não especificada, distúrbios do metabolismo de lipoproteínas e outras lipidemias, hipercolesterolêmica pura, hipertrigliceridemia pura, hiperlipidemia mista, degeneração gordurosa do fígado não classificada em outra parte, osteoporose com fratura patológica, osteoporose pós-menopáusica com fratura patológica, osteoporose pós - ooforectomia com fratura patológica, osteoporose de desuso com fratura patológica, osteoporose por má absorção pós - cirúrgica com fratura patológica, osteoporose induzida por drogas com fratura patológica, osteoporose idiopática com fratura patológica, outras osteoporoses com fratura patológica, osteoporose não especificada com fratura patológica, osteoporose sem fratura

patológica, osteoporose pós-menopáusica, osteoporose pós - ooforectomia, osteoporose de desuso, osteoporose devida à má absorção pós-cirúrgica, osteoporose induzida por drogas, osteoporose idiopática, osteoporose localizada (lequesne), outras osteoporoses, osteoporose não especificada, osteoporose em doenças classificadas em outra parte, osteoporose em distúrbios endócrinos, osteoporose em outras doenças classificadas em outra parte, deficiência de vitamina d e deficiência não especificada de vitamina D,diabetes melittus, obesidade, tireoidopatias.

5.6. Consulta em pneumologia

Principais motivos para o encaminhamento: pacientes com asma predominantemente alérgica, asma mista, asma não especificada, doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior, outras doenças pulmonares intersticiais com fibrose, influenza [gripe] e pneumonia, bronquiolectasia, bronquiolectasia, enfisema, fisema, síndrome do desconforto respiratório, apneia de sono, sarcoidose do pulmão, coronavírus, hipertensão pulmonar primária, outra hipertensão pulmonar secundária embolia pulmonar, embolia pulmonar com menção de cor pulmonar e agudo, embolia pulmonar sem menção de cor pulmonar e aguda, pneumonites de hipersensibilidade, devidas a outras poeiras orgânicas, tuberculose respiratória, com confirmação bacteriológica e histológica, tuberculo pulmonar, com confirmação por exame microscópico da expectoração, com ou sem cultura, tuberculose pulmonar, com confirmação somente por cultura, tuberculose pulmonar, com confirmação histológica, tuberculose pulmonar, com confirmação por meio não especificado, tuberculose dos gânglios intratorácicos, com confirmação bacteriológica e histológica, tuberculose da laringe, da traquéia e dos brônquios, com confirmação bacteriológica e histológica pleuris tuberculoso, com confirmação bacteriológica e histológica, tuberculose primária das vias respiratórias, com confirmação bacteriológica e histológica, outras formas de tuberculose das vias respiratórias, com confirmação bacteriológica e histológica, tuberculose não especificada das vias respiratórias, com confirmação bacteriológica e histológica, tuberculose miliar aguda de localização única e especificada, sequelas de tuberculose de outros órgãos, avaliação médica por doenças e afecções suspeitas.

5.7. Consulta em cardiologia

Principais motivos para o encaminhamento: hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana, valvulopatias, riscos cirúrgicos, cardiológicos, cardiomegalias, miocardiopatias arritmogências, cardiomiopatias, arritmias.

5.8. Consulta vascular

Principais motivos para o encaminhamento: aterosclerose de aorta, aterosclerose de artéria renal, aterosclerose de extremidades, aterosclerose não especificada, aneurisma dissecante de aorta qualquer porção, aneurisma de aorta torácica, roto aneurisma de aorta torácica, sem sinais de ruptura aneurisma de aorta abdominal, roto aneurisma de aorta abdominal, sem sinais de ruptura, aneurisma de aorta intra-abdominal, roto aneurisma de aorta de localização não especifica, roto aneurisma de aorta de localização não especifica, sem sinais de ruptura, aneurisma de artéria carótida aneurisma de artérias dos membros superiores, aneurisma de artéria renal, aneurisma de artéria ilíaca, aneurisma de artéria de membros inferiores aneurisma de outras artérias especificadas, aneurisma de outras artérias especificadas, aneurisma de localizações não especificadas, síndrome de nataudara, tromboangeíte obliterante, tromboangeíte obliterante, doenças vasculares periféricas especificadas, embolia e trombose de aorta abdominal, embolia e trombose de aorta abdominal, embolia e trombose de artérias dos membros superiores, embolia e trombose de artérias dos membros inferiores, embolia e trombose de artérias dos membros não especificadas, embolia e trombose de artéria ilíaca, embolia e trombose de outras artérias, embolia e trombose de outras artérias, embolia e trombose de artéria não especificada, outros transtornos das artérias, das arteríolas e dos capilares em doenças classificadas em outra parte, flebite e tromboflebite dos vasos superficiais dos membros inferiores, flebite e tromboflebite da veia femoral, flebite e tromboflebite de outros vasos profundos dos membros inferiores, flebite tromboflebite dos membros inferiores, não

especificadas, flebite e tromboflebite de outras localizações, flebite e tromboflebite de localização não especificada, trombose de veia porta, embolia e trombose de veia cava, embolia e trombose de veia renal, embolia e trombose de veia renal, embolia e trombose de outras veias especificadas, embolia e trombose venosas de veia não especificada, varizes dos membros inferiores com úlcera, varizes dos membros inferiores com inflamação, varizes dos membros inferiores com úlcera e inflamação, compressão venosa, outros transtornos venosos especificados, transtorno venoso não especificado, outras linfadenites não específicas, linfadenite não especificada, linfangite, síndrome de linfedema pôs mastectomia, transtorno do aparelho circulatório, subsequentes a procedimento não especificado hemangioma e linfangioma de qualquer localização, diabetes mellitus com complicações circulatórias periféricas, outras vasculopatias necrotizantes especificadas, vasculopatia necrotizante não especificada, traumatismo da artéria carótida, traumatismo da artéria vertebral, traumatismo da veia jugular externa, traumatismo da veia jugular interna, traumatismo de outros vasos sanguíneos a nível do pescoço, traumatismo da aorta torácica, traumatismo da artéria subclávia ou braquiocefálica (inominada), traumatismo de veia cava superior, traumatismo de vasos sanguíneos pulmonares, traumatismo de múltiplos vasos sanguíneos do tórax, traumatismo de vaso sanguíneo não especificado do tórax, traumatismo de aorta abdominal, traumatismo de veia cava inferior, traumatismo da artéria celíaca ou mesentérica, reumatismo de veia porta ou esplênica, traumatismo de vaso sanguíneo renal, traumatismo de vaso sanguíneo ilíaco, traumatismo de vasos múltiplos ao nível do abdome, dorso e da pelve, traumatismo da artéria axilar, traumatismo da artéria braquial, traumatismo da veia axilar ou braquial.

5.9. Consulta em bucomaxilo

Principais motivos para o encaminhamento: fratura dos ossos nasais, fratura dos ossos malares e maxilares, fratura de mandíbula, fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face, outras fraturas do crânio e dos ossos da face; transtornos da articulação temporomandibular, síndrome da dor e disfunção da articulação temporomandibular, click dos mandibulares, deslocamento e subluxação recorrentes da articulação temporomandibular, dor na articulação temporomandibular, não classificada em outra parte, rigidez da articulação

temporomandibular, não classificada em outra parte, osteófito da articulação temporomandibular, outras doenças especificadas da articulação temporomandibular, distúrbio da articulação temporomandibular, não especificada cistos odontogênicos de desenvolvimento, erupção, gengival, queratocisto [primordial], folicular [dentígero], periodontal lateral, outros cistos odontogênicos de desenvolvimento especificados, cisto odontogênico de desenvolvimento, glóbulo maxilar, meso palatino, nasopalatino [canal dos incisivos], papila palatina, outros cistos de desenvolvimento das regiões bucais especificadas, cisto de desenvolvimento da região bucal, não especifica, cisto ósseo aneurismático, cisto ósseo solitário [traumático] [hemorrágico], cistos epiteliais dos maxilares não identificáveis como ontogênicos ou não odontogênicos, outros cistos dos maxilares especificados, granuloma central de células gigantes, lesões granulomatosas e granulomatoses da mucosa oral, neoplasia benigna da boca e da faringe, neoplasia benigna dos lábios, neoplasia benigna da língua, neoplasia benigna do assoalho da boca, neoplasia benigna de outras partes da boca e as não especificadas, neoplasia benigna da amígdala, neoplasia benigna de outras partes da orofaringe, neoplasia benigna da nasofaringe, neoplasia benigna da hipofaringe, neoplasia benigna da faringe, não especificada, outros transtornos dos dentes e de suas estruturas de sustentação, perda de dentes devida a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas, esfoliação dos dentes devida a causas sistêmicas, atrofia do rebordo alveolar sem dentes, raiz dentária retida, outros transtornos especificados dos dentes e das estruturas de sustentação, transtorno dos dentes e de suas estruturas de sustentação, sem outra especificação, , lesão atual, síndrome dolorosa da disfunção da articulação temporomandibular, celulite e abscesso da boca, abscesso periamigdaliano, outras malformações congênitas dos ossos do crânio e da face, abscesso periapical sem fístula, periodontite aguda, Ausência de consolidação da fratura (pseudo-artrose).

