



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

Proc. nº	5297/19
Folha nº	2902
POP (sigla do setor) - n.º Pág.:	Visto ✓
Data de Emissão:	DLC

POP – LIBERAÇÃO DE PEDIDOS URGENTES	Revisão nº:
	Data de Revisão:

- A enfermagem ao solicitar os medicamentos deverá colocar no campo prescrição médica atual o número da prescrição médica.
- O funcionário da enfermagem irá imprimir a solicitação na enfermaria e irá até a farmácia com a solicitação juntamente com a prescrição médica original
- O funcionário da farmácia que estiver atendendo a janela, irá pegar a solicitação que a enfermagem trouxe, irá conferir se o número da prescrição que a enfermagem vinculou é o mesmo número de prescrição que está na prescrição impressa que a enfermagem trouxe e verificará se aquela medicação foi realmente prescrita naquela prescrição, irá separar a medicação, realizará a baixa e dispensará a medicação.

#### IV. Recebimento de Solicitações de Medicamentos que foram Prescritos pelo Médico como ACM, SE NECESSÁRIO, SE DOR, SE FEBRE, SE NÁUSEA, etc...

- Quando o médico prescritor prescreve alguma medicação como ACM, SE NECESSÁRIO, SE DOR, SE FEBRE, SE NÁUSEA, etc..., se ele colocar uma dessas informações no campo "frequência", este medicamento não sairá na solicitação da farmácia, devendo a enfermagem fazer essa solicitação no nome do paciente, vinculando à prescrição, como urgente, se realmente houver necessidade de administração da medicação;
- Se o médico colocar ACM, SE NECESSÁRIO, SE DOR, SE FEBRE, SE NÁUSEA, etc... na observação da prescrição, o farmacêutico irá cortar da solicitação essa medicação (acordo feito entre a coordenação de farmácia e a divisão de enfermagem) devendo a enfermagem fazer essa solicitação no nome do paciente, vinculando à prescrição, como urgente, se realmente houver necessidade de administração da medicação;
- O funcionário da enfermagem fará a solicitação na enfermaria e irá até a farmácia com a solicitação juntamente com a prescrição médica original;

*[Handwritten signature and initials]*



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

Proc. nº	15297/19
Folha nº	2103
POP (sigla do setor) - nº Pág.:	✓ DLCA

POP – LIBERAÇÃO DE PEDIDOS URGENTES	Data de Emissão:
	Revisão nº:
	Data de Revisão:

- O funcionário da farmácia que estiver atendendo a janela, irá pegar a solicitação impressa que a enfermagem trouxe, irá conferir se o número da prescrição que a enfermagem vinculou é o mesmo número de prescrição que está na prescrição que a enfermagem trouxe e verificará se aquela medicação foi realmente prescrita naquela prescrição, irá separar a medicação, realizará a baixa e dispensará a medicação.

#### 5. OBSERVAÇÕES:

Eficácia no sistema de liberação de pedidos urgentes a todas as Unidades Assistenciais que emitem pedidos de medicamento via físico ou sistema informatizado.



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

Proc. nº	15297/10
Folha nº	2104
Visto	✓
DLC	✓

POP – SEPARAÇÃO DE MEDICAMENTOS	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão nº:
	Data de Revisão:

1. **OBJETIVO:** Padronizar os procedimentos de separação de medicamentos.
2. **ABRANGÊNCIA:** Farmacêutico, Técnico de Farmácia, Auxiliar de farmácia.
3. **MATERIAL E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:** Computador, Material de escritório, Recursos humanos, Recursos materiais e Infra-estrutura.
4. **PROCEDIMENTO:**
  - I. **Separação**
    - O funcionário irá pegar a solicitação;
    - Carimbar e assinar a solicitação;
    - Ler atentamente o que está sendo pedido na solicitação;
    - Pegar a medicação, verificando a forma farmacêutica, o nome da medicação, a validade e conferindo se o código do produto que está no acondicionamento é equivalente ao que está na solicitação;
    - Realizar a separação de todos os itens;
    - Realizar a baixa via sistema ou por meio físico;
    - Colocar no invólucro;
    - Colocar na cesta da enfermaria correspondente;
    - Realizar a baixa;
    - Dispensar as medicações.
  - II. **Atentar Durante a Separação**
    - Durante a separação, o funcionário deve estar atento se os medicamentos estão acondicionados de forma correta, concentração medicamentos, medicamentos prescritos em miligramas, frascos com embalagens semelhantes. Ex: (omeprazol, amoxicilina+ clavulanato);





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)

Proc. nº	15297/19
Folha nº	2705
POP (sigla do setor) - nº Pág.	✓ DLC



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

POP – SEPARAÇÃO DE MEDICAMENTOS	POP (sigla do setor) - nº Pág.
	Data de Emissão:
	Revisão nº:
	Data de Revisão:

- Medicamentos de geladeiras antes de dispensar verificar se a concentração e a indicação terapêutica da medicação, para não dispensar medicamento trocado para o paciente;
- Atentar se os medicamentos termolábeis estão acondicionados em temperaturas adequadas;
- Atentar se não existem produtos diferentes misturadas em um mesmo Bin;
- Verificar as validades e alterações dos produtos.

### III. Planejamento Estratégico Dispensação Medicamentos

- Ao término da separação de todos os pedidos da enfermaria, a cesta deve ser levada para a área de realização das baixas;
- Durante o plantão o sistema parou ou acabou a energia, as medicações deverão ser dispensadas para as enfermarias com a identificação do paciente colocando, nome do paciente, número da solicitação, turno 1 (um) ou 2 (dois) e a enfermaria e reter na farmácia as solicitações para baixa posterior.

### 5. RESULTADOS ESPERADOS

Eficácia no sistema de separação de pedidos a todas as Unidades Assistenciais que emitem pedidos de medicamento.





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

Proc. nº	15297/19
Folha nº	2706
POP (sigla do setor)	✓
Ch.º Pág.:	DLC:

**POP - COLETA INTERNA DE RESÍDUO INFECTANTE, COMUM E PERFUROCORTANTE**

POP (sigla do setor)	Ch.º Pág.:
Data de Emissão:	
Revisão nº:	
Data de Revisão:	

1. **OBJETIVO:** Realizar a coleta do resíduo da unidade geradora conforme as normas técnicas para garantir a segurança do trabalhador, saúde pública e meio ambiente.

2. **ABRANGÊNCIA:** Servente de limpeza ou empresa terceirizada sob Supervisão da Instituição.

3. **MATERIAL E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:**

- Embalagens de resíduos na cor branca leitosa com simbologia de infectante de 50,100 ou 200 litros que devem ser constituídos de material resistente a punctura, ruptura e vazamento segundo NBR 9191 e ABNT 7500;
- Embalagens plásticas na cor preta de 60,100 ou 200 litros;
- Caixa rígida para armazenamento de resíduos perfuro cortantes de 3, 7 ou 13 litros.

4. **PROCEDIMENTO:**

4.1. **Resíduo Infectante**

- Lavar as mãos conforme técnica de lavagem de mãos;
- Colocar as luvas de látex amarela;
- Forrar o saco de vinil do carro funcional com embalagem da cor branca leitosa com símbolo de infectante para iniciar a coleta interna do resíduo;
- Fechar e recolher as embalagens da lixeira dando dois nós e depositá-lo dentro do saco de vinil do carro funcional até atingir o limite máximo de 2/3 da capacidade;
- Fazer a reposição do saco branco dentro da lixeira e afundá-lo;
- Conduzir o carro funcional com o resíduo até o container adequado e armazenar temporariamente;



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

P. M. B. P.	
Proc. nº	15297/19
Folha nº	2707
POP (sigla do setor)	DLCA

**POP - COLETA INTERNA DE RESÍDUO INFECTANTE, COMUM E PERFUROCORTANTE**

POP (sigla do setor)	Pág.:
Data de Emissão:	
Revisão nº:	
Data de Revisão:	

- Descalçar as luvas e lavar as mãos conforme técnica de lavagem de mãos.

#### 4.2. Residuo Comum

- Lavar as mãos conforme técnica de lavagem de mãos;
- Colocar as luvas de látex amarela;
- Forrar o saco de vinil do carro funcional com embalagem da cor preta para iniciar a coleta interna do resíduo;
- Fechar e recolher as embalagens da lixeira dando dois nós e depositá-lo dentro do saco de vinil do carro funcional até atingir o limite máximo de 2/3 da capacidade;
- Fazer a reposição do saco preto dentro da lixeira e afundá-lo;
- Conduzir o carro funcional com o resíduo até o container adequado e armazenar temporariamente;
- Descalçar as luvas e lavar as mãos conforme técnica de lavagem de mãos.

#### 4.3. Perfuro cortante

- Lavar as mãos conforme técnica de lavagem de mãos;
- Colocar as luvas de látex amarela;
- A equipe de enfermagem deverá lacrar com fita crepe a caixa rígida de perfuro cortante e informar ao servente de limpeza;
- O servente de limpeza irá coletar e acondicionar dentro da embalagem de resíduo branco leitosa de 100 litros com simbologia de infectante dando dois nós e depositá-lo dentro do saco de vinil do carro funcional até atingir o limite máximo de 2/3 da capacidade;
- A equipe de enfermagem deverá repor a caixa rígida de perfuro cortante;
- Conduzir o carro funcional com o resíduo até o container adequado e armazenar temporariamente;
- Descalçar as luvas e lavar as mãos conforme técnica de lavagem de mãos.



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)

Proc. nº	15297/19
Folha nº	2708
Visto	<input checked="" type="checkbox"/> DLCA



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

**POP - COLETA INTERNA DE RESÍDUO INFECTANTE, COMUM E PERFUROCORTANTE**

POP (sigla do setor) - nº Pág.:
Data de Emissão:
Revisão nº:
Data de Revisão:

**4.4. Retirada diária:** coleta interna deverá ocorrer seis vezes por dia, de 4 em 4 horas, ou quando necessário, este material deverá ser armazenado nos containers conforme o grupo de resíduos (comum ou infectante) e será encaminhado ao abrigo externo quatro vezes por dia, de 6 em 6 horas, ou quando necessário.

**5. CONTINGÊNCIA:** Na falta de qualquer material de armazenamento de resíduos será acionada a equipe ou empresa terceirizada responsável pela coleta interna para providenciar os mesmos via telefone divulgado pela Instituição.

#### 6. OBSERVAÇÕES:

- Todo o papelão deve ser encaminhado até o container previamente desmontado, sem necessidade de embalar, só se estiver molhado ou com algum tipo de sujidade;
- Não aproximar o coletor de perfuro cortante ao corpo.

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)

Proc. nº	15297/19
Folha nº	2109
Visto	✓
DLC	



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

POP (sigla do setor) - nº Pág.:
Data de Emissão:
Revisão nº:
Data de Revisão:

POP LIMPEZA DE CESTOS DE RESÍDUOS
-----------------------------------

#### 1. OBJETIVO:

- Promover uma limpeza adequada dos cestos de resíduos, promovendo conforto ao paciente e funcionário e diminuindo o risco de infecção relacionada à assistência a saúde.
- Checar as condições de conservação e o bom funcionamento dos cestos de resíduos.

#### 2. ABRANGÊNCIA: Estrutura Geral do Serviço de Saúde interno e externo.

#### 3. MATERIAL E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

- Panos de limpeza limpos;
- Sabão ou detergente;
- Álcool 70 INPM;
- Esponja de aço;
- Sacos para resíduos com cores padronizadas para os diferentes tipos de resíduos;
- EPIs padronizados.