5.10. Consulta em hematologia

Principais motivos para o encaminhamento: fratura trans trocanteriana de fêmur, fatura de colo de fêmur, fratura vertebral, osteoporose, síndrome demencial, doença de alzheimer, demência vascular, frontotemporal, demência mista, demência corpos de lewy, doença de

parkinson, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, osteoartrite, transtorno depressivo, tromboembolismo venoso, fibrilação atrial, hiperplasia prostática benigna, hidrocefalia de pressão normal, hematoma subdural crônico, síndrome de fragilidade, síndrome de imobilidade, pneumonia, hipotireoidismo, infecção do trato urinário.

5.11. Consulta em torácica

Principais motivos para o encaminhamento: piotórax com fístula, piotórax sem fístula, pneumotórax de tensão, espontâneo, outras formas de pneumotórax espontâneo, outros tipos de pneumotórax especificados, pneumotórax não especificados, traumatismos múltiplos de órgãos intratorácicos especificado, fibrotórax, hemotórax, outros traumatismos do tórax e os não especificados, traumatismo superficial do tórax, contusão do tórax, outros traumatismos superficiais da parede anterior do tórax, outros traumatismos superficiais da parede posterior do tórax, traumatismos superficiais múltiplos do tórax, traumatismo superficial de outras partes especificadas do tórax e das não especificadas, ferimento do tórax, fratura de costela(s),lesão por esmagamento do tórax e amputação traumática de parte do tórax, outros traumatismos do tórax e os não especificados, ferimento do tórax, ferimento da mama, ferimento da parede anterior do tórax, ferimento da parede posterior do tórax, ferimentos múltiplos da parede torácica, ferimento de outras partes do tórax, ferimento do tórax parte n especificada, fratura do esterno, fratura de costela, fraturas múltiplas de costelas, tórax fundido (oscilante), fraturas de outras partes dos ossos do tórax, fratura dos ossos do tórax, parte não especificada, pneumotórax traumático, hemotórax traumático, hemopneumotórax traumático, outros traumatismos do pulmão, traumatismo dos brônquios, traumatismo da traquéia torácica, traumatismo da pleura, traumatismos múltiplos de órgãos intratorácicos.

5.12. Consulta em nefrologia

Principais motivos para o encaminhamento: doença renal em estagio final, insuficiência renal aguda, calculose do rim e do ureter, síndrome nefrótica, síndrome nefrítica não

especificada, outros transtornos do rim e do ureter não classificado em outra parte, outros transtornos não-inflamatórios da vulva e do períneo, doença cística dos rins.

5.13. Consulta em pé e tornozelo

Principais motivos para o encaminhamento: traumatismo superficial do tornozelo e do pé, ferimentos do tornozelo e do pé, fratura do pé (exceto do tornozelo), luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos ao nível do tornozelo e do pé, traumatismo do nervoso ao nível do tornozelo e do pé, traumatismo de vasos sanguíneos ao nível do tornozelo e do pé, traumatismo do músculo e tendão ao nível do tornozelo e do pé, lesão por esmagamento do tornozelo e do pé, amputação traumática, do tornozelo e do pé, outros traumatismos e os não especificados do tornozelo e do pé, fratura do calcâneo, fratura do astrágalo, fratura de outros ossos do tarso, fratura de ossos do metatarso, fratura do hárlux, fratura de outro artelho, fratura múltiplas do pé, fratura do pé não especificada.

5.13. Consulta em joelho

Principais motivos para o encaminhamento: gonartrose artrose do joelho, gonartrose primária bilateral, outras gonartroses primárias, outras gonartroses primárias, outras gonartroses pós-traumática, outras gonartroses secundárias bilaterais, outras gonartroses secundárias, gonartrose não especificada, outras artroses, artrose primária de outras articulações, deformidade em valgo não classificada em outra parte, deformidade em varo não classificada em outra parte, deformidade em flexão, desigualdade (adquirida) do comprimento dos membros, outras deformidades adquiridas especificadas dos membros, deformidade adquirida não especificada de membro, transtornos da rótula (patela), deslocamento recidivante da rótula, subluxação recidivante da rótula, transtornos femoral patelares, outros desarranjos da rótula, condromalácia da rótula, outros transtornos da rótula, transtorno da rótula, não especificado, transtornos internos dos joelhos, menisco cístico, menisco discóide (congênito), transtorno do menisco devido à ruptura ou lesão antiga, outros transtornos do

menisco, corpo flutuante no joelho, instabilidade crônica do joelho, outras rupturas espontâneas de ligamento(s) do joelho, outros transtornos internos do joelho, transtorno interno não especificado do joelho, ruptura espontânea de sinóvia e de tendão, ruptura de cisto poplíteo, ruptura de sinóvia, ruptura espontânea de tendões extensores, ruptura espontânea de tendões flexores, ruptura espontânea de outros tendões, ruptura espontânea de tendões não especificados, traumatismo do músculo e do tendão do quadríceps, traumatismo superficial da perna, contusão do joelho, contusão de outras partes e de partes não especificadas da perna, traumatismos superficiais múltiplos da perna, outros traumatismos superficiais da perna, traumatismo superficial não especificado da perna, fratura da rótula (patela), fratura da extremidade proximal da tíbia, fraturas múltiplas da perna, fratura de outras partes da perna, fratura da perna, parte não especificada, luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos do joelho, luxação da rótula [patela], luxação do joelho, ruptura do menisco, atual, ruptura atual da cartilagem da articulação do joelho, entorse e distensão envolvendo ligamento colateral (peroneal, tibial) do joelho, entorse e distensão envolvendo ligamento cruzado (anterior) (posterior) do joelho, entorse e distensão de outras partes e das não especificadas do joelho, traumatismo de estruturas múltiplas do joelho.

5.14. Consulta em fixador

Principais motivos para o encaminhamento: transtornos da continuidade do osso, transtornos da continuidade do osso, defeito de consolidação da fratura, defeito de consolidação da fratura (pseudoartrose), atraso de consolidação de fratura, osteomielite, osteomielite aguda hematogênica, outra osteomielite aguda, osteomielite subaguda, osteomielite crônica multifocal, fratura da perna, incluindo tornozelo, fratura da diáfise da tíbia, fratura da extremidade distal da tíbia, fratura do perônio (fíbula), fratura do maléolo medial, fratura do fêmur, fratura da extremidade distal do fêmur, fraturas de outras partes do fêmur, fratura do fêmur, parte não especificada, sequelas de traumatismos do membro inferior,

sequela de ferimento do membro inferior, sequelas de fratura do fêmur, sequelas de outras fraturas do membro inferior, complicações de dispositivos protéticos, implantes e enxertos ortopédicos internos, complicação mecânica de dispositivo de fixação interna de outros ossos.

5.15. Consulta em mão/punho

Principais motivos para o encaminhamento: contusão de outras partes e de partes não especificadas do antebraço, traumatismos superficiais múltiplos do antebraço, outros traumatismos superficiais do antebraço, traumatismo superficial do antebraço, não especificado, ferimento do cotovelo, ferimentos múltiplos do antebraço, ferimento de outras partes do antebraço, ferimento do antebraço, parte não especificado, contusão do cotovelo, fratura da extremidade superior do cúbito [ulna], fratura da extremidade superior do rádio fratura da diáfise do cúbito [ulna], fratura da diáfise do rádio fratura das diáfises do rádio e do cúbito [ulna], fratura da extremidade distal do rádio, fratura da extremidade distal do rádio e do cúbito [ulna], fraturas múltiplas do antebraço fratura de outras partes do antebraço, fratura do antebraço, parte não especificada, traumatismo do nervo cubital (ulnar) ao nível do antebraço, traumatismo do nervo mediano ao nível do antebraço, traumatismo do nervo radial ao nível do antebraço, traumatismo do nervo cutâneo sensitivo ao nível do antebraço, traumatismo de múltiplos nervos ao nível do antebraço, traumatismo de outros nervos ao nível do antebraço, traumatismo de nervo não especificado ao nível do antebraço, traumatismo da artéria cubital (ulnar) ao nível do antebraço, traumatismo da artéria radial ao nível do antebraço, traumatismo de veia ao nível do antebraço, traumatismo de múltiplos vasos sanguíneos ao nível do antebraço, traumatismo de outros vasos sanguíneos ao nível do antebraço, traumatismo de vasos sanguíneos não especificados ao nível do antebraço, traumatismo do músculo flexor e tendão do polegar ao nível do antebraço. Traumatismo do músculo flexor e tendão de outro(s) dedo(s) ao nível do antebraço, traumatismo do músculo e tendão ao nível do antebraço, traumatismo do músculo flexor, traumatismo dos músculos extensor ou abdutor e tendões do polegar ao nível do antebraço, traumatismo de outros músculos e tendões e dos não especificados ao nível do antebraço, lesão por esmagamento do cotovelo, lesão por esmagamento de outras partes do antebraço, lesão por esmagamento de parte não especificada do antebraço, amputação traumática ao nível do cotovelo, amputação traumática

do antebraço entre o cotovelo e o punho, amputação traumática do antebraço, nível não especificado, traumatismos múltiplos do cotovelo, outros traumatismos especificados do antebraço, traumatismo não especificado do antebraço, contusão de dedo(s) sem lesão da unha, contusão de dedo(s) com lesão da unha, contusão de outras partes do punho e da mão, traumatismos superficiais múltiplos do punho e da mão, urros traumatismos superficiais do punho e da mão, traumatismo superficial não especificado do punho e da mão, ferimento de dedo(s) sem lesão da unha, ferimento de dedo(s) com lesão da unha, ferimentos múltiplos do punho e da mão, ferimento de outras partes do punho e da mão, ferimento do punho e da mã parte não especificada, fratura do osso navicular (escafóide) da mão, fatura de outro(s) osso(s) do carpo, fratura do primeiro metacarpiano, fratura de outros ossos do metacarpo, faturas múltiplas de ossos metacarpianos, fratura do polegar, fratura de outros dedos, fraturas múltiplas de dedo(s),fatura de outras partes e de partes não especificadas do punho e da mão, luxação do punho, luxação do dedo, luxações múltiplas dos dedos, ruptura traumática de ligamento(s) do punho e do carpo, ruptura traumática do ligamento do dedo nas articulações metacarpo falangianas e interfalangianas, entorse e distensão do punho, entorse e distensão do(s) dedo(s), entorse e distensão de outras partes e das não especificadas da mão, traumatismo do nervo mediano ao nível do punho e da mão, traumatismo do nervo radial ao nível do punho e da mão, traumatismo do nervo digital do polegar, traumatismo do nervo digital de outro dedo, traumatismo de múltiplos nervos ao nível de punho e da mão, traumatismo de nervo não especificado ao nível do punho e da mão, traumatismo de outros nervos ao nível do punho e da mão, traumatismo da artéria cubital (ulnar) ao nível do punho e da mão, traumatismo da artéria radial ao nível do punho e da mão, traumatismo do arco palmar superficial, traumatismo do arco palmar profundo, traumatismo de vaso(s) sanguíneo(s) do polegar, traumatismo de vaso(s) sanguíneo(s) de outro dedo, traumatismo de vasos sanguíneos múltiplos ao nível de punho e da mão, traumatismo de outros vasos sanguíneos ao nível do punho e de mão, traumatismo de vaso sanguíneo não especificado ao nível do punho e da mão, traumatismo do músculo flexor longo e tendão do polegar ao nível do punho e da mão, traumatismo do músculo flexor e tendão de outro dedo ao nível do punho e da mão, traumatismo do músculo extensor e tendão de outro dedo ao nível do punho e da mão, traumatismo de músculos flexores e tendões múltiplos ao nível do punho e da mão, traumatismo de músculos flexores e tendões múltiplos ao nível do punho e da mão, traumatismo de outros músculos e tendões ao nível do punho e da mão, traumatismo de músculo e tendão não especificado ao nível do punho e da

mão, lesão por esmagamento do punho e da mão, lesão por esmagamento do polegar e de outro(s) dedo(s),lesão por esmagamento de outras partes e das não especificadas do punho e da mão, lesão por esmagamento do polegar e de outro(s) dedo(s), amputação traumática ao nível do punho e da mão, amputação traumática do polegar (completa) (parcial),amputação traumática do polegar (completa) (parcial), amputação traumática de dois ou mais dedos somente (completa) (parcial), amputação traumática combinada de (partes de) dedo(s) associada a outras partes do punho e da mão, amputação traumática da mão ao nível do punho, traumatismos múltiplos do punho e da mão, outros traumatismos especificados do punho e da mão, traumatismo não especificados do punho e da mão.

5.15. Consulta em coluna

Principais motivos para o encaminhamento: fratura de vértebra lombar, fratura de pescoço, fratura da primeira vértebra cervical, fratura da segunda vértebra cervical, fratura de outras vértebras cervicais especificadas, fraturas múltiplas da coluna cervical, fratura de outras partes do pescoço, fratura do pescoço, parte não especificada.

5.16. Consulta ombro/cotovelo

Principais motivos para o encaminhamento: fratura do ombro e do braço, fratura da clavícula, fratura da omoplata, fratura da extremidade superior do úmero, fratura da diáfise do úmero, fratura da extremidade inferior do úmero, fraturas múltiplas da clavícula, da omoplata (escápula) e do úmero, fratura outras partes do ombro e do braço, fratura da cintura escapular, parte não especificada, luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos da cintura escapular, luxação da articulação do ombro, luxação da articulação acromioclavicular, luxação da articulação esternoclavicular, luxação de outras partes e das não especificadas da cintura escapular, entorse e distensão de articulação do ombro, entorse e distensão da articulação acromioclavicular, entorse e distensão da articulação esternoclavicular, entorse e distensão de outras partes e de partes não especificadas da cintura escapular, fratura da extremidade superior do cúbito (ortopedia ombro), fratura da extremidade superior do rádio,

luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos do cotovelo, luxação da cabeça do rádio, luxação do cotovelo, não especificada, ruptura traumática do ligamento colateral do rádio, ruptura traumática do ligamento colateral do cúbito (ulna), entorse e distensão do cotovelo, tendinite calcificada, lesões do ombro, capsulite adesiva do ombro, tendinite bicepital, tendinite calcificante do ombro, síndrome de colisão do ombro, epicondilite medial.

5.17. Consulta em cirurgia geral

Principais motivos para o encaminhamento: esofagorrafia cervical, gastrectomia parcial com ou sem vagotomia, gastrorrafia, gastrostomia, tratamento cirúrgico de varizes esofágicas, apendicectomia, colectomia, colostomia, drenagens, enterectomia, enteroanastomose, e jejunostomia.

6. PROCEDIMENTOS E EXAMES

Radiologia
Tomografia computadorizada geral
Tomografia computadorizada com contraste
Tomografia computadorizada com sedação
Laboratório de análises clínicas
Ultrassonografia
Eletrocardiograma
Endoscopia
Colonoscopia
Broncoscopia
Laboratório clínico