#### 4. PROCEDIMENTO:

- Higienizar as mãos;
- Coloca os EPIs apropriados para o procedimento;
- Esvaziar o conteúdo dos cestos de resíduos, fechando-os no momento da retirada;
- Levar o resíduo para o Depósito de Armazenamento Temporário de Resíduos existente nos andares;
- Levar o cesto e a tampa (quando a tampa for separada do cesto) até o expurgo da unidade e lavar com esponja dupla face ou esponja de aço, impregnada com água e sabão;
- Enxaguar até remover todo o sabão;

*Handwritten signature and initials in blue ink.*

*Large handwritten signature in blue ink.*



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

Proc. nº	15297/19
Folha nº	2770
POP (sigla do setor) - nº Pág.:	✓ DLC:

POP LIMPEZA DE CESTOS DE RESÍDUOS	POP (sigla do setor) - nº Pág.:	✓ DLC:
	Data de Emissão:	
	Revisão nº:	
	Data de Revisão:	

- Secar o cesto com pano limpo;
- Colocar saco plástico de tamanho e cor apropriados;
- Recolocar o cesto no mesmo lugar de onde foi retirado;
- Remover as luvas;
- Lavar as mãos conforme técnica.

#### 5. OBSERVAÇÕES:

Para os cestos de resíduos de inox, proceder a lavagem do cesto removível interno. Na parte de inox, limpar com pano limpo embebido com desinfetante (álcool 70 INPM).



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

Proc. nº 15297/19	
POP (sigla do setor):	2177
Data de Emissão:	✓
Revisão nº:	DLC:
Data de Revisão:	

#### POP LIMPEZA DE PIAS, LAVATÓRIOS E TANQUES

#### 1. OBJETIVO:

- Promover uma limpeza adequada das pias, lavatórios e tanques, diminuir o risco de infecções relacionadas a assistência a saúde;
- Checar as condições de conservação e o bom funcionamento das pias, lavatórios e tanques.

- #### 2. ABRANGÊNCIA:
- Todos os Setores Assistenciais e que possuam pias, lavatórios e/ou tanques.

#### 3. MATERIAL E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

- Carro funcional provido de:
- Panos de limpeza limpos;
- Sabão ou detergente;
- Esponja de aço;
- EPIs padronizados.

#### 4. PROCEDIMENTO:

- Higienizar as mãos;
- Colocar o material necessário para a limpeza no carro funcional;
- Levar o carro até o local a ser limpo;
- Colocar os EPIs apropriados para o procedimento, as luvas do banheiro e do quarto devem ter cores diferentes;
- Abrir a torneira e esfrega com esponja de aço e sabão, na seguinte ordem:
  - a) Ponto de junção parede/pia;
  - b) Parte externa da bacia, coluna e sifão;
  - c) Ponto de junção torneira/pia;
  - d) Torneira;
  - e) Bacia interna;
  - f) Ponto de junção bacia/válvula;





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)

Proc. nº 15297/19

Folha nº 2178

Visto  DLCA



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

POP LIMPEZA DE PIAS, LAVATÓRIOS E TANQUES

POP (sigla do setor) – nº Pág.:

Data de Emissão:

Revisão nº:

Data de Revisão:

- Enxaguar com água limpa até a remoção de todo sabão;
- Secar a pia ou lavatório ou tanque com pano limpo;
- Recolher o material utilizado;
- Remover as luvas;
- Lavar as mãos.

#### 5. OBSERVAÇÕES:

- Quando verificar o funcionamento inadequado na pia, lavatório ou tanque, comunicar o supervisor da higiene para acionar a manutenção.
- Não esquecer de limpar o ralo, retirando cabelos e detritos, usando, caso necessário, um gancho de arame.



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

Proc. nº	1.5.297/19
Folha nº	2173
POP (sigla do setor) - nº Pág.	✓ DLC:

POP LIMPEZA DO PISO – TÉCNICA DOIS BALDES	POP (sigla do setor) - nº Pág.	✓ DLC:
	Data de Emissão:	
	Revisão nº:	
	Data de Revisão:	

#### 1. OBJETIVO:

Promover um ambiente limpo para o paciente e equipe assistencial, proporcionado conforto e diminuição o risco de infecção relacionada à assistência a saúde.

#### 2. ABRANGÊNCIA: Áreas assistenciais e de fluxo dos Setores de Saúde.

#### 3. MATERIAL E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

- Carro funcional provido;
- Panos de limpeza limpos;
- Sabão ou detergente;
- 2 (dois) baldes de cores diferentes com água limpa;
- Rodo;
- Equipamentos de Proteção Individual - EPIs padronizados;
- Sacos de lixo vazios (branco para resíduo infectante e preto para resíduos comum).

#### 4. PROCEDIMENTO:

- Higienizar as mãos;
- Colocar o material necessário para a limpeza no carro funcional;
- Levar o carro até o local a ser limpo;
- Cumprimentar o paciente e explica o procedimento;
- Isolar a área com as placas de sinalização necessárias;
- Colocar os EPIs apropriados para o procedimento, luvas, botas e touca. As luvas do banheiro e do quarto devem possuir cores diferentes;
- Recolher os sacos contendo resíduos do local, fechando-os e depositando-os no saco hamper do carro funcional ou diretamente no depósito de resíduo temporário no andar;
- Mergulhar o pano no balde com água e sabão, torcer o pano e revestir o rodo;



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)

Proc. nº	15.297/19
Folha nº	214
Visto	✓
DLC:	



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

POP LIMPEZA DO PISO – TÉCNICA DOIS BALDES	POP (sigla do setor) – nº Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão nº:
	Data de Revisão:

- Iniciar a varredura úmida pelos cantos, do fundo para a porta da frente, com movimentos firmes e contínuos, a fim de remover as partículas maiores do piso (papéis, migalhas, cabelos e outros);
- Recolher as partículas maiores;
- Enxaguar o pano em outro balde contendo água limpa;
- Mergulhar novamente o pano de limpeza em um balde contendo água e sabão ou detergente, torcendo o pano e envolvendo-o no rodo;
- Repetir a operação quantas vezes forem necessárias;
- Enxaguar o piso, mergulhando um pano limpo em balde contendo apenas água limpa, repetir a operação quantas vezes forem necessárias;
- Secar o piso;
- Retirar a placa de sinalização;
- Organizar o carrinho e o material utilizado;
- Desprezar a água suja em local apropriado;
- Remover as luvas;
- Lava as mãos.

#### 5. OBSERVAÇÕES:

- A água do balde deve ser trocada sempre que houver necessidade.
- Os panos utilizados na limpeza devem ser encaminhados para processamento a lavanderia.
- Os baldes devem ser lavados e secos antes de nova utilização.
- Não deixar manchas ou sujidades incrustadas para a limpeza terminal, pois podem ficar impregnadas e mais difíceis de serem removidas posteriormente, para estes casos, utilizar uma fibra mais abrasiva no local.
- O funcionário deve procurar manter a coluna reta durante o desenvolvimento de toda a técnica de limpeza.





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)

Proc. nº	15297/1
Folha nº	275
POP (sigla do setor)	✓
Visão	DLC



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

POP LIMPEZA DOS ELEVADORES	POP (sigla do setor)
	Data de Emissão:
	Revisão nº:
	Data de Revisão:

1. **OBJETIVO:** Promover limpeza adequada dos elevadores, promovendo conforto ao paciente e funcionário e diminuindo o risco de infecção relacionado a assistência à saúde.

2. **ABRANGÊNCIA:** Todos os elevadores.

### 3. MATERIAL E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

Carro funcional provido de:

- Panos de limpeza limpos;
- Sabão ou detergente;
- Equipamentos de Proteção Individual - EPIs padronizados.

### 4. PROCEDIMENTO:

- Higienizar as mãos;
- Colocar o material necessário para a limpeza no carro funcional;
- Levar o carro até o elevador a ser limpo;
- Descer o elevador até o subsolo;
- Prender a porta;
- Colocar a placa de sinalização na entrada do elevador a ser limpo;
- Colocar os EPIs apropriados para o procedimento;
- Limpar as paredes do elevador, com água e sabão, utilizando movimento unidirecional, de cima para baixo;
- Limpar o painel de controle;
- Mergulhar o pano no balde com água e sabão, torcer o pano e revestir o rodo;
- Iniciar a varredura úmida pelos cantos, do fundo para a porta da frente, com movimentos firmes e contínuos, a fim de remover as partículas maiores do piso (papéis, migalhas, cabelos e outros);
- Recolher as partículas maiores;

*Handwritten signature*

*Large handwritten signature*



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)

Proc. nº	15297/19
Folha nº	2776
Visto	✓ DLC



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

POP LIMPEZA DOS ELEVADORES	POP (sigla do setor) - nº Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão nº:
	Data de Revisão:

- Enxaguar o pano em outro balde contendo água limpa;
- Mergulhar novamente o pano de limpeza em um balde contendo água e sabão ou detergente, torcendo o pano e envolvendo-o no rodo;
- Repetir a operação quantas vezes forem necessárias;
- Enxaguar o piso, mergulhando um pano limpo em balde contendo apenas água limpa;
- Repetir a operação quantas vezes forem necessárias;
- Secar o piso;
- Limpar os trilhos por onde correm as portas;
- Liberar o elevador após secagem;
- Recolher o material;
- Remover as luvas;
- Lavar as mãos.

#### 5. OBSERVAÇÕES:

- Nos elevadores de serviços e monta-cargas, a higienização deve ser executada diariamente e/ou após cada operação de transporte de resíduos de serviços de saúde, se necessário.
- Quando o funcionário da higiene for acionado para limpeza do elevador pela presença de sujidades como vômitos, sangue, secreções, deverá fazê-la imediatamente.



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

Proc. nº	15297/19
Folha nº	277
Visão	DLC

POP LIMPEZA DE SANITÁRIOS	POP (sigla do setor) - n.º Pág.
	Data de Emissão:
	Revisão nº:
	Data de Revisão:

#### 1. OBJETIVO:

- Promover limpeza adequada dos sanitários, promovendo conforto aos pacientes e funcionários e diminuindo o risco de infecção relacionada a assistência a saúde;
- Checar as condições de conservação e o bom funcionamento dos sanitários.

#### 2. ABRANGÊNCIA: Todos os sanitários.

#### 3. MATERIAL E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

Carro funcional provido de:

- Panos de limpeza limpos;
- Sabão ou detergente;
- Desinfetante padronizado;
- Vassoura de sanitário;
- Esponja de aço;
- EPIs padronizados.

#### 4. PROCEDIMENTO:

- Higienizar as mãos;
- Colocar o material necessário para a limpeza no carro funcional;
- Levar o carro até o local a ser limpo;
- Colocar os EPIs apropriados para o procedimento, as luvas do banheiro e do quarto devem ter cores diferentes;
- Pressionar a válvula de descarga;
- Levantar o assento do vaso;
- Esfregar com esponja de aço e solução detergente na seguinte ordem:
  - a) Válvula de descarga;
  - b) Base externa da peça sanitária;
  - c) Junção peça/piso;





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

Proc. nº	15297/19
Folha nº	2128
POP (sigla do setor)	V. n.º Pág. ✓
Data de Emissão:	
Revisão nº:	
Data de Revisão:	

POP LIMPEZA DE SANITÁRIOS
---------------------------

- d) Parte externa da tampa em seguida a parte interna e assento em anexo;
  - e) Parte interna sob a borda da peça sanitária;
  - f) Esfregar com vassoura sanitária o interior da peça;
  - g) Enxaguar com água limpa novamente;
  - h) Secar o assento do vaso sanitário;
  - i) Enxaguar com água limpa até a remoção de todo sabão;
  - j) Aplicar o desinfetante (Hipoclorito 1%) e deixa agir por 10 minutos;
  - k) Enxaguar com água limpa até a remoção de todo sabão;
  - l) Secar o assento, a tampa e a parte externa do sanitário com pano limpo.
- Recolher o material utilizado;
  - Remover as luvas;
  - Lavar as mãos.

#### 5. OBSERVAÇÕES:

- Quando verificar algum mau funcionamento do sanitário, comunicar o supervisor da higiene para acionar a manutenção.