Anatomia patologica	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Exame anatomo-patológico de peça	Exames Externos (Laboratório Clínico)
imonohistoquimico (2 marcadores)	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Pesquisa de células neoplásicas	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Revisão de laminas/blocos externo	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Biologia molecular	Exames Externos (Laboratório Clínico)
citomegalovirus quantitativo por pcr	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Detecção qualitativas de coronavírus	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Fator v de leiden	Exames Externos (Laboratório Clínico)
HIV quantitativo - carga viral	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Bioquímica	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Acido láctico	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Acido láctico - líquor	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Acido úrico soro	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Acido úrico urina am isolada	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Adenosina de aminase (líquor)	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Albumina soro	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Amilase	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Amilase liq cavitários	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Bilirrubina total e frações	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Bilirrubina total de fraçoes (liquidos)	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Cálcio ionizável	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Cálcio soro	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Capacidade total de fixação do ferro	Exames Externos (Laboratório Clínico)
ckmb massa	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Cloreto - líquor	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Cloro	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Colesterol soro	Exames Externos (Laboratório Clínico)
creatinana soro	Exames Externos (Laboratório Clínico)

creatinina urina am isolada	Exames Externos (Laboratório Clínico)
creatinofosfoquinase (cpk)	Exames Externos (Laboratório Clínico)
deshidrogenase lactica	Exames Externos (Laboratório Clínico)
desdrogenase lactia líquido	Exames Externos (Laboratório Clínico)
dhl-liquor	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Eletroforese de hemoglobinas	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Eletroforese de proteína	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Eletroforese de proteína no líquor	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Fator reumatóide	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Ferro	Exames Externos (Laboratório Clínico)
fosfatase alcalina	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Fósforo soro	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Gama	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Gama gt glicemia	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Glicemia pos prandial	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Glicose líquida cavitario	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Glicose liquor	Exames Externos (Laboratório Clínico)
HDL colesterol	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Hemoglobina glicada	Exames Externos (Laboratório Clínico)
homocisteina	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Lactado arterial	Exames Externos (Laboratório Clínico)
LDL colesterol	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Lípase	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Lípase líquida cavitários	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Magnésio	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Potássio	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Proteína c creatina	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Proteína no líquor	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Proteínas totais frações	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Proteínas totais frações- liquidos	Exames Externos (Laboratório Clínico)

Sódio	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Sódio urina am isolada	Exames Externos (Laboratório Clínico)
tgo	Exames Externos (Laboratório Clínico)
tgp	Exames Externos (Laboratório Clínico)
transferrina	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Triglicérides	Exames Externos (Laboratório Clínico)
troponina	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Uréia	Exames Externos (Laboratório Clínico)
vldl colesterol	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Hematologia	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Anticoagulante lupico	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Caracteres fisicos-liquidos	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Caracteres fisicos (liquor)	Exames Externos (Laboratório Clínico)
celeq contagem especifica de celulas	Exames Externos (Laboratório Clínico)
celeq contagem global de celulas-liq	Exames Externos (Laboratório Clínico)
celeq contagem global de celulas (liquor)	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Contagem de plaquetas	Exames Externos (Laboratório Clínico)
coombs direto	Exames Externos (Laboratório Clínico)
eritrograma	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Fator rh	Exames Externos (Laboratório Clínico)
fibrinogenio	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Grupo sanquineo abo r rh	Exames Externos (Laboratório Clínico)
hematócrito	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Hemoglobina	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Hemograma	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Hemossedimentação	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Proteína com funcional	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Proteína sem funcional	Exames Externos (Laboratório Clínico)
retículocito	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Tempo de protrombina-tp	Exames Externos (Laboratório Clínico)
ttpa tempo de tromboplastina parcial	Exames Externos (Laboratório Clínico)

hormonologia	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Acido fólico	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Cortisol serico	Exames Externos (Laboratório Clínico)
ferritina	Exames Externos (Laboratório Clínico)
hormonio tireoestimulante	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Paratormônio	Exames Externos (Laboratório Clínico)
T4 livre	Exames Externos (Laboratório Clínico)
tiroxina - 14	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Vitamina b12	Exames Externos (Laboratório Clínico)
imunologia	Exames Externos (Laboratório Clínico)
1,25 dihidroxi vitamina d	Exames Externos (Laboratório Clínico)
25 dihidroxi vitamina d3 (calcidiol)	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Anti hbc igg	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Anti hbc igm	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Anti ssa -ro	Exames Externos (Laboratório Clínico)
antic anti neutrofilo (p-anca, c-anca)	Exames Externos (Laboratório Clínico)
anticardiolipina igg (antifosfolipidios)	Exames Externos (Laboratório Clínico)
anticardiolipina igm (antifosfolipidios)	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Anticorpo anti - mitocondria	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Anticorpo anti - rnp	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Anticorpo anti-sm	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Anticorpo anti-ssb/la	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Anticorpo anti hiv (wesrwen blot	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Anticorpo anti - DNA	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Antígeno carcionoembriogenio	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Antígeno prostatico especifica	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Beta hcg qualitativo	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Ca 19-9	Exames Externos (Laboratório Clínico)
ceruloplasma	Exames Externos (Laboratório Clínico)

Chagas - igg	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Chagas imonofluorescencia	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Chagas igm	Exames Externos (Laboratório Clínico)
citomegalovirus igg	Exames Externos (Laboratório Clínico)
citomegalovirus liquor	Exames Externos (Laboratório Clínico)
citomegalovirus igm	Exames Externos (Laboratório Clínico)
citomegalovirus igm -liquor	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Complemento c3	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Complemento c4	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Complemento total (ch50)	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Epstein barr igg	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Fator anti nucleo	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Fator reumatoide	Exames Externos (Laboratório Clínico)
fta abs	Exames Externos (Laboratório Clínico)
fta abs-liquor	Exames Externos (Laboratório Clínico)
fta abs igm	Exames Externos (Laboratório Clínico)
hbe - ag	Exames Externos (Laboratório Clínico)
hbs - ag	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Hepatite a igg	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Hepatite a igm	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Hepatite c	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Hepatite c- teste rápido	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Herpes simplex 1 e 2- anticorpos igg	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Herpes simplex 1 e 2- anticorpos igm	Exames Externos (Laboratório Clínico)
HIV	Exames Externos (Laboratório Clínico)
HIV- perfil 2	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Pesquisa de anti-htlv+htlv-ii	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Reação de vdrl (liquor)	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Toxoplasmose - igg (liquor)	Exames Externos (Laboratório Clínico)

Toxoplasmose - igm(liquor)	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Toxoplasmose - igg	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Toxoplasmose - igm	Exames Externos (Laboratório Clínico)
transferrina	Exames Externos (Laboratório Clínico)
vdrl (wasserman)	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Parasitologia	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Sangue oculto	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Toxicologia	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Acido ascórbico (vitamina c)	Exames Externos (Laboratório Clínico)
urinálise	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Contagem especifica de celulas- liq	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Urina tipo 1	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Gasometria	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Gasometria arterial	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Gasometria venosa	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Microbiologia	Exames Externos (Laboratório Clínico)
bacteriscópio	Exames Externos (Laboratório Clínico)
coprocultura	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Cultura para anaeróbios	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Cultura de ponta de cateter	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Cultura de aerobios	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Cultura para micobacterias (baar)	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Cultura para virgilancia epidemiologica	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Cultura quantitativa de secreções	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Fungos, cultura	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Hemocultura para aeróbios	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Hemocultura para anaerobios	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Hemocultura para fungos	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Pesquisa de b.a.a.r	Exames Externos (Laboratório Clínico)
urocultura	Exames Externos (Laboratório Clínico)

Hematologia	Exames Externos (Laboratório Clínico)
d-dímero	Exames Externos (Laboratório Clínico)
Bioquímica	Exames Externos (Laboratório Clínico)
troponina i	Exames Externos (Laboratório Clínico)
colonoscopia	Exames Externos (Radiologia)
Endoscopia digestiva	Exames Externos (Radiologia)
rx - seios da face fn/mn/lat	Exames Externos (Radiologia)
rx - articulação temporo - mandibular	Exames Externos (Radiologia)
rx - cavum	Exames Externos (Radiologia)
rx - crânio pa/pf/obl ou bretton hirtz	Exames Externos (Radiologia)
rx - crânio - ap & lateral	Exames Externos (Radiologia)
rx - mastóides ou rochedos	Exames Externos (Radiologia)
rx - ossos da face - 3 incidências	Exames Externos (Radiologia)
rx - seios da face fn/mn/lat/hirtz	Exames Externos (Radiologia)
rx - sela túrcica - 3 incidências	Exames Externos (Radiologia)
rx - crânio (3 incidências)	Exames Externos (Radiologia)
rx - incidência adicional de coluna	Exames Externos (Radiologia)
rx - coluna cervical - 3 incidências	Exames Externos (Radiologia)
rx - coluna cervical - 2 incidências	Exames Externos (Radiologia)
rx - coluna cervical - ap, lat, t.o & obliqua	Exames Externos (Radiologia)
rx - coluna lombo - sacra	Exames Externos (Radiologia)
rx - coluna lombo - sacra: ap e perfil	Exames Externos (Radiologia)
rx - coluna dorso - lombar - para escoliose	Exames Externos (Radiologia)

rx - coluna lombo - sacra - oblíquas	Exames Externos (Radiologia)
rx - coluna lombo - sacra - dinâmica	Exames Externos (Radiologia)
rx - coluna lombo - sacra: ap e perfil	Exames Externos (Radiologia)
rx - coluna dorsal (2 incidências)	Exames Externos (Radiologia)
rx - coluna cervical 5 inc.	Exames Externos (Radiologia)
rx - coluna toraco – lombar	Exames Externos (Radiologia)
rx - coluna dorsal (3 incidências)	Exames Externos (Radiologia)
rx – sacro - coccix	Exames Externos (Radiologia)
rx - rotula ap/pf/axial	Exames Externos (Radiologia)
rx - rotula ap/pf/axial esquerda	Exames Externos (Radiologia)
rx - costela por hemitórax esquerda	Exames Externos (Radiologia)
rx - costelas por hemitórax	Exames Externos (Radiologia)
rx - costela por hemotórax direita	Exames Externos (Radiologia)
rx - adenóides	Exames Externos (Radiologia)
rx - esterno	Exames Externos (Radiologia)
rx - arcos costais	Exames Externos (Radiologia)
rx - tórax pa ins e exp lat	Exames Externos (Mamografia)
rx - tórax - ap, lat. & obliquas	Exames Externos (Radiologia)
rx - tórax pa/pf - 2 incidências	Exames Externos (Radiologia)
rx - tórax - pa	Exames Externos (Radiologia)
rx - tórax pa (padrão oit)	Exames Externos (Radiologia)
rx - antebraço direito	Exames Externos (Radiologia)

rx - antebraço esquerdo	Exames Externos (Radiologia)
rx - articulação acrômio - clavicular	Exames Externos (Mamografia)
rx - articulação escapulo - umeral	Exames Externos (Radiologia)
rx - articulação esterno-clavicular	Exames Externos (Radiologia)
rx - braço esquerdo	Exames Externos (Radiologia)
rx - braço direito	Exames Externos (Radiologia)
rx - clavícula	Exames Externos (Radiologia)
rx - cotovelo	Exames Externos (Radiologia)
rx - dedos da mãos	Exames Externos (Radiologia)
rx - Mao ap / perfil (2 incidências)	Exames Externos (Radiologia)
rx - mãos e punhos para idade óssea	Exames Externos (Radiologia)
rx - omoplata ou ombro	Exames Externos (Radiologia)
Punho ap & perfil, obliquas	Exames Externos (Radiologia)
rx - punho	Exames Externos (Radiologia)
rx – colangiografia pré operatória	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia (crânio/pescoço /tórax / abdômen sup / pelve)	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia (crânio/pescoço/tórax/ abdômen sup / pelve) com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia arterial de abdômen superior	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia arterial de abdômen superior com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia arterial de crânio	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia arterial de crânio com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia arterial de membro inferior	Exames Externos (Radiologia)

(unilateral)	
angiotomografia arterial de membro inferior (unilateral) com contraste	
angiotomografia arterial de membro superior (unilateral)	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia arterial de membro superior (unilateral) com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia arterial de pelve	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia arterial de pelve com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia arterial de pescoço	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia arterial de pescoço com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia arterial de tórax	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia arterial de tórax com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia arterial pulmonar	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia arterial pulmonar com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia artérias ilíacas ou pelve com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia coronariana	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia coronariana com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia da aorta + ilíacas + mmii com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia de abdômen inferior	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia de abdômen inferior com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia de abdômen superior	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia de abdômen superior com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia de aorta abdominal	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia de membro inferior unilateral	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia de membro inferior unilateral com contraste	Exames Externos (Radiologia)

angiotomografia de membro superior unilateral	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia de membro superior unilateral com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia de MMII (bilateral)	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia de pescoço	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia de pescoço com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia de tórax	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia de tórax com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia renal ou artérias renais com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia vasos cervicais com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia vasos cervicas + aorta torácica com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia veia cava superior com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia venosa de abdômen superior	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia venosa de abdômen superior com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia venosa de crânio	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia venosa de cranio com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia venosa de membro inferior com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia venosa de membro inferior unilateral	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia venosa de membro superior com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia venosa de membro superior unilateral	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia venosa de pelve angiotomografia venosa de pelve com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia venosa de pescoço	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia venosa de pescoço com contraste	Exames Externos (Radiologia)

angiotomografia venosa de tórax	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia venosa de tórax com contraste	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia venosa pulmonar	Exames Externos (Radiologia)
angiotomografia venosa pulmonar com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC abdômen superior	Exames Externos (Radiologia)
TC abdômen superior com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC antebraço com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC antebraço direito	Exames Externos (Radiologia)
TC antebraço esquerdo	Exames Externos (Radiologia)
TC articulação (esterno, clavicular, ombros, cotovelos, punhos, sacroiliacas, coxofemurais, joelhos)	Exames Externos (Radiologia)
TC articulação com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC articulações temporomandibulares	Exames Externos (Radiologia)
TC articulações temporomandibulares com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC braço com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC braço direito	Exames Externos (Radiologia)
TC braço esquerdo	Exames Externos (Radiologia)
TC coluna - segmento adicional	Exames Externos (Radiologia)
TC coluna cervical	Exames Externos (Radiologia)
TC coluna cervical com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC coluna cervical ou dorsal ou lombar (até 3 segmentos)	Exames Externos (Radiologia)
TC coluna cervical ou dorsal ou lombar com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC coluna lombar	Exames Externos (Radiologia)
TC coluna lombar com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC coluna torácica	Exames Externos (Radiologia)
TC coluna torácica com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC coração score de cálcio	Exames Externos (Radiologia)

TC coração score de cálcio com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC cotovelo com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC cotovelo direito	Exames Externos (Radiologia)
TC cotovelo esquerdo	Exames Externos (Radiologia)
TC coxa com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC coxa direita	Exames Externos (Radiologia)
TC coxa esquerda	Exames Externos (Radiologia)
TC coxofemoral com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC coxofemoral direita	Exames Externos (Radiologia)
TC coxofemoral esquerda	Exames Externos (Radiologia)
TC crânio ou sela túrcica ou orbitas	Exames Externos (Radiologia)
TC crânio ou sela túrcica ou orbitas com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC de articulações de membro inferior (tornozelo/fêmur/joelho)	Exames Externos (Radiologia)
TC escanometria	Exames Externos (Radiologia)
TC face ou seios da face	Exames Externos (Radiologia)
TC face ou seios da face com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC joelho direito	Exames Externos (Radiologia)
TC joelho esquerdo	Exames Externos (Radiologia)
TC mama bilateral com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC mandíbula	Exames Externos (Radiologia)
TC mandíbula com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC mão com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC mão direita	Exames Externos (Radiologia)
TC mão esquerda	Exames Externos (Radiologia)
TC mastóides ou ouvidos	Exames Externos (Radiologia)
TC mastóides ou ouvidos com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC maxilar	Exames Externos (Radiologia)
TC maxilar com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC ombro com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC ombro direito	Exames Externos (Radiologia)

TC ombro esquerdo	Exames Externos (Radiologia)
TC para pé dedicado oncológico	Exames Externos (Radiologia)
TC pé com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC pé direito	Exames Externos (Radiologia)
TC pé esquerdo	Exames Externos (Radiologia)
TC pelve ou bacia	Exames Externos (Radiologia)
TC pelve ou bacia com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC perna com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC perna direita	Exames Externos (Radiologia)
TC perna esquerda	Exames Externos (Radiologia)
TC pescoço (partes moles, laringe, tireóide, faringe)	Exames Externos (Radiologia)
TC pescoço (partes moles, laringe, tireóide, faringe) com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC punho com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC punho direito	Exames Externos (Radiologia)
TC punho esquerdo	Exames Externos (Radiologia)
TC sacroiliacas	Exames Externos (Radiologia)
TC sacroiliacas com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC segmento apendicular (braços, antebraços, coxas, pernas, mãos, pés)	Exames Externos (Radiologia)
TC segmento apendicular com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC tórax	Exames Externos (Radiologia)
TC tórax com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC tornozelo com contraste	Exames Externos (Radiologia)
TC tornozelo direito	Exames Externos (Radiologia)
TC tornozelo esquerdo	Exames Externos (Radiologia)
Endoscopia	Exames Externos (Radiologia)
Coloscopia	Exames Externos (Radiologia)
Broncoscopia	Exames Externos (Radiologia)

Ultrassonografia segunda:

- Partes moles,
- Abdômen inferior e superior,
- Carótidas,
- Parótidas e aparelho urinário.