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

Proc. nº	15297/19
Folha nº	2179
POP (sigla do setor) - nº Pág.:	✓
Revisão nº:	
Data de Emissão:	
Data de Revisão:	

POP LIMPEZA DE JANELAS E VIDROS	
---------------------------------	--

#### 1. OBJETIVO:

- Promover limpeza adequada das janelas, vidros, paredes e portas, promovendo conforto ao paciente e funcionário e diminuindo o risco de infecção relacionada à assistência a saúde;
- Checar as condições de conservação e o bom funcionamento das janelas.

#### 2. ABRANGÊNCIA: Todas as Unidades.

#### 3. MATERIAL E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

- Panos de limpeza limpos;
- Sabão ou detergente neutro;
- Álcool 70 INPM ou Solução limpa vidro;
- EPIs padronizados.

#### 4. PROCEDIMENTO:

- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPIs apropriados para o procedimento.

#### Janelas

- Limpar as lâminas com água e sabão, no sentido do mais alto para o mais baixo;
- Enxaguar com água limpa.

#### Vidros

- Limpar com água e detergente neutro;
- Enxaguar com água limpa quantas vezes for necessário;
- Secar com pano limpo;

*[Handwritten signature and initials]*



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

Proc. nº	15297/19
Folha nº	2730
POP (sigla do setor) nº Pág.	
Data de Emissão:	Visto ✓ DLCA

#### POP LIMPEZA DE JANELAS E VIDROS

Revisão nº:

Data de Revisão:

- Aplicar a solução de limpa vidro ou álcool 70 INPM;
- Enxugar com pano seco;
- Organizar o ambiente;
- Remover as luvas;
- Lavar as mãos.

*Handwritten blue ink marks, including a large 'D' and a signature.*





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [projeto@medlife.org.br](mailto:projeto@medlife.org.br)

Proc. nº	15297/19
Folha nº	2727
Visão	✓ DLCA



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [contato@medlife.org.br](mailto:contato@medlife.org.br)

POP LIMPEZA TERMINAL DA UNIDADE DO PACIENTE	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

#### 1. OBJETIVO:

Promover ambiente limpo para o paciente e equipe assistencial, proporcionado conforto e prevenindo risco de infecção relacionada à assistência a saúde.

#### 2. ABRANGÊNCIA: Todas as unidades de Internação.

#### 3. MATERIAL E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

- Panos de limpeza limpos;
- Sabão ou detergente;
- 2 (dois) baldes de cores diferentes com água limpa;
- Rodo;
- EPIs padronizados;
- Sacos de lixo vazios (branco para resíduo infectante e preto para resíduos comum).

#### 4. PROCEDIMENTO:

##### I. Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem:

- Higienizar as mãos;
- Retirar as roupas de cama, papagaio ou comadre e encaminhar à sala de utilidades;
- Remover frasco de soro do suporte, se houver, e desprezar no lixo.

##### II. Funcionário da Higiene

- Higienizar as mãos;
- Colocar o material necessário para a limpeza no carro funcional;
- Levar o carro até o local a ser limpo;
- Isolar a área com as placas de sinalização necessárias;



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)

Proc. n°	15297/19
Folha n°	2722
Visto	✓ DLCA



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

POP LIMPEZA TERMINAL DA UNIDADE DO PACIENTE	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

- Coloca os Equipamentos de Proteção Individual-EPIs apropriados para o procedimento;
- Recolher os sacos contendo resíduos do local, fechando-os e depositando-os no saco hamper do carro funcional ou diretamente no depósito de resíduo temporário setorial;
- Afastar a cama da parede deixando um espaço suficiente para a realização da limpeza;
- Mergulhar o pano no balde com água e sabão, torcer e limpar no sentido de cima para baixo, na seguinte ordem:
  - a) Mesa de cabeceira;
  - b) Mesa de refeição;
  - c) Suporte de soro;
  - d) Cadeira ou poltrona;
  - e) Travesseiro;
  - f) Leito;
  - g) Escadinha;
  - h) Por último limpar os pés dos mobiliários.
- Enxaguar os mobiliários, mergulhando outro pano em água limpa, torcer e remover a espuma com a mesma técnica descrita acima;
- Repetir a operação quantas vezes forem necessárias.

#### III. Leito:

- Limpar um dos lados do travesseiro e colocar o lado contaminado na metade distal do colchão (ainda sujo);
- Limpar a parte superior do colchão (até o meio), utilizando movimentos unidirecionais, no sentido distal-proximal;
- Colocar o lado limpo do travesseiro sobre a área limpa do colchão;
- Limpar a outra área do travesseiro;
- Limpar a outra metade do colchão;



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

Proc. nº	15297/19
Folha nº	2723
POP (sigla do setor) – nº Pág.:	Vício
Data de Emissão:	
Revisão nº:	
Data de Revisão:	
DLC:	

<b>POP LIMPEZA TERMINAL DA UNIDADE DO PACIENTE</b>	
--	--

- Dobrar o colchão: superfícies limpas em contato, metade proximal para distal, expondo metade do estrado da cama;
- Limpar a cabeceira e metade do estrado;
- Limpar metade do colchão (porção que fica em contato com o estrado da cama);
- Retornar metade proximal do colchão sobre o estrado;
- Dobrar o colchão do outro lado (distal para proximal), expondo a outra metade do estrado (ainda suja);
- Limpar as grades dos pés da cama, o estrado e a porção inferior do colchão (ainda suja);
- Retornar o colchão limpo ao estrado limpo;
- Limpar as grades laterais e os pés da cama;
- Passar álcool 70 INPM nas partes cromadas do leito;
- Limpar o piso da unidade do paciente com técnica estabelecida;
- Organizar a unidade;
- Lavar as mãos.

#### 5. OBSERVAÇÕES:

- Quando houver pertences do paciente esquecidos no armário, recolher, entregar para o enfermeiro responsável pela unidade.
- Utilizar dois baldes: um com água e sabão e outro com água limpa.
- No caso de sujeiras resistentes, utilizar esponja dupla face para fricção.
- A água do balde deve ser trocada sempre que houver necessidade.
- Os panos utilizados na limpeza devem ser encaminhados para processamento na lavanderia.
- Os baldes devem ser lavados e secos antes de nova utilização.
- Quando detectar colchões ou travesseiros rasgados, comunicar o enfermeiro responsável do setor para providências.

A

X

uuu





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

Proc. nº	009/19
Folha nº	2724
Visão	✓ DIC

PROTOCOLO DE PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE	POP (sigla do setor) – nº Pág.: Data de Emissão: Revisão nº: Data de Revisão:
--	--

#### FINALIDADES

- Manter o corpo limpo e identificado;
- Evitar a saída de odores e secreções;
- Dispor o corpo em posição adequada antes da rigidez cadavérica.

#### MATERIAL NECESSÁRIO

- 02 pares de luvas de procedimentos;
- 03 etiquetas de identificação de óbito;
- Algodão;
- 01 pinça Cheron;
- 01 jarro com água;
- Sabão líquido;
- 01 toalha;
- Fita crepe;
- 03 unidades de atadura de crepe;
- 10 unidades de gaze não esterilizada;
- 02 máscaras;
- 01 tesoura;
- 02 lençóis;
- 01 bandeja grande;
- 01 maca sem colchão;
- 02 aventais esterilizados.

#### PRÉ – EXECUÇÃO:

- Observar constatação do óbito;
- Preencher a etiqueta de óbito com os dados;
- Preparar o material;





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

Proc. nº	15.297/19
Folha nº	2125
POP (sigla do setor) – nº Pág.:	✓ DLCA

PROTOCOLO DE PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE	POP (sigla do setor) – nº Pág.:	✓ DLCA
	Data de Emissão:	
	Revisão nº:	
	Data de Revisão:	

- Lavar as mãos.

#### EXECUÇÃO:

- Checar o nome e o leito do cliente;
- Calçar as luvas de procedimento, avental e máscara;
- Desligar os equipamentos;
- Posicionar o corpo em decúbito dorsal e horizontal;
- Retirar sondas, cateteres e drenos;
- Proceder a higiene do corpo e realizar curativo nos locais necessário;
- Proceder o tamponamento das cavidades corporais com algodão e pinça de Cheron, se necessário utilizar material impermeável;
- Garrotear o pênis com 01 gaze;
- Recolocar prótese dentária;
- Manter decúbito horizontal dorsal com braços fletidos sobre o tórax;
- Fixar mandíbula, pulsos e tornozelos cm atadura de crepe;
- Proceder a identificação, atando a etiqueta na extremidade do corpo (mãos e pés);
- Forrar a maca com lençol e transferir o corpo;
- Cobrir o corpo, completamente com lençol e colocar outra etiqueta de identificação;
- Solicitar abertura do necrotério;
- Acionar elevador (caso tenha na unidade) para transportar o corpo;
- Deixar o ambiente em ordem.

#### PÓS – EXECUÇÃO

- Desprezar material utilizado, no expurgo;
- Realizar limpeza de maca e recolocar o colchão;
- Lavar as mãos;

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

- Realizar as anotações de enfermagem;
- Vestir o corpo após a entrega da roupa pela família.

#### AVALIAÇÃO

- Aspecto geral do corpo;
- Transporte do corpo.

#### RISCOS/TOMADA DE DECISÃO

- Queda do corpo no transporte/ recolocar o corpo na maca;
- Extravasamento de fluidos corporais/ refazer o tamponamento;
- Identificação errada do corpo/ refazer imediatamente etiqueta de identificação, comunicar ao superior imediato.

15297/19  
2726  
DLCA



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO CLÍNICO PARA CRISE DE ASMA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

#### Objetivo:

Otimizar o tratamento da crise asmática em pediatria.

#### Aplicabilidade

#### População alvo:

- Crianças com diagnóstico prévio de asma e com quadro de crise asmática.
- Crianças > 2 anos com história de sibilância recorrente responsiva a broncodilatadores.

#### População excluída:

- Crianças com bronquiolite ou com crise de sibilância não responsiva a broncodilatadores.

#### Introdução

As crises de asma são episódios agudos ou subagudos de piora progressiva da dispneia, tosse, sibilos, taquipnéia e opressão torácica. São caracterizadas pela diminuição do fluxo expiratório que pode ser quantificado pela medida de função pulmonar através do peak flow (pico de fluxo expiratório – PFE) ou VEF 1 (volume expiratório forçado em 1 segundo).

A finalidade do tratamento é corrigir a obstrução pulmonar e a hipoxemia tão rápido quanto possível e planejar a prevenção de futuras recidivas.

PROC. Nº:	1529,7/19
FOLHA Nº:	2727
VISTO:	DLGA



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO CLÍNICO PARA CRISE DE ASMA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão n.º:
Data de Revisão:

Existem 2 subgrupos de crianças que apresentam desfecho fatal durante a crise asmática. O primeiro é o que não tem bom controle da asma e apresenta sintomas progressivos (tipo 1, início lento – chegada tardia). Esse é o subgrupo mais frequente, e considerado evitável.

O segundo subgrupo é o de pacientes com asma leve que apresentam broncoespasmo súbito, rapidamente progressivo (tipo 2, início rápido)

PROC. Nº	15297/19
FOLHA Nº:	2728
VISTO:	DLCA

Alguns fatores de risco para desfecho fatal são:

- História de asma quase fatal, que necessitou de ventilação mecânica.
- Internação no último ano.
- Pacientes em uso de corticoide oral.
- Pacientes que não estão usando corticoide inalatório
- Pacientes muito dependentes de broncodilatadores (principalmente os que utilizam mais de 1 frasco de salbutamol spray por mês).
- Pacientes com antecedentes psiquiátricos.
- Pacientes com baixa aderência ao tratamento.

#### Diretriz

A avaliação inicial deve ser feita com uma breve anamnese e exame físico, para que o paciente seja classificado quanto a gravidade da crise asmática (Tabela 1).

A finalidade da anamnese é identificar a presença de:

- Episódios prévios de insuficiência respiratória pela asma (internação em UTI, intubação orotraqueal (IOT) ou perda de consciência).
- Internação ou necessidade de consultas de urgência no último ano.
- Quando foi o início da crise asmática atual.
- Medicamentos em uso, principalmente as usadas para asma.
- Outras doenças associadas.

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten mark]*  
*[Handwritten mark]*





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO CLÍNICO PARA CRISE DE ASMA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

- Baixa aderência ao tratamento preventivo
- Alteração psicossocial e da dinâmica familiar.

O exame físico deve ser realizado com especial atenção para:

- Sinais vitais, nível de consciência, hidratação, cianose, sibilos e desconforto respiratório.
- A crepitação pulmonar é esperada no exame físico da crise asmática, e pode não significar infecção pulmonar concomitante.

Se disponíveis, devem ser obtidas medidas da função pulmonar (em crianças maiores de 5 anos), como PFE e/ou VEF1:

- VEF1 é preferível ao peak flow, se disponível.
- Apesar das medidas do PFE e VEF1 serem muito recomendadas, pois o exame físico isoladamente pode não refletir a gravidade da crise asmática, não são indicados nas crises graves ou com riscos de morte.
- A diretriz do National Institute of Health (NIH) preconiza a medida do VEF1 ou peak flow em crises menos graves na entrada do pronto atendimento (PA) e 30-60 minutos após tratamento inicial, entretanto, no nosso meio essa técnica é pouco utilizada devido à complexidade da manobra, atraso no início do tratamento e falta de materiais e profissionais para realizar essas medidas.

Medidas seriadas de oximetria de pulso podem ser úteis para avaliar gravidade e resposta ao tratamento. A satO<sub>2</sub> menor ou igual a 92% na admissão, está associada a maior morbidade e maior risco e hospitalização. Porém, uma medida isolada na entrada tem pouco valor para prever internação hospitalar.

Tabela 1 – Classificação de gravidade

	Grave	MODERADA	LEVE
Sintomas			

*[Handwritten signature and initials in blue ink]*



**Instituto Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



**Instituto Social Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO CLÍNICO PARA CRISE DE ASMA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão n.º:
Data de Revisão:

Falta de ar lactente	Em repouso Para de se alimentar	Falando Dificuldade de se alimentar	Andando
Fala em	Palavras	Frases intercaladas	Frases completas
Estado mental	Alterado	Normal	Normal
<b>Achados clínicos</b>			
Frequência respiratória	Aumentada	Aumentada	Normal/aumentada
Sibilos	Intenso, inspiratório e expiratório	Intenso durante expiração	Moderado, final expiração
Dispneia	Intensa	Moderada	Leve/ausente
Frequência cardíaca	Muito aumentada	Aumentada	Normal
<b>Avaliação funcional</b>			
PFE (% do previsto)	< 60%	60 – 80%	> 80%
SatO <sub>2</sub> em ar ambiente	≤ 90%	91 – 95%	> 95%
PaO <sub>2</sub>	< 60mmHg	≥ 60 mmHg	Normal
PaCO <sub>2</sub>	≥ 42 mmHg	< 42 mmHg	< 42 mmHg
Idade	FR normal	FC normal	
< 2 meses	< 60 ipm	< 180 bpm	
2 – 12 meses	< 50 ipm	< 160 bpm	

*(Handwritten signature)*

*(Handwritten mark)*

*(Handwritten mark)*



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)

152987/1
PROC. Nº: 152987/1
FOLHA Nº: 2737
VISTO: ✓



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO CLÍNICO PARA CRISE DE ASMA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

1 – 5 anos	< 40 ipm	< 120 bpm
6 – 8 anos	< 30 ipm	< 110 bpm

#### Fatores de risco para persistência dos sintomas:

- Apresentar múltiplos episódios antes de 2 anos de idade;
- História pessoal de eczema e/ou atopia (teste cutâneo + aumento de IgE e eosinófilos)
- Apresentar função pulmonar alterada;
- História familiar de atopia e asma (pais, principalmente a mãe).

Os sinais de parada respiratória eminente são:

- Murmúrio vesicular diminuído, sem sibilos
- Cianose
- Hipotensão
- Bradicardia
- Fadiga respiratória
- Confusão ou sonolência

Estudos laboratoriais não são necessários na maioria dos pacientes e não devem atrasar o início do tratamento da crise. A realização da radiografia de tórax não é necessária de rotina, mas é recomendado na suspeita de:

- Complicação cardiopulmonar
- Pneumonia ou atelectasia
- Pneumotórax ou pneumomediastino
- Insuficiência respiratória iminente
- Pacientes que necessitam internação

*(Handwritten signatures and initials in blue ink)*





PROC. Nº:	15297/14
FOLHA Nº:	2733 A
VISTO:	✓ DIC

## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO CLÍNICO PARA CRISE DE ASMA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

- Pacientes que não responderam ao tratamento inicial.

A gasometria arterial (para detecção da PaCO<sub>2</sub>) não deve ser realizada rotineiramente. Deve ser considerada em casos de insuficiência respiratória iminente, e pacientes com crises graves que não respondem ao tratamento inicial.

#### Diagnóstico

- Os principais sintomas da asma são tosse, sibilância, dor torácica e dispneia.
- Podem ocorrer em crises com intervalos assintomáticos, serem persistentes ou desencadeados por exercício físico.
- O primeiro passo para o diagnóstico é suspeitar de asma em todas as crianças que apresentem episódios recorrentes de tosse e sibilância.
- De preferência, a sibilância deve ser confirmada por ausculta ou relato de um médico pois o relato de “chieira” pode ter diferentes interpretações e significados.
- Algumas crianças apresentam asma sem sibilância, mas essa é uma condição rara.
- A tosse geralmente é seca ou com expectoração clara, ocorre principalmente durante a noite e pela manhã.

Outras características importantes da asma:

#### Características dos sintomas que sugerem o diagnóstico de asma





PROC. Nº:	15 <sup>PM</sup> 297/19
FOLHA Nº:	2739 B
VISTO:	DLCA

## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO CLÍNICO PARA CRISE DE ASMA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão n.º:
Data de Revisão:

- Episódios frequentes de sibilância
- Sibilância/tosse induzida por exercício, choro ou riso;
- Sibilância/tosse induzida por alérgenos a não apenas infecções respiratórias virais;
- Tosse noturna sem resfriado
- Sintomas que persistem após 3 anos de idade
- Duração de sintomas maior do que 10 dias
- Melhora com medicamentos de asma (broncodilatadores beta 2 agonistas e corticoide).

Durante a anamnese, devemos investigar:

- A presença de outras atopias como rinoconjuntivite alérgica e dermatite atópica.
- História parenteral de asma.
- A presença de alérgenos e irritantes no ambiente domiciliar.
- O ambiente psicossocial e a qualidade de vida da criança.

#### Particularidades do diagnóstico de asma em crianças com cinco anos de idade ou menos

- Em crianças maiores de cinco anos e nos adolescentes, o diagnóstico de asma torna-se mais acessível devido a existência de história clínica mais definida, melhor caracterização dos sinais e sintomas, menor incidência de sibilância

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



**Instituto Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



**Instituto Social Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO CLÍNICO PARA CRISE DE ASMA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão n.º:
Data de Revisão:

associada a viroses respiratórias e possibilidade de realização de exames de função pulmonar (espirometria).

- 6 a 12 anos: a diferenciação em asma atópica e não-atópica segue os mesmos critérios da faixa etária anterior, porém as evidências de atopia são mais comuns e a sazonalidade se torna mais evidente. Asma induzida por vírus ainda ocorre nesta idade.
- Adolescentes: asma atópica e não-atópica podem se iniciar na adolescência. Problemas relacionados à adesão e ao tabagismo ativo podem acontecer.

**Exames complementares de diagnóstico clínico**

- Radiografia de tórax deve ser realizada principalmente para excluir outros diagnósticos diferenciais como malformações, fibrose cística, tuberculose, e em casos graves para avaliar sinais de aprisionamento aéreo (hiperinsuflação).

**Tratamento**

- A terapia inicial da crise asmática inclui inalação de broncodilatadores de ação rápida, início precoce de corticosteroides e suplementação de oxigênio.
- Pesquisa de sensibilização a alérgenos específicos devem ser solicitados quando disponíveis.
- A espirometria fornece informações que auxiliam o diagnóstico e o tratamento da asma.

**Classificação do nível de controle da asma**

Para todos os indivíduos com diagnóstico de asma, o objetivo é obter o controle das manifestações clínicas e mantê-lo por longo período, considerando a segurança e o custo do tratamento.



**Instituto Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



**Instituto Social Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO CLÍNICO PARA CRISE DE ASMA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão n.º:
Data de Revisão:

O nível de controle compreende dois aspectos: o controle atual, referente as últimas 4 semanas, e o risco futuro, que compreende o risco de exacerbação, de instabilidade, de declínio da função pulmonar e de efeitos colaterais das medicações usadas.

Características	Controlada (todos abaixo)	Parcialmente controlada (pelo menos um dos abaixo)	Não controlada
Frequência de sintomas diurnos	Menor ou igual a duas vezes por semana	Maior do que duas vezes por semana	3 ou mais características da parcialmente controlada
Limitação para atividades diárias, incluindo exercícios	Ausente	Presente	
Sintomas noturnos ou despertar por sintomas de asma	Ausentes	Presente	
Uso de medicação de alívio	Menor ou igual a duas vezes por semana	Maior do que duas vezes por semana	
Função pulmonar (PEF ou FEV1)	normal	Menor que 80%	

**Inalação com brometo de ipatrópio**

É recomendado adicionar brometo de ipatrópio ao  $\beta_2$ , pois resulta em menor taxa de internação, em especial nos pacientes com crise grave. Durante a internação não é recomendado.

*(Handwritten signatures and initials in blue ink)*





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO CLÍNICO PARA CRISE DE ASMA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

#### Corticoide (CE) sistêmico

Deve ser administrado CE sistêmico nos pacientes com crises moderadas e graves e em pacientes que não responderam à terapia inicial com  $\beta_2$ . A prednisona via oral (VO) mostrou ter efeito equivalente ao dia metilprednisolona endovenosa (EV), e deve ser prescrita por 5 a 10 dias após a alta para prevenir recorrência.

Durante a internação, CE deve ser administrado para todos os pacientes.

#### Oxigenioterapia

A suplementação com O<sub>2</sub> é recomendado com o objetivo de corrigir hipoxemia.

#### Tratamento farmacológico de manutenção (ou profilático)

O objetivo do tratamento da asma é o controle da doença. Além da educação familiar sobre a doença.

#### Iminência de insuficiência respiratória

A IOT não deve ser retardada quando julgada necessária. O momento de intubar é baseado no julgamento clínico.

Uma terapia adjuvante pode ser considerada para evitar intubação, mas não deve retardar a IOT quando julgado necessário.

O sulfato de magnésio EV deve ser considerado nos pacientes com crises com risco de morte e naqueles com crises graves sem melhora após uma hora de tratamento.





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM CONVULSÕES	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

#### FINALIDADE

- Minimizar os danos causados pela hipóxia e preservar a integralidade física do cliente.

#### MATERIAL NECESSÁRIO

- 1 cateter ou máscara de O2, 1 fonte de oxigênio, 1 umidificador completo, 1 frasco de água destilada 250ml e 1 par de luva de procedimento, 1 bandeja, micropore, 1 cânula de Guedel, se necessário.

#### PRÉ-EXECUÇÃO

- Constatar episódio de convulsão;
- Solicitar a presença do médico plantonista;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

#### EXECUÇÃO

- Identificar-se;
- Solicitar a saída dos familiares;
- Observar permeabilidade das vias aéreas superiores, tipo e tempo de convulsão;
- Instalar umidificador na fonte de oxigênio;
- Instalar cateter ou máscara de oxigênio;
- Levantar as grades do leito e manter decúbito dorsal horizontal;
- Retirar do leito qualquer material que possa causar lesão no cliente;
- Providenciar acesso venoso;
- Permanecer ao lado do cliente até estabilização do seu estado geral;
- Executar a prescrição médica;

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten initials]*



PROC. Nº:	15297/19
FOLHA Nº:	2133
VISTO:	DLCA

## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM CONVULSÕES	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

- Deixar o cliente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

#### PÓS-EXECUÇÃO

- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Avaliar, continuamente, o nível de consciência e o padrão respiratório do cliente;
- Orientar a equipe quanto aos cuidados necessários;
- Checar a prescrição médica.