Ultrassonografia quarta e sexta:

- Partes moles;
- Abdômen superior e inferior;
- Carótidas;
- Parótidas e aparelho urinário;
- Articulações mão;
- Pé;
- Cotovelo e outros.

Será realizado nos dias segunda a sexta sendo 3 exames por dia: Pedir para o paciente chegar as 07:00 hrs em jejum de 8 horas. **Exames Colonoscopia:** ofertado 60 vagas mensais, sendo 15 exames por semana. Será realizado nos dias segunda à sexta sendo 3 exames por dia: Pedir para o paciente chegar as 07:00 hrs em jejum de 8 horas.

7. EXAMES AMBULATORIAIS SOLICITADOS EXTERNAMENTE

Alguns exames ambulatoriais não dispõem na unidade então solicitamos via sistema definido pela SES-GO segue em anexo a planilha com os exames solicitados e os códigos segundo a tabela SIGTAP:

Procedimento	Código do Procedimento no SIGTAP

Ecocardiograma transesofágico	020501002-4
Cintilografia de miocárdio p/ avaliação da perfusão em situação de estresse	020801002-5
Cintilografia de miocárdio p/ avaliação da perfusão em situação de repouso	020801003-3
Cintilografia de pulmão por inalação	020807003-6
Cintilografia de pulmão por perfusão	020807004-4
Cateterismo cardíaco	021102001-0
Densitometria óssea	020406002-8
Ressonância magnética de cranio	020701006-4
Arteriografia cervico-toracica	021001006-1
Arteriografia de membro	021001007-0
Arteriografia digital	021001008-8
Arteriografia p/ investigação de hemorragia cerebral	021001010-0
Arteriografia p/ investigação de isquemia cerebral	021001011-8
Arteriografia pélvica	021001012-6
Arteriografia seletiva de carótida	021001013-4
Arteriografia seletiva por cateter	021001014-2
Arteriografia seletiva vertebral	021001015-0

8. CONTRAREFERÊNCIA AMBULATORIAL

Em casos que haja a necessidade de solicitação de contrareferência para outras especialidades médicas e/ou exames (SADT), O HUGO lançará a solicitação no Sistema de Regulação definido pela SES e comunicará ao paciente as informações do agendamento, registrando o dia e horário da comunicação.

CIRURGIA GERAL	
Procedimento	**Código do Procedimento no SIGTAP**

Esofagorrafia cervical	040701009-2
Gastrectomia parcial c/ ou s/ vagotomia	040701013-0
Gastrorrafia	040701019-0
Gastrostomia	040701021-1
Tratamento cirúrgico de varizes esofágicas	040701030-0
Apendicectomia	040702003-9
Apendicectomia videolaparoscópica	040702004-7
Colectomia parcial (hemicolectomia)	040702006-3
Colectomia total	040702007-1
Colorrafia por via abdominal	040702009-8
Colostomia	040702010-1

Drenagem de abscesso anu-retal	040702013-6
Drenagem de abscesso isquiorretal	040702014-4
Enterectomia	040702017-9
Enteronastomose (qualquer seguimento)	040702018-7
Enterotomia e/ou enterorrafia c/ sutura / ressecção (qualquer segmento)	040702020-9
Fistulectomia	040702027-6
Hemorroidectomia	040702028-4
Jejunostomia / ileostomia	040702030-6
Retossigmoidectomia abdominal	040702030-6
Anastomose bileo-digestiva	040703001-8
Colecistectomia	040703002-6
Colecistectomia videolaparoscópica	040703003-4
Coledocotomia c/ ou s/ colecistectomia	040703006-9
Esplenectomia	040703012-3
Hepatorrafia	040703014-0
Hepatorrafia complexa com lesão de estruturas vasculares biliares	040703015-8
Pancreatectomia parcial	040703018-2

Tratamento cirúrgico de cistos pancreáticos	040703024-7
Drenagem de abscesso pélvico	040704001-3
Drenagem de abscesso subfrênico	040704002-1
Drenagem de hematoma / abscesso pré-peritoneal	040704003-0
Hernioplastia diafragmática (via abdominal)	040704004-8
Hernioplastia epigastrica	0407004006-4
Hernioplastia incisional	040704008-0
Hernioplastia inguinal (bilateral)	040704009-9
Hernioplastia inguinal / crural (unilateral)	040704010-2
Hernioplastia recidivante	040704011-0
Hernioplastia umbilical	040704012-9
Herniorrafia s/ ressecção intestinal (hernia estrangulada)	040704014-5
Laparotomia exploradora	040704016-1
Laparotomia videolaparoscópica para drenagem e/ou biopsia	040704017-0
Liberação de aderências intestinais	040704018-8
Peritoniostomia c/ tela inorgânica	040704020-0
Reparação de outras hérnias	040704022-6
Ressuturas de parede abdominal (por deiscência total / evisceração)	040704024-2
retossigmoidectomia abdomino - perienal	040702041-1
Hernioplastia epigástrica videolaparoscópica	040704007-2
Fechamento de fistula de reto	040702026-8
Proctocolectomia total c/ resevatorio ileal	040702033-0
Poledocotomia videolaparoscópica	040703007-7
Ressutura de parede abdominal (por deiscencia / evisceração)	040704024-2
Fechamento de enterostomia (qualquer seguimento)	040702024-1

CIRURGIA ORTOPEDICA	
Procedimento	**Código do Procedimento no SIGTAP**
Tratamento cirúrgico de rotura / desinserção / arrancamento capsulo-teno-ligamentar na mão	040802061-0
Artrodese cervical / cervico-torácica posterior dois níveis	040803003-8
Artrodese cervical / cervico-torácica posterior seis níveis	040803004-6
Artrodese cervical / cervico-torácica posterior tres níveis	040803005-4
Artrodese cervical anterior dois níveis	040803007-0
Artrodese posterior c1-c2	040803012-7
Artrodese toraco-lombo-sacra posterior, um nível	040803026-7
Artrodese toraco-lombo-sacra posterior, dois níveis	040803029-1
Artrodese toraco-lombo-sacra posterior, quatro níveis	040803030-5
Drenagem cirúrgica iliopsoas	040803047-0
Ressecção de elemento vertebral posterior / postero-lateral distal a c2 (at 2 segmentos)	040803054-2
Revisão de artrodese / tratamento cirúrgico de pseudoartrose da coluna toraco-lombo-sacra posterior	040803063-1
Tratamento cirúrgico de fratura nivel c1-c2 por via anterior (osteossíntese)	040803074-7
Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior onze níveis	040803082-8
Artrodese de articulações sacroiliacas	040804003-3
Artroplastia de quadril (não convencional)	040804004-1
Artroplastia parcial de quadril	040804005-0

Artroplastia de revisão ou reconstrução do quadril	040804007-6
Artroplastia total primaria do quadril cimentada	040804008-4
Tenomiotomia / desincerção	040806046-8
Tenoplastia ou enxerto de tendão único	040806048-4
Tenorrafia única em tunel osteo-fibroso	040806048-4
Transplante músculo cutâneo c/ micro-anastomose no tronco / extremidade	040806051-4
Tratamento cirúrgico de artrite infecciosa (grandes e medias articulações)	040806055-7
Tratamento cirúrgico de artrite infecciosa das pequenas articulações	040806056-5
Tratamento cirúrgico de deformidade articular por retração teno-capsulo-ligamentar	040806058-1
Tratamento cirúrgico de fratura viciosamente consolidadas dos ossos longos exceto da mão e do pé	040806059-0
Tratamento cirúrgico de luxação / fratura luxação metatarso inter-falangeana	040806063-8
Retirada de espaçadores / outros materias	040806034-4
Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação / perda óssea do antebraço	040802056-3
Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação / perda óssea da diáfise tibial	040805086-1
Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação / perda óssea da mão	040802055-5
Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação/ perda óssea da metáfise tibial	040805087-0
Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação / perda óssea da diáfise do fêmur	040805079-9
Tratamento microcirurgico de tumor de nervo periférico / neuroma	040302013-1