#### AVALIAÇÃO

- Avaliar nível de consciência;
- Avaliar padrão respiratório;
- Avaliar se houve traumas, fraturas e escoriações;
- Avaliar a infusão venosa.

#### RISCOS/ TOMADA DE DECISÃO

- Em caso de broncoaspiração, promover aspiração de vias aéreas e avaliar evolução de RX de tórax;
- Em caso de escoriação, promover limpeza do local com antisséptico e caso haja suspeita de fraturas, verificar solicitação de avaliação da equipe de ortopedia;
- Na presença de "Soroma" manter membro elevado e colocar bolsa de água quente;
- Em caso de diminuição de consciência, manter monitorização hemodinâmica e neurológica. Manter vias aéreas pérvias e com suporte de O2.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CETOACIDOSE DIABÉTICA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

### CETOACIDOSE DIABÉTICA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

#### Introdução

A cetoacidose diabética (CAD) é a causa mais frequente de morte nas crianças com diabetes mellitus tipo I. apresenta uma taxa de mortalidade de 0,15 a 0,3% que pode chegar a 20% nos pacientes com edema cerebral.

A frequência da cetoacidose diabética varia de 1 a 10% nas crianças com diagnóstico prévio de diabetes mellitus e de 15 a 70% como primeira manifestação nas crianças sem diagnóstico.

As infecções são os principais fatores precipitantes (30 a 40% dos casos). Em pacientes com diabetes previamente diagnosticada, a cetoacidose diabética costuma estar relacionada com o uso inadequado de insulina.

#### Definição

A CAD é caracterizada pela presença de:

- Falta absoluta ou relativa de insulina.
- Hiperglicemia.
- Desidratação.
- Perda de eletrólitos.
- Acidose metabólica.
- Cetose.

#### Objetivos

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten mark]*  
*[Handwritten mark]*



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CETOACIDOSE DIABÉTICA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

- Correção do déficit de fluidos e distúrbios eletrolíticos;
- Interrupção da produção de cetonas e cetoácidos e redução da glicemia com uso da insulina;
- Correção da acidose metabólica com hidratação e insulinoaterapia;
- Avaliação e tratamento do fator desencadeante;
- Monitoração rigorosa e tratamento das potenciais complicações;
- Prevenir a CAD e reduzir sua incidência, é um dos maiores objetivos no tratamento das crianças com DM1.

#### Material/ pessoal necessário

- Aparelho de pressão com manguitos de vários tamanhos.
- Estetoscópio.
- Termômetro.
- Aparelho de eletrocardiograma.
- Glicosímetros e fitas reagentes de glicemia e de cetonemia.
- Fitas de glicosúria e cetonúria.
- Sondas gástricas.
- Material de punção venosa e equpos.
- Seringas ultra-finas de 30U graduadas de 1 em 1 unidade, sem espaço morto e com agulha de 8mm.
- Conjunto para entubação traqueal.
- Solução de NaCl 0,9%.
- Solução glicosada isotônica 5%.
- Solução glicosada hipertônica 50%.
- Insulinas de efeito ultra-rápido, regular e longa duração (basal).
- Bicarbonato de sódio (em casos específicos).
- Manitol.
- NaCl, KCl, Gluconato de cálcio.
- ABD.





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CETOACIDOSE DIABÉTICA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

- Equipe multidisciplinar, composta por endocrinologista pediátricos, nutricionistas, enfermeiros e psicólogos.
- Laboratório de análises clínicas disponível 24h.
- UTI.

#### Atividades essenciais

##### 1. Identificar as causas da cetoacidose diabética

##### Isoladas

- Deficiência absoluta de insulina
  - Ao diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 (ou mais raramente tipo 2);
  - Omissão das doses de insulina;
  - Erros na administração de insulina;
  - Falha da bomba de insulina;
  - Desconexão prolongada da bomba de insulina;
- Deficiência relativa de insulina
  - Infecção ou doença intercorrente, acidente, trauma;
  - Estresse físico/psicológico;
  - Puberdade;
  - Doença pancreática: pancreatite aguda, fibrose cística, neoplasia;
  - Uso de medicamentos: L-aparaginase, corticoides, tacrolimus.

##### Recorrentes

- Omissão voluntária das doses de insulina;

*(Handwritten signatures and initials in blue ink)*



PROC. Nº:	15297/19
FOLHA Nº:	2147
VISTO:	✓ DLCA

## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CETOACIDOSE DIABÉTICA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

- Transgressão alimentares;
- Mau controle crônico do DM1;
- Problemas familiares:
  - Falta de supervisão adequada do tratamento;
  - Negligência;
  - Alcoolismo;
  - Abuso (físico, psíquico);
  - Transtornos factícios (Síndrome de Munchausen);

#### 2. Diagnóstico laboratorial da CAD

- Glicemia >200mg/dl, associada à glicosúria;
- Gasometria: pH venoso <7,25 ou arterial <7,3 e/ou  $\text{HCO}_3^- < 15 \text{ mmol/l}$ ;
- Cetonemia > 3mmol/l, associada à cetonúria.
- A glicemia pode estar próxima do normal ("CAD Euglicemia") em pacientes diabéticos que fizeram uso de insulina recentemente, em grávidas, pacientes alcoolizados ou naqueles com baixa ingestão oral e/ou vômitos presentes.

#### 3. Classificação da cetoacidose diabética

##### Leve

- pH entre 7,2 e 7,3 e/ou
- $\text{HCO}_3^-$  entre 10 e 15 mmol/l

##### Moderada

- pH entre 7,1 e 7,2 e/ou



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CETOACIDOSE DIABÉTICA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

- HCO<sub>3</sub> entre 5 a 10 mmol/l

#### Grave

- pH < 7,1 e/ou
- HCO<sub>3</sub> < 5 mmol/l

#### 4. Quadro clínico

- Tríade clássica do DM1: poliúria, polidipsia, perda inexplicada de peso;
- Fadiga;
- Desidratação;
- Hiperventilação;
- Torpor ou coma;
- Vômitos/náuseas;
- Dor abdominal;
- Hálito cetótico.

#### 5. Diagnóstico diferencial

- Estados pré-CAD: hiperglicemia não cetótica e cetose sem acidose;
- Gastroenterite;
- Pneumonia;
- Sepsis;
- Intoxicação por salicilato, metanol, ferro, cianetos;
- Desidratação por diarreia aguda;
- Lesão SNC;
- Infecção urinária;
- Abdome agudo;
- Estenose pilórica.



**Instituto Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



**Instituto Social Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CETOACIDOSE DIABÉTICA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

**6. Critérios para internação em CTI na CAD**

- Cetoacidose grave (pH <7,1) e/ou HCO<sub>3</sub> < 5 mmol/l;
- Sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica;
- Nível de consciência rebaixado;
- Alto risco de edema cerebral (longa duração dos sintomas, crianças menores de 5 anos, altos níveis de uréia, baixos níveis de CO<sub>2</sub>);
- Hiperglicemia grave (>600mg/dl);
- Alterações eletrolíticas graves, com mudanças no ECG (hiper/hipocalemia);
- Condições inadequadas de tratamento e/ou monitorização nas unidades de urgência.

**7. Exames laboratoriais iniciais da CAD**

- Glicemia capilar: repetir de 1/1h nas primeiras 12h. de 2/2h até melhora da acidose. De acordo com o regime de insulina posteriormente. Queda da glicemia sem melhora do ânion gap ou da acidose não indicam melhora clínica.
- Cetonemia (dosagem sérica ou capilar de b-hidroxiacetato):
  - < 0,6 mmol/l: normal;
  - 0,6 a 1,0 mmol/l: risco de desenvolver CAD;
  - 1,0 a 3,0 mmol/l: alto risco de CAD;
  - > 3,0 mmol/l: CAD confirmada.
- Gasometria venosa \* (ou arterial nos casos de insuficiência respiratória): a cada 2 a 4 horas até resolução da acidose.
- A gasometria arterial além de dolorosa tem maiores riscos na sua coleta. Os dados para avaliação, pH, déficit de base e bicarbonato, são equiparáveis no sangue arterial e venoso.
- Eletrólitos (Na<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>, k<sup>+</sup>, Ca<sup>++</sup> e P): a cada 2 a 4 horas.
- Uréia e creatinina;

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





PROC. Nº:	5297/19
FOLHA Nº:	2744
VISTO:	DLCA

## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CETOACIDOSE DIABÉTICA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

- Osmolaridade sérica;
- Hemograma completo;
- Glicosúria/cetonúria;
- ECG nos casos de CAD grave e/ou com distúrbio do K<sup>+</sup>.

#### 8. Tratamento inicial

- Garantir via aérea pérvia
- Corrigir instabilidade hemodinâmica
- Acesso venoso seguro
- Suspende via oral

#### 9. Reposição hídrica no tratamento da CAD

- SF 0,9% 10-20 ml/Kg (máximo de 500 ml/h) – para corrigir instabilidade hemodinâmica.
- Após estabilização, SF 0,9% + KCl 10% (30 a 40 mEq/litro de solução) - volume a ser repostado: 1,5 a 2 vezes nos menores de 20 kg ou 2.500 a 3.000 ml/m<sup>2</sup> para os maiores de 20 kg.
- Nos casos de hiperclôremia grave e/ou sódio corrigido acima de 160 mEq/l e/ou osmolaridade sérica acima de 340 mOsm/l, deve-se administrar solução salina a 0,45% (SF 0,9% 1:1 água bi-destilada) mais potássio.
- Quando a glicemia chegar próximo de 250 a 300mg/dl, iniciar solução glicosada com dois esquemas de hidratação em infusão simultânea:
- Esquema 1: Sol. Glicosada 10% - SF0,9% 400 ml + SGH50% 100ml + KCl10% 15 ml  
 Esquema 2: Sol. NaCl 0,9% sem glicose - SF 0,9% 500 ml + KCl10% 15 ml
- Para infusão de 2,5% de glicose infundir esquema 1 em 25% do gotejamento total e esquema 2 em 75% do gotejamento total (simultaneamente).
- Para infusão de 5% de glicose infundir esquema 1 em 50% do gotejamento total e esquema 2 em 50% do gotejamento total (simultaneamente). E assim sucessivamente.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



PROC. Nº: **15297/19**  
 FOLHA Nº: **2795**  
 VISTO:  DLCA

## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CETOACIDOSE DIABÉTICA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão nº:
Data de Revisão:

#### 10. Insulinoterapia no tratamento da CAD

- Providenciar acesso EV exclusivo para a infusão de insulina.
- Iniciar administração de insulina regular via EV contínua a 0,1 UI/Kg/h, até a resolução da acidose ( $\text{pH} \geq 7,3$  e/ou normalização do ânion gap) ou preferencialmente dos níveis de  $\beta$ -hidroxibutirato ( $< 1,0 \text{ mmol/l}$ ).
- Preparo da solução: em 100 ml de SF 0,9%, adiciona-se 1 UI de insulina regular por Kg de peso. Uma velocidade de infusão de 10 ml/h dessa solução equivale a 0,1 UI/Kg/h.
- Iniciar solução glicosada quando houver queda da glicemia para níveis próximos a 250 a 300 mg/dl. Caso os níveis de glicemia continuem caindo rapidamente ( $> 100 \text{ mg/dl/hora}$ ), aumentar a concentração da solução glicosada. Só diminuir a infusão de insulina para 0,05 UI/Kg/h se a glicemia continuar caindo muito rápido mesmo com soro com glicose a 10% ou se tiver hipoglicemia ( $< 60 \text{ mg/dl}$ ), até que seja corrigida, quando então, com o ajuste da concentração de glicose, a infusão poderá retornar a 0,1 UI/Kg/h.
- Com a infusão contínua da insulina espera-se uma redução da glicemia entre 50 e 100 mg/dl por hora. Se a redução for menor que 50 mg/dl/h deve-se aumentar a insulina para 0,15 a 0,2 u/kg/h. Se a redução da glicemia for maior que 100 mg/dl/h deve-se aumentar a taxa de infusão da glicose. Manter a glicemia próxima a 200 mg/dl. No tratamento da CAD não são necessários níveis mais baixos que estes.
- Após a normalização da acidose ( $\text{pH} > 7,30$  e  $\text{HCO}_3^- > 15$  a  $18 \text{ mmol/l}$ ), ou melhor, da cetonemia ( $\beta$ -hidroxibutirato  $< 1,0 \text{ mmol/l}$ ), fazer a transição da insulina para a via subcutânea.

#### 11. Fatores de risco para edema cerebral na CAD

- Idade  $< 5$  anos (especialmente  $< 2$  anos);
- Duração e gravidade dos sintomas antes do tratamento;

*Handwritten signature and initials in blue ink.*



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CETOACIDOSE DIABÉTICA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

- Ausência de aumento dos níveis de Na<sup>+</sup> durante o tratamento;
- Baixos níveis de pCO<sub>2</sub>;
- Altos níveis de uréia;
- Tratamento com bicarbonato.
- Uso de soluções hipotônicas
- Administração de grande quantidade de volume (maior que 4.000ml/m<sup>2</sup>/dia).
- Hipoperfusão cerebral

#### 12. Tratamento do edema cerebral

- Manitol 0,25 a 1,0g/kg a cada 2-4 horas ou solução salina a 3% 5 a 10ml/kg a cada 30 minutos. Manter na plasmático entre 150 a 160 mEq/L
- Suporte ventilatório
- Cabeceira a 30°
- Normovolemia

#### Siglas

- CAD = Cetoacidose diabética
- DM1 = diabetes mellitus tipo 1
- ABD – água bidestilada
- UTI = unidade de terapia intensiva
- ECG = eletrocardiograma
- EV = endovenosa
- SC = subcutânea
- IM = intramuscular

#### Reposição hídrica no tratamento da CAD

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CETOACIDOSE DIABÉTICA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

- Corrigir instabilidade hemodinâmica com SF 0,9%. Iniciar com 10-20ml/kg (máximo de 500ml/h). Repetir se necessário (até um máximo de 40ml/kg ou 2 litros).
- Após estabilização, fazer a reposição com SF 0,9% mais a adição de potássio (30 a 40 mEq/litro de solução). O déficit total deve ser repostado em pelo menos 36-48 horas. Não considerar as perdas urinárias para o cálculo do volume a ser repostado.
- Nos casos de hiperclorêmia grave e/ou sódio corrigido acima de 160 mEq/l e/ou osmolaridade sérica acima de 340 mOsm/l, deve-se administrar solução salina a 0,45% (SF 0,9% 1:1 água bi-destilada) mais potássio, ao invés do SF livre, para evitar hipernatremia, piora da hiperosmolaridade e acidose hiperclorêmica.
- Para cálculo do volume a ser repostado multiplicar a necessidade básica por 1,5 a 2 vezes nos menores de 20kg ou estimar 2500 a 3000ml/m<sup>2</sup> para os maiores de 20kg.
- Geralmente, consegue-se uma melhora lenta e gradual das glicemias, da acidose e da cetonemia, após as duas primeiras fases de hidratação, aliadas ao uso da insulina.
- Quando a glicemia chegar próximo de 250 a 300mg/dl, iniciar solução glicosada com dois esquemas de hidratação em infusão simultânea:

Esquema 1: Sol. Glicosada 10% - SF0,9% 400ml + SGH 50% 100ml + KCl 10% 15ml

Esquema 2: Sol. NaCl 0,9% sem glicose – SF 0,9% 500ml + KCl 10% 15ml.

Para infusão de 2,5% de glicose infundir esquema 1 em 25% do gotejamento total e esquema 2 em 75% do gotejamento total (simultaneamente).

Para infusão de 5% e glicose infundir esquema 1 em 50% do gotejamento total e esquema 2 em 50% do gotejamento total (simultaneamente). E assim sucessivamente.

8  
 6





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CETOACIDOSE DIABÉTICA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

Se houver alguma restrição ao uso do SF0,9% puro, basta diluir 1:1 com ABD para obter NaCl 0,45% no esquema 1: 200+200ml, e no esquema 2: 250+250ml, mantendo-se a mesma programação da glicose como descrito acima.

Desta maneira permitem-se modificações da taxa de infusão de glicose sem necessidade de trocar esquema de hidratação a todo instante.

A prescrição do soro calculado para 24 horas deve ser feita dividida para períodos de 6 horas. Sinais de hiperidratação devem levar a uma revisão dos cálculos, com diminuição do volume previsto para as horas seguintes. Ausência de melhora dos parâmetros clínicos ou laboratoriais podem alertar para aumento do volume e velocidade de hidratação.

#### Insulinoterapia no tratamento da CAD

- Providenciar acesso EV exclusivo para a infusão de insulina.
- Na maioria das vezes, o bolus EV de insulina regular no início da terapia não é necessário. Entretanto, em algumas situações (como no atraso na administração de insulina), esse bolus pode ser usado (0,1 U/kg/dose EV).
- Iniciar administração de insulina regular via EV contínua a 0,1 UI/kg/h, até a resolução da acidose ( $\text{pH} \geq 7,3$  e/ou normalização do ânion gap) ou preferencialmente dos níveis de  $\beta$ -hidroxibutirato ( $< 1,0 \text{ mmol/l}$ ).
- Preparo da solução: em 100ml de SF 0,9%, adiciona-se 1UI de insulina regular por kg de peso. Uma velocidade de infusão de 10ml/h dessa solução equivale a 0,1 UI/kg/h. Após o preparo da solução, desprezar a sua metade correndo-a pelo equipo, para que o contato da insulina com o plástico dessensibilize os receptores



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CETOACIDOSE DIABÉTICA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

inespecíficos de proteínas presentes na superfície do material. Assim, a insulina administrada ao paciente ficará livre da interferência desses receptores.

- Iniciar solução glicosada quando houver queda da glicemia para níveis próximos a 250 a 300mg/dl. Caso os níveis de glicemia continuem caindo rapidamente (> 100mg/dl/hora), aumentar a concentração da solução glicosada. Só diminuir a infusão de insulina para 0,05 UI/kg/h se a glicemia continuar caindo muito rápido mesmo com soro com glicose a 10% ou se tiver hipoglicemia, (< 60mg/dl), até que seja corrigida, quando então, como o ajuste da concentração de glicose, a infusão poderá retornar a 0,1 UI/kg/h.
- Com a infusão continua da insulina espera-se uma redução da glicemia entre 50 e 100mg/dl por hora. Se a redução for menor que 50mg/dl/h deve-se aumentar a insulina para 0,15 a 0,2 u/kg/h. Se a redução da glicemia for maior que 100 mg/dl/h deve-se aumentar a taxa de infusão da glicose. Manter a glicemia próxima a 200mg/dl. No tratamento da CAD não são necessários níveis mais baixos que estes.
- Após a normalização da acidose (pH > 7,30 e HCO<sub>3</sub> > 15 a 18 mmol/l), ou melhor, da cetonemia (β-hidroxibutirato < 1,0 mmol/l), fazer a transição da insulina para a via subcutânea:
  1. Diminuir a taxa de infusão da insulina para 0,05 UI/kg/h (basta diminuir o gotejamento da solução de insulina pela metade);
  2. Aplicar insulina regular 0,1 U/kg/dose SC;
  3. Suspender a infusão EV continua 15 a 20 minutos após;
  4. A insulina regular pode ser usada SC até de 2/2 horas se necessário, de acordo com as glicemias. Após manutenção da melhora da acidose com 12h de insulina SC de 2/2 horas, fazer glicemia ao jejum, pré-prandiais e 2 horas pós-prandiais, e a noite ao deitar, usando insulina regular se necessário: 0,08 a 0,1 U/kg/dose para glicemias entre 150 a 200 mg/dl, 0,1 a 0,15 U/kg/dose para glicemias entre 200 a 300 mg/dl, e 0,15 a 0,2 U/kg/dose para glicemias acima de 300 mg/dl. Sempre que usar insulina regular no período pós-jantar ou ao deitar, medir também a glicemia na madrugada, 2 a 4 horas após o uso (risco de hipoglicemia noturna grave).





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CETOACIDOSE DIABÉTICA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

5. As doses subsequentes de insulina devem ser definidas de acordo com o regime prévio de uso de insulina. Se o paciente tiver restrição ao tratamento intensivo, seja por falta de condições de monitorização, dificuldades de adesão ou de acesso ao sistema de saúde, pode ser utilizado o esquema de tratamento convencional, devendo o médico deixar claro que este esquema é capaz de evitar CAD e mortalidade, mas não é eficaz e prevenir morbidade a médio prazo. Hipoglicemias são mais frequentes com os esquemas intensivos, mas o risco-benefício justifica seu uso.
6. O melhor horário para iniciar o esquema com NPH é pela manhã seguinte ao dia de transição para insulina SC.
7. A dieta para diabético, via oral, pode ser iniciada assim que haja melhora clínica, com o paciente desperto, sem déficits neurológicos e sem vômitos, mesmo que ainda haja acidose leve: pH > 7,2 e BIC > 10, com ânion gap próximo ao normal. Nesse caso também pode ser feita TRO e descontar o volume aceito quando for calcular o soro EV das próximas 6 horas. O acesso venoso pode ser retirado 24h após melhora da acidose se boa aceitação oral.
8. A comissão Trans-disciplinar de diabetes do hospital deve ser notificada de todos os casos de diabetes internados, com ou sem CAD, para dar início ao acompanhamento e providências iniciais: orientações de enfermagem e apoio psicológico à família, relatórios de cadastros para recebimento dos insumos (insulinas, glicosímetro, fitas e seringas) e agendamento de consultas com endocrinologista pediátrico.
9. Se os parâmetros bioquímicos da CAD não melhorarem (pH, ânion gap, cetonemia) ou a acidose que estava resolvida recidivar, reavaliar o paciente, revisar as prescrições e procurar por possíveis causas dessa não melhora – infecções, erros de prescrição ou de administração das soluções e da insulina.
  - No estado hiperglicêmico hiperosmolar, a insulino terapia deve ser iniciada com dose mais baixa (0,05 UI/kg/h) que a indicada para o tratamento de CAD.

#### Tratamento dos distúrbios eletrolíticos e ácido-básicos





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

#### PROTOCOLO DE CETOACIDOSE DIABÉTICA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

- A reposição do potássio deve ser iniciada o quanto antes, baseada nos seus níveis séricos
- Se o  $K^+ < 3,5$  mEq/L ou houver sinais de  $\downarrow K^+$  ao ECG: adicionar 60 mEq/litro de solução infundida, EV (veia central).
- Se o  $K^+$  entre 3,5 e 5,5 mEq/L: adicionar 40 mEq/litro de solução infundida, EV.
- Se o  $K^+ >$  que 5,5 mEq/L e/ou houver sinais de  $\uparrow K^+$  ao ECG e/ou diurese insuficiente: não adicionar ou interromper a infusão do  $K^+$ .
- Se houver atraso na determinação dos níveis de  $K^+$ , iniciar a reposição com 40 mEq/litro de solução infundida, EV, desde que já tenha ocorrido diurese, e confirmar posteriormente seus níveis séricos.
- O potássio pode ser totalmente administrado na forma de KCl 10% ou associado a  $KHPO_4$  e/ou acetato de potássio, na proporção de duas partes de KCl e 1 parte do outro sal.
- A hipofosfatemia grave ( $P < 1$  mEq/L) deve ser prontamente tratada. Nas demais situações, a administração de  $KHPO_4$  como alternativa (ou associação) ao KCl pode ser feita, de forma a evitar hiperclôremia ou nos casos de depressão respiratória. Nesse caso, monitorizar o cálcio (a infusão de fosfato pode produzir à hipocalcemia).
- O uso rotineiro de bicarbonato de sódio não é recomendado. Considerar sua administração nas situações:
  - Após a primeira fase de reposição hídrica: apenas se pH for inferior a 6,9.
  - Nos pacientes com hipercalemia grave ( $> 7$  mEq/l, com repercussão eletrocardiográfica), com alto risco de morte.
  - Dose de  $HCO_3^-$  (mEq) = 1 a 2 mEq/kg ou 40 a 80 mEq/m<sup>2</sup> = EV em 1-2 horas\*
  - O bicarbonato não deve ser administrado em bôlus, pela hiperosmolaridade, além do risco de arritmia cardíaca. A solução de  $HCO_3^-$  8,4% (mais comumente disponível) deve ser diluída com ABD numa proporção 7:1 (uma parte de  $NaHCO_3$  com seis partes de ABD), resultando numa solução com osmolaridade de 286 mOsm/l, portanto isotônica com o plasma.