Retirada de placa e/ou parafusos	040806037-9
Retirada de fio ou pino intra-ósseo	040806035-2
Retirada de material de síntese óssea / dentária	040802062-3
Transposição / transferência miotendinosa múltipla	040806053-0
Tratamento cirúrgico de dedo em martelo / em garra (mão e pé)	040806057-3
Osteotomia de ossos da mão e/ou do pé	040806018-2
Artrodese de pequenas articulações	040806005-0
Tratamento cirúrgico de fratura do pilão tibial	040805054-3
Tenoplastia ou enxerto de tendão unico	040806047-6
Transferência intermediaria de retalho	041304015-1
Amputação / desarticulação de dedo	040806004-2
Artrodese de medias / grandes articulações de membro inferior	040805003-9
Tratamento cirúrgico de fratura da patela por fixação interna	040805052-7
Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fisaria da extremidade proximal do umero	040802033-4
Debridamento de ulcera / de tecidos desvitalizados	041504003-5
Tratamento cirúrgico de luxação / fratura-luxação acromio-clavicular	040801018-5
Preparo de retalho	041304009-7
Descompressão com esvaziamento medular por brocagem / via corticotomia	040806009-3
Transferência intermediaria de retalho	041304015-1
Quadricepsplastia	040805011-0
Tratamento cirúrgico de fratura do planalto tibial	040805055-1
Artrodese de médias / grandes articulações de membro superior	040802003-2

Tratamento cirúrgico de dedo em martelo / em garra (mão e pé)	040806057-3
Reparo de rotura do manguito rotador	040801014-2
Tratamento cirúrgico de fratura do tornozelo unimaleolar	040805057-8
Realinhamento de mecanismo extensor dos dedos da mão	040802012-1
Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação / perda óssea do úmero	040802057-1
Redução incruenta de fratura difisaria / lesão fisaria proximal do fêmur	040805023-3
Tratamento cirúrgico de fratura lesão fisaria dos ossos do antebraço	040802044-0
Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise do fêmur	040805051-9
Tratamento cirúrgico de luxação ou fratura-luxação do cotovelo	040802054-7
Procedimentos sequenciais em ortopedia	041502006-9
Tratamento cirúrgico de fratura da extremidade / metáfise distal dos ossos do antebraço	040802040-7
Tratamento cirúrgico para centralização do punho	040802064-4
Artroplastia escapulo - umeral	040801003-7
Tratamento cirúrgico de lesão aguda capsulo-ligamentar do MMSS	040802048-2
Artrodese toraco-lombosacra anterio e três níveis	040803025-9
Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação ao nível do joelho	040805084-5
Tratamento cirúrgico de fratura viciosamente consolidada dos ossos longos	040806059-0
Tratamento cirúrgico de lesões extensas c/ perda de substancias cutânea	041304017-8

Tratamento cirúrgico de artrite infecciosa (grande e medias articulações)	040806055-7
Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fisaria supracondiliana do úmero	040802038-5
Ressecção de tumor e reconstrução com retalho microcirurgico	040806023-9
Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fisaria das falanges da mão (com fixação)	040802034-2
Tratamento cirúrgico de fratura bi maleolar / tri maleolar/ da fratura-luxação do tornozelo	040805049-7
Manipulação articular	040806015-8
Osteotomia de ossos longos exceto da mão e do pé	040806019-0
Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fisaria proximal (colo) do fêmur (síntese)	040805048-9
Reconstrução ligamentar do tornozelo	040805014-4
Tratamento cirúrgico de lesão da musculatura intrínseca da mão	040802049-0
Tratamento cirúrgico de pseudartrose na região metáfise epifisária distal do radio e ulna	040802059-8
Alongamento e/ou transportes ósseo de ossos longos (exceto mão e pé)	040806003-4
Transposição / transferência miotendinosa única	040806054-9
Retração cicatricial dos dedos com comprometimento tendinoso por dedo	040806047-1
Retirada de corpo estranho intra-articular	040806032-8
Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fisaria dos metatarsianos	040805046-2
Tratamento cirúrgico de infecção pós-artroplastia grandes articulações	040806062-0

Transferência muscular / tendinosa no membro inferior	040805039-0
Revisão cirúrgica de coto de amputação em membro inferior (exceto dedos do pé)	040808033-0
Retração cicatrial dos dedos c/ comprometimento tendinoso (por dedo)	040806041-7
Alongamento / encurtamento miotendinoso	040806001-8
Outros procedimentos com cirurgias sequenciais	041502003-4
Neurorrafia	040302008-5

10. ANEXOS

Relatório Perfil epidemiológico institucional – HUGO

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Constituição Federal e Lei 8.80/90 - http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

2. Portaria GM/MS n. 1.559, de 1 de agosto de 2008 - https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html.

12. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:			
Revisão:			
Validação:			
Aprovação:			

15 ROTINA MÉDICA DE PLANTÃO DE SOBREAVISO

DEFINIÇÃO:

Define-se plantão de sobreaviso como a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil.

Estipulação do valor:

- O valor de remuneração dos plantões de sobreaviso deve ser estipulado em comum acordo entre o contratante (direção técnica da instituição) e o profissional médico.
- Não há relação de valores entre plantões presenciais e plantões de sobreaviso, assim sendo, o valor acordado pode ser igual, maior ou menor em relação ao plantão presencial, podendo variar de acordo com a especialidade.
- Conforme a Resolução CFM n. 1834/2008:

Art. 2º A disponibilidade médica em sobreaviso, conforme definido no art. 1º, deve ser remunerada de forma justa, sem prejuízo do recebimento dos honorários devidos ao médico pelos procedimentos praticados.

Parágrafo único. A remuneração prevista no *caput* deste artigo deve ser estipulada previamente em valor acordado entre os médicos da escala de sobreaviso e a direção técnica da instituição de saúde pública ou privada.

OBS: Segundo a Resolução 142/2006 do Cremesp, o profissional deve ser remunerado com, pelo menos, 1/3 do valor pago para o plantonista presencial;

- Considerando estar o médico durante toda a jornada do plantão de sobreaviso disponível a qualquer momento em que for requisitado, para a remuneração deve-se considerar tanto as horas efetivamente trabalhadas como as horas de expectativa.
- Portanto, o médico em plantão de sobreaviso, mesmo que não requisitado a comparecer ao local de plantão, deve receber o valor correspondente e acertado pelas partes. Mesmo não tendo sido exigida sua presença na instituição, estava ele à disposição para os atendimentos que, se não ocorreram, o impossibilitaram de outras atividades.
- O médico ainda deve receber os honorários pelos procedimentos praticados, quando requisitada sua presença na instituição.

- Não, pois há risco de necessidade momentânea de urgência nas duas especialidades, o que certamente colocaria em risco o exercício ético e a saúde/vida do paciente, o que não pode ocorrer.

O médico de sobreaviso está obrigado a se deslocar até o hospital, quando acionado pelo médico plantonista, para atender casos de emergência, realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas.

Os pareceres do CRM são unânimes ao alertar para os riscos de **omissão de socorro**, especialmente nos casos de sobreaviso.

Portanto, se o médico de sobreaviso é chamado e protela o atendimento, demorando o mesmo não comparecendo, resultando danos ao paciente, o profissional poderá ser responsabilizado civilmente, eticamente e penalmente.

O profissional deve comunicar **com antecedencia ao diretor técnico para que haja a devida substituição no periodo ausente**, para evitar quaisquer intercorrências e responsabilidades.

O médico deve procurar o diretor técnico da instituição, pois conforme estipulado pela Resolução n. 1834/2008: "Cabe aos diretores técnicos das instituições o cumprimento desta resolução".

Caso, ainda encontre adversidades, o médico poderá requisitar judicialmente o pagamento dos honorários não recebidos.

PROPOSTA REGIMENTO INTERNO DE PLANTÕES MÉDICOS

O presente Regimento Interno destina-se a estabelecer normas para a prestação de serviços de Plantões Médicos.

CAPÍTULO I – DA COMPOSIÇÃO DOS PLANTÕES

ARTIGO 1º. Este regimento se aplica aos médicos, que vierem a exercer atividades de plantonista em serviços do Hospital

Parágrafo Primeiro. O plantão médico presencial caracteriza-se pela prestação de 12 (doze) horas contínuas e ininterruptas de trabalho, nas unidades de abrangência desto Hospital.

Parágrafo Segundo. O médico que pretender exercer a atividade de plantonista deverá observar as regras deste Regimento.

Parágrafo Segundo. A não observância do Regimento implicará o afastamento do plantonista em exercício para o semestre seguinte, ocupando o seu lugar outro médico, desde que atenda as normas contidas no presente Regimento Interno e os requisitos exigidos para sua inclusão.

ARTIGO 2º. A equipe de plantonistas que prestará o serviço será elaborada com base nos requisitos e necessidades da unidade de saúde, que informará o número de profissionais necessários, suas especialidades, assim como as condições gerais de prestação dos serviços.