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

PROTOCOLO DE CETOACIDOSE DIABÉTICA

- O Na<sup>+</sup> infundido deve ser descontado do volume de SF calculado. A concentração da solução de NaCl deve ser diminuída para 0,45% durante a administração do bicarbonato, de forma a se evitar a sobrecarga de sódio.

- Deve-se manter a administração de potássio durante a infusão do bicarbonato, pelo risco de hipocalemia (exceto quando ainda não há diurese ou níveis de K<sup>+</sup> sejam maiores que 5,5 mEq/l).

- Uma vez alcançado um pH superior a 6,9 deve-se suspender a administração do bicarbonato.

- Não é necessário fazer reposição de cálcio na CAD e os níveis do mesmo podem variar durante o tratamento, geralmente apresentando uma queda.

#### Avaliação neurológica da criança com CAD

Sinais que ocorreram antes do tratamento não devem ser considerados para o diagnóstico de edema cerebral.

#### Critérios diagnósticos

- Respostas anormal à dor (motora ou verbal)
- Postura de decorticação ou decerebração
- Paralisia de nervos cranianos (especialmente III, IV e VI)
- Padrão respiratório anormal, neurogênico (gemência, taquipneia, respiração de Cheyne-Stokes, falência respiratória)

#### Critérios maiores

- Nível de consciência alterado



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CETOACIDOSE DIABÉTICA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

- Desaceleração sustentada da frequência cardíaca (queda e mais de 20bpm), não atribuída à melhora do volume intravascular ou ao sono.
- Incontinência urinária inapropriada para a idade

#### Critérios menores

- Vômitos
- Cefaleia
- Letargia ou dificuldade para acordar
- Pressão arterial diastólica > 90 mmHg
- Idade < 5 anos

#### Edema cerebral

- 1 critério diagnóstico ou
- 2 critérios diagnósticos maiores ou
- 1 critério maior + 2 critérios menores.

*[Handwritten signature]*





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTÓCOLO DE CÓLICA RENAL

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

### CONSIDERAÇÕES DE AVALIAÇÃO

Situação comum nos serviços de urgência.

Os cálculos geralmente formam-se na pelve renal e os sintomas ocorrem com a migração do cálculo através do ureter ou na presença de infecção.

### QUADRO CLÍNICO

A queixa principal para a maior parte dos pacientes é a dor aguda de forte intensidade no flanco (cálculos próximos ao rim), com irradiação para o quadrante ipsilateral inferior da região inguinal, testículo ou grande lábio (cálculos junto a bexiga).

- A dor que migra do flanco para região anterior e inferior é sugestiva de cálculo migrando pelo ureter.
- Náuseas, vômitos e diaforese são frequentes.
- Os pacientes estão inquietos e se movimentam constantemente.
- A presença de febre indica infecção concomitante.
- Na presença de infecção podem ocorrer sinais e sintomas de pielonefrite associados.
- Pesquisa história de ataques similares no passado e de condições predisponentes (gota e hipercalemia).
- A hematúria micro ou macroscópica está presente em 90% dos casos.
- Estudos de imagem devem ser realizados no primeiro episódio suspeito de cólica renal ou quando há dúvida diagnóstica.
- Pacientes com episódios recorrentes devem ser tratados sintomaticamente a não ser que obstrução ou infecção sejam suspeitos.
- A radiografia simples é útil, mas apesar de 90% dos cálculos serem radiopacos a sensibilidade é baixa.



PROC. Nº:	15297/19
FOLHA Nº:	2155
VISTO:	✓ DLCA



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CÓLICA RENAL

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão n.º:
Data de Revisão:

- O melhor método diagnóstico é a tomografia helicoidal que tem 98% de sensibilidade e não necessita de contraste. A ultra-sonografia tem apenas 64% de sensibilidade, tem maior valor para detecção de hidronefrose.
- Diagnóstico diferencial com: aneurisma de aorta, hérnia encarcerada, torção de testículo, prenhez ectópica, pielonefrite, herpes zoster e distensão muscular.

#### CONDUTA

- Prover analgesia com o uso de opiáceo IV concomitante com anti-inflamatório, IV ou VO.
- Administrar antiemético caso necessário.
- Liberar pacientes não complicados para acompanhamento ambulatorial com a orientação de beber 2 a 3 litros de água por dia, com anti-inflamatório VO e associar antiemético e analgésico e base de codeína caso necessário.
- Instruir os pacientes a retornarem em caso de febre, dor intensa ou vômitos persistentes.
- Indicar hospitalização nos seguintes casos: dor intratável, vômitos intratáveis, pielonefrite concomitante, elevação de escórias nitrogenadas, rim único, cálculo ureteral bilateral e dor que persiste por mais de 48 horas.



**Instituto Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



**Instituto Social Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão n.º:
Data de Revisão:

PROTOCOLO DE CRISE CONVULSIVA
-------------------------------

**CONSIDERAÇÕES**

As convulsões idiopáticas são as mais frequentes.

Entre cinco e 10% da população apresenta um episódio de crise convulsiva ao longo da vida, com maior prevalência em crianças e em idosos.

Podem ser precipitadas por: febre, hipoglicemia, hipoxemia, hiponatremia ou hipernatremia, toxinas e trauma craniano.

A convulsão deve ser terminada para prevenir alterações irreversíveis, especialmente no caso de estado de mal epilético.

A realização de exame de imagem (TC de crânio sem contraste), em pacientes adultos que estão apresentando o seu primeiro evento de crise convulsiva, pode modificar o tratamento em 9 a 17% dos casos, em especial aqueles que possuem exame neurológico alterado, história com maior probabilidade de lesão estrutural ou convulsão focal.

**Etiologia de convulsões de acordo com a faixa etária**

FAIXA ETÁRIA	CAUSAS DE CONVULSÕES
NEONATOS  (MENOS DE 1 MÊS)	Isquemia e hipóxia perinatal  Hemorragia intracraniana e trauma  Infecção aguda do SNC  Distúrbios metabólicos (hipoglicemia, hiponatremia, hipomagnesemia)
PRIMEIRA INFÂNCIA  (DE 1 MÊS A 1 ANO)	Convulsões febris

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



**Instituto Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



**Instituto Social Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão nº:
Data de Revisão:

PROTOCOLO DE CRISE CONVULSIVA
-------------------------------

	Doenças genéticas Infecção do SNC Trauma Idiopática
ADOLESCENTES (DE 12 A 18 ANOS)	Trauma Doenças genéticas Infecção Tumor cerebral Uso e drogas ilícitas Idiopática
ADULTOS JOVENS (DE 18 A 35)	Trauma Abstinência de álcool Uso de drogas ilícitas tumor cerebral Idiopática
ADULTOS MAIS VELHOS (ACIMA DE 35 ADULTOS MAIS VELHOS)	Doenças cerebrovasculares Tumor cerebral Abstinência de álcool Distúrbios metabólicos (uremia, insuficiência hepática, distúrbios hidroeletrólitos, hipoglicemia) Idiopática

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



PROC. Nº:	15297/19	P.M.B.P.
FOLHA Nº:	2158	
VISTO:	<input checked="" type="checkbox"/>	DLCA



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CRISE CONVULSIVA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

#### Quadro clínico

Perda da consciência ou alteração da mesma acompanhada por alterações de comportamento.

Presença de atividade motora involuntária, incluindo contrações tônico-clônicas e automatismo (piscar de olhos).

Perda de tônus motor (resultando em queda) e incontinência esfinteriana.

Geralmente são autolimitadas e de curta duração (menos de 1 minuto).

Disfunção autonômica: diaforese, hipertensão, taquipnéia ou apnéia, taquicardia e salivação.

O estado de mal epiléptico, ou seja, ocorrência de dois ou mais episódios de convulsão sem que a vítima recobre a consciência ou convulsões generalizadas com mais de trinta minutos de duração, constitui uma emergência médica, pois pode levar ao óbito por arritmias cardíacas ou dano cerebral devido a hipoxemia.

No estado pós-comicial, deve ser analisado se a recuperação do paciente é imediata e se o mesmo já apresentava história prévia de epilepsia, pois são indicadores de bom prognóstico. Contudo, se o paciente apresenta suspeita de lesão estrutural, alterações ao exame neurológico e crise convulsivas com início focal, o prognóstico torna-se mais desfavorável.

#### CONDUTA

No adulto jovem procurar por sinais de:

- Trauma
- Consumo de drogas





PROC. Nº:	15297/19
FOLHA Nº:	2199
VISTO:	✓ DLCA

## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CRISE CONVULSIVA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão n.º:
Data de Revisão:

- Envenenamento

No adulto acima de 35 anos, o diagnóstico mais provável de um primeiro evento de crises convulsiva é a doença cerebrovascular (AVE, ataque isquêmico transitório), devem ser afastadas como causas também frequentes o tumor cerebral, distúrbio metabólico e uso de álcool.

Não introduzir objetos na boca do paciente durante as convulsões.

Proteger a vítima de traumatismos. Evitando a contenção da vítima, para não produzir ou agravar lesões musculoesqueléticas.

Resfriar crianças febris com toalhas molhadas com água na temperatura ambiente.

Abrir a via aérea empregando manobras manuais durante o estado pós comicial ou utilizando em paciente com trismo a cânula nasotraqueal.

Assistir caso necessário a ventilação com máscara.

Administrar oxigênio sob máscara 10 a 15 litros por minuto.

Manter a saturação acima de 92%.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

Colher sangue venoso neste momento para exames laboratoriais:

- Hemograma
- Glicemia
- Natremia
- Uréia
- Creatinina



PROC. Nº:	15297/19	P.M.B.P.
FOLHA Nº:	2160	
VISTO:	<input checked="" type="checkbox"/>	DLCA

## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CRISE CONVULSIVA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão nº:
	Data de Revisão:

- Calemia e calcemia

Dosar a glicemia capilar. Caso esteja menor que 60mg%, administrar rapidamente 50ml de glicose a 50% por via intravenosa.

Administrar diazepam 0,1 a 0,2 mg/kg IV se as convulsões persistirem.

Realizar a intubação orotraqueal no estado de mal epilético.

Iniciar assistência ventilatória em pacientes intubados de acordo com a rotina do serviço.

Infundir fenitoína 20mg/kg na velocidade máxima de 50mg/min em transportes prolongados para evitar a recorrência de crises ou em casos refratários.

Avaliar o uso de midazolam em infusão contínua ou tiopental em casos refratários.

Radiografar o tórax do paciente no leito em casos com suspeita de broncoaspiração.

Colher gasometria arterial.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Transferir para o hospital de referência os pacientes de estado de mal epilético ou com suspeita de lesão estrutural para avaliação com TC de crânio.