ARTIGO 3º. O serviço de plantão prestado pelo médico será feito obrigatoriamente no recinto do estabelecimento de saúde, de forma presencial, não sendo admitido, em nenhuma hipótese, regime de "prontidão" ou "sobreaviso".

Parágrafo Primeiro. Somente será permitido o afastamento temporário para o acompanhamento de paciente, em caso de emergência. Durante o afastamento do plantonista, deverá permanecer no serviço o Socorrista ou Plantonista substituto, conforme a situação.

Parágrafo Segundo. Qualquer outro tipo de afastamento fora da hipótese acima é de inteira responsabilidade do plantonista sujeitando-se o mesmo às penalidades cabíveis pela Comissão Técnico-Disciplinar e pelo chefe dos plantões.

ARTIGO 4º. Será admitida a substituição de um determinado plantonista por um colega, obedecendo os critérios do presente Regimento e do Regimento Interno do estabelecimento de saúde, se houver, desde que comunicado previamente o chefe da equipe de plantão.

Parágrafo Primeiro. As trocas, sempre em caráter eventual, deverão ser comunicadas e registradas por escrito, em folha de receituário, com anuência dos dois envolvidos, ficando, desta maneira, a responsabilidade do plantão com o colega, respeitando-se o disposto no parágrafo segundo deste ARTIGO.

Parágrafo Segundo. A troca efetuada sem a comunicação conforme estabelecido acima causará problemas administrativos na contabilização da produção mensal, atrasando o pagamento dos honorários devidos e sujeitando o plantonista substituído e substituto às penalidades cabíveis, se necessário.

Parágrafo Terceiro. A comunicação de troca deverá ser feita preferencialmente em até 24 (vinte e quatro) horas antes da realização do plantão, em duas vias, ficando a primeira na

recepção do Pronto Atendimento e a segunda, visada pela recepcionista, com médico titular do plantão, para sua conferência e controle.

ARTIGO 5º. Nos casos em que o plantonista faltar sem aviso prévio, por motivo qualquer, o médico plantonista que for chamado a substituí-lo terá direito aos honorários devidos pelo plantão, mesmo que o titular venha a comparecer ao plantão, se o assim quiser.

ARTIGO 6º. Após a 2ª (segunda) ausência sem justificativa, ou com 2 (duas) justificativas não aceitas pela Diretor responsável pelo serviço, o médico plantonista poderá ser destituído do quadro de plantonistas cooperados em atividades no local ou será punido conforme decisão superior.

ARTIGO 7º. É vedado aos plantonistas noturnos terem mais de uma escala de plantão semanal, salvo autorização do chefe dos plantões, em casos excepcionais.

ARTIGO 8º. Os médicos plantonistas que quiserem renunciar aos plantões deverão comunicar, por escrito, num prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes de abandoná-los.

ARTIGO 9º. É permitido pedido de afastamento por doença, viagem ou férias, que ultrapassarem 15 (quinze) dias.

Parágrafo Primeiro. A substituição do plantonista afastado se dará seguindo a sequência dos médicos inscritos.

Parágrafo Segundo. O plantonista que se afastar por mais de 90 (noventa) dias, mediante comprovação, para participar de cursos de especialização, para exercer cargos públicos (eletivo ou não) ou serviço militar, terá seu direito de médico plantonista resguardado quando de seu retorno.

CAPÍTULO II – DAS SANÇÕES

ARTIGO 10º. A infringência de qualquer ARTIGO deste Regimento, além de comportamento técnico, ético ou social inadequado à imagem de respeitabilidade do local onde o serviço está sendo prestado, submeterá o plantonista, a critério da Comissão Técnico-Disciplinar do Hospital às seguintes sanções:

- advertência por escrito, protocolada ou com aviso de recebimento;
- suspensão das atividades no Pronto Atendimento, por um ano e substituição por outro colega Cooperado, atendendo-se o disposto no ARTIGO 8ª e seus Parágrafos;

- eliminação definitiva de quadro de plantonistas e substituição por colega Cooperado, após devido processo disciplinar.

Parágrafo Primeiro - O estabelecimento destas sanções ficará a critério da Comissão Técnico Disciplinar do Hospital, atendendo-se os seguintes critérios:

- o fato do infrator ser primário;
- ser reincidente;
- negar-se peremptoriamente a cumprir quaisquer das normas deste Regimento.

Parágrafo Segundo - As reclamações e denúncias realizadas por escrito por parte dos usuários, colegas ou funcionários serão analisadas pela Direção do estabelecimento de saúde que, após ouvir o chefe da equipe, poderá formalizar uma denúncia contra o plantonista à Comissão Técnico-Disciplinar do Hospital para apurar a culpabilidade do mesmo e aplicação das sanções acima previstas.

CAPÍTULO IV – DAS INCUMBÊNCIAS

ARTIGO 11º. Os plantonistas deverão cumprir rigorosamente o Regimento Interno do estabelecimento de saúde onde está sendo prestado o serviço.

§único. Independentemente das normas estabelecidas no Regimento Interno do estabelecimento de saúde, que devem ser rigorosamente cumpridas, é vedado o uso de cigarros ou similares e bebidas alcoólicas dentro das dependências do local do serviço.

ARTIGO 12º. Os plantões médicos serão de 12 (doze) horas por dia

§único. Poderão os Plantões serem organizados de outras formas, dependendo das necessidades do Hospital.

Parágrafo Primeiro. Em nenhuma hipótese poderá o médico plantonista negar o atendimento de sua especialidade, encaminhando o paciente para atendimento posterior em seu consultório.

Parágrafo Segundo. Também não poderá o médico plantonista, atender ou fazer procedimentos em seus pacientes, previamente encaminhados de seu consultório, no horário de seu plantão.

Parágrafo Terceiro. Todo e qualquer caso de atendimento serão atendidos pelo plantonista, sempre buscando a resolução dos problemas dentro da operacionalidade do serviço, quando for possível técnica e eticamente assim proceder.

ARTIGO 13º Prestar assistência aos pacientes da unidade assistencial procurando resolver as intercorrências agudas dos mesmos

ARTIGO 14º Prestar atendimento aos pacientes regulados, tão logo os mesmos sejam encaminhados.

ARTIGO 15º Atender aos pacientes de outros setores da unidade de saúde que eventualmente necessitem de assistência clínica urgente

ARTIGO 16º Quando estiver impossibilitado de prestar atendimento imediato, o plantonista deverá solicitar o auxílio do médico residente do plantão da mesma clínica o do médico plantonista.

ARTIGO 17º conhecer e seguir rigorosamente o Código de Ética médica, manter comportamento cordial, respeitando os demais membros do Corpo Clínico.

ARTIGO 18º Na ausência de médicos assistente, conforme as circunstâncias, fornece atestado de óbito de paciente se necessário, no período diurno o atestado de óbito dever ser preenchido prioritariamente por um dos médicos da equipe médica responsável pelo paciente . Anotar no livro de ocorrência todos os fatos e situações que mereçam registro.

ARTIGO 19º Comparecer ao local onde foi escalado cumprindo rigorosamente o horário estabelecido e estando de plantão não deixar o local de tabalo antes da chegada do substituto, ou de outro médico da equipe do plantão que está recebendo o serviço, sob pena de responsabilização profissional e administrativa

ARTIGO 20º O plantonista que receber o plantão deverá chegar no horário determinado pela sua escala e em caso de reincidência de atraso por mais de quinze minutos, sem justificativa, receberá as penalidades, cabíveis

ARTIGO 21º. Portar durante o serviço documento de identificação emitido pela instituição crachá funcional.

ARTIGO. 22º. O plantonista deverá se manter alcançável durante todo o seu horário de plantão

ARTIGO 23º Os formulários ou guias on line utilizados pelos plantonistas deverão ser os específicos, timbrados, do Hospital , constando o carimbo do médico com sua assinatura.

§único. O não cumprimento destas incumbências sujeitará o plantonista às sanções previstas neste Regimento.

CAPÍTULO V – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 24º Todo e qualquer documento referente ao serviço plantão deverá ser arquivado em pasta no Hospital .

ARTIGO 25º O médico plantonista deverá assinar cópia do Regimento Interno em 2 (duas) vias, uma das quais será arquivada no Hospital . Tal assinatura implicará na aceitação pura e simples deste Regimento.

ARTIGO 26º. Os casos omissos deste Regimento serão resolvidos pela Diretoria do Hospital,

ARTIGO 27º - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.