#### Características farmacológicas dos anticonvulsivantes

MEDICAMENTO	DOSE	INDICAÇÃO
Diazepam 2ml = 10mg	5 a 20mg	Se restringe a abortar convulsões, não previne novas crises.
Fenitoína 5ml = 250mg	20mg/kg em infusão venosa, diluída em solução	Evita a recorrência das crises ou em casos

PROC. Nº: 15297/19  
 FOLHA Nº: 2767  
 VISTO: ✓ DLCA



**Instituto Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



**Instituto Social Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CRISE CONVULSIVA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

	fisiológica e com uma velocidade máxima de 50mg por minuto.	refratários. Início de ação mais lento.
Midazolam 3ml = 15mg	5 a 20mg IV. Infusão de 0,1 a 0,5 mg/kg/hora.	Opção em casos refratários.  Utilizar em paciente já intubado.
Fenobarbital 2ml = 200mg	100mg/min IV até o controle das convulsões ou a dose máxima de 20 mg/kg ser atingida.	Indicado na persistência de convulsões apesar do uso das medicações acima.

**CRISE CONVULSIVA**

*[Handwritten signatures]*





**Instituto Med Life**

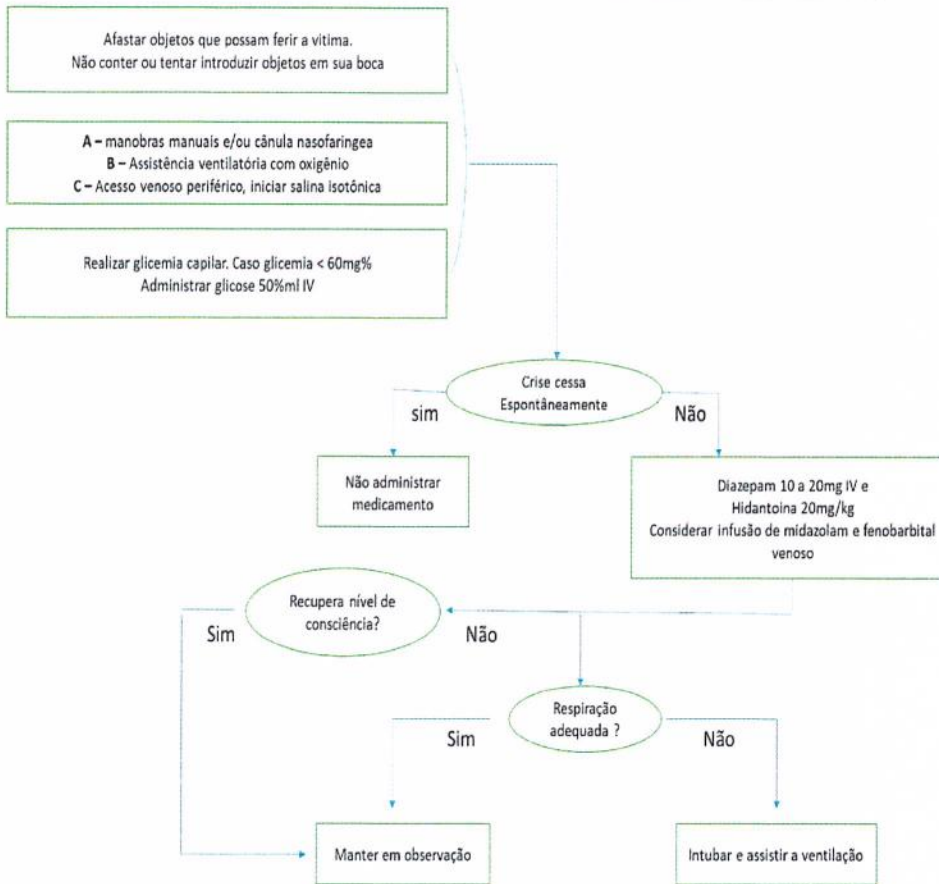
Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



**Instituto Social Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE CRISE CONVULSIVA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:



*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO CLÍNICO PARA PACIENTE COM DOR CERVICAL E LOMBAR

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

### PROTOCOLO CLÍNICO PARA PACIENTE COM DOR CERVICAL E LOMBAR

#### Considerações para avaliação

- Causa comum de atendimento na emergência. Pode ser causada por trauma, doença degenerativa, neoplasia ou infecção.
- Pacientes com idade inferior a 18 anos e superior a 50 anos tem maior chance de apresentarem uma patologia mais grave como causa dos sintomas.
- Pesquisar sempre história de trauma e excluir fratura de corpo vertebral.
- Diferenciar a dor localizada proveniente de músculos e articulações de sintomas neurológicos de radiculopatia (relacionados a uma raiz nervosa) ou de mielopatia.
- O exame físico deve abordar avaliação músculo-esquelética e neurológico focal.
- Na história verificar: duração dos sintomas, localização da dor, sintomas sistêmicos e fatores de agravamento.

#### Quadro clínico

Apresentação com rigidez localizada e limitação do movimento.

É comum uma posição agravar enquanto outra alivia a dor.

#### Conduta

Afastar como causa patologias que possuem tratamento específico, tais como:

- Trauma;
- Fratura;
- Doença inflamatória;
- Tumor;
- Infecção;
- Doença metabólica ou vascular.



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO CLÍNICO PARA PACIENTE COM DOR CERVICAL E LOMBAR

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão n.º:
Data de Revisão:

Estes pacientes devem ser avaliados pelo especialista.

- Orientar alteração das atividades diárias para minimizar os sintomas.
- Encorajar o retorno precoce às atividades usuais, excluindo esforços físico exagerado.
- Iniciar tratamento com antiinflamatórios não esteroides se não houver contra-indicação para alívio dos sintomas.
- Encaminhas os casos não complicados para tratamento ambulatorial.





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE DOR LOMBAR OU CIÁTICA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

### INTRODUÇÃO

Dor lombar aguda é queixa comum de procura de serviços de emergência. Radiografias e exames laboratoriais são geralmente desnecessários exceto em alguns casos em que causas específicas podem ser suspeitadas baseadas em história e exame físico bem feitos. Estas causas incluem: infecção, malignidade, doenças reumatológicas e neurológicas.

Pacientes com suspeita de lesões de cauda equina devem ter avaliação cirúrgica imediata.

Abordagem cirúrgica é também indicada para déficits neurológicos progressivos e dor refratária ao tratamento conservador.

### OBJETIVOS

- Estabelecer um protocolo de conduta para o tratamento de emergência, indicação de exames complementares de imagem e/ou laboratoriais, internação hospitalar e orientações para a alta de pacientes, com idade superior e 17 anos, com dor lombar aguda ou ciática atendidos no Pronto Atendimento.
- Procurar organizar de forma lógica e rápida a avaliação do paciente, instituindo prontamente as ações necessárias para o controle da dor lombar aguda.
- Priorizar o emprego das melhores evidências da literatura atual, visando segurança, efetividade e praticidade.
- Estabelecer uma orientação de alta que minimize o retorno do paciente ao pronto-atendimento e sua internação.

### PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA ABORDAGEM DO DOENTE

1. História e exame físico



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE DOR LOMBAR OU CIÁTICA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão nº:

Data de Revisão:

2. Grau de intensidade da dor segundo escala analógica
  - Dor intensa (>7) Dor moderada (4 a 7) Dor leve (1 a 3)
  - Material – régua de Escala numérica visual de dor.

3. pesquisa de sinais de alerta

- Trauma maior
- Idade >50 anos
- Febre persistente
- História de câncer prévio
- Fraqueza muscular grave
- Distúrbio metabólico (diabetes mellitus)
- Anestesia perineal
- Diminuição do tônus esfíncteriano
- Dor noturna
- Dor em repouso

3. Medicamentos para analgesia

- AINH (cetoprofeno/tenoxicam/piroxicam)
- Opióides (cloridrato de tramadol/dimorf)
- Dipirona



PROC. Nº: 15297/19  
 FOLHA Nº: 2767  
 INSTITUTO Med Life DLCA

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



**Instituto Social Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE DOR LOMBAR OU CIÁTICA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão nº:
Data de Revisão:

4. Exames de imagem da coluna lombar

- Radiografia simples
- Tomografia computadorizada
- Ressonância magnética
- Cintilografia óssea

5. Exames laboratoriais

- Hemograma
- Velocidade de hemossedimentação
- Proteína C Reativa
- Alfa 1 – glicoproteína ácida
- Eletroforese de proteínas

6. Evolução após a intervenção clínica

- Alta com orientação clínica e medicamentosa
- Na ausência de melhora do quadro doloroso ou suspeita de condição clínica de risco, internação.

Droga	Via	Tempo
1. Cetoprofeno (Profenid)		

*(Handwritten signatures and marks)*





**Instituto Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



**Instituto Social Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE DOR LOMBAR OU CIÁTICA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

- 100mg SF – 0,9% - 100ml	Endovenosa	20 minutos
2. Tenoxicam (Tilatil) – 40mg	Endovenosa	Lento
3. Tramadol (Tramal) – 100mg SF – 0,9% - 100ml	Endovenosa	10 minutos
4. Dipirona – (20 – 30mg/kg) – 4ml AD 20ml	Endovenosa	Lento
5. Dimorf – 10mg diluído em 10ml Aplicar 1 a 2ml – máximo de 10mg	Endovenosa	Lento Cada 5 minutos s/n (observar sonolência/sedação)
6. Piroxicam (Feldene – SL – 20mg)	Sublingual	

**DOR INTENSA**

- Iniciar com: 1 ou 2 associado a 3 e 4 (aplicar no mesmo tempo)
- Passados 20 minutos após o final da infusão do item 3, caso persista com dor intensa, e na ausência de efeitos adverso (náusea e vômito), repetir esta medicação. Se o paciente ainda estiver com dor intensa após 20 minutos do término da segunda aplicação, a mesma poderá ser aplicada novamente, pela última vez.
- Não ocorrendo melhora do quadro doloroso após duas aplicações do item 3, passar para o de número 5, devendo-se observar o aparecimento de

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



PROC. Nº **15297/19** P.M.B.P.  
 FOLHA Nº: **2769**  
 VISTO:  DLC

**Instituto Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



**Instituto Social Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE DOR LOMBAR OU CIÁTICA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

- sonolência ou sedação.
- Não havendo melhora, internar o paciente, entrando em contato com o Grupo de Dor do HSL.

**DOR MODERADA**

- Oferecer ao paciente a possibilidade da administração de AINH (1 ou 2) + dipirona via endovenosa, ou piroxicam sublingual + dipirona via oral (40 gotas).

**OBSERVAÇÕES**

1. Pacientes com dor intensa, com antecedentes de efeito adverso (náuseas ou vômitos) com o uso de tramadol, utilizar como primeira opção o dimorf.
2. A aplicação do dimorf EV (solução de 10mg diluída em AD para 10ml) deve ser realizada a cada 5 minutos (1 a 2ml) se houver necessidade, observando o aparecimento de sonolência ou sedação, até a dose máxima de 10mg.
3. Não administrar AINH em pacientes com história de sangramento gastro-intestinal ou portadores de úlcera gastroduodenal ativa. Utilizar somente dipirona e tramadol.  
Evitar, também, seu uso em pacientes >70 anos.
4. Pode ser utilizada a betametasona IM (diprospan) em pacientes com ciática intensa.

P.M.B.P.  
 PROC. Nº: 15297/19  
 FOLHA Nº: 270  
 VISTO: ✓ DLCA



**Instituto Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



**Instituto Social Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

**INTRODUÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS**

As urgências e emergências psiquiátricas podem ser definidas como:

Qualquer alteração de natureza psiquiátrica em que ocorram alterações do estado mental, as quais resultam em risco atual e significativo de morte ou injúria grave, para o paciente ou para terceiros, necessitando de intervenção terapêutica imediata (QUEVEDO; SCHMITT, KAPCZINSKI, 2008).

As definições de emergências psiquiátricas sugerem ainda a presença de perturbação urgente e grave de conduta, afeto ou do pensamento, bem enfrentamento mal adaptativo.

O atendimento a situações de urgência e emergência psiquiátricas deve atender aos objetivos que são prioritários.

- Estabilização do quadro (controle do sintoma alvo).
- Reconhecimento de patologias e alterações orgânicas (que podem ter ocasionado as alterações mentais).
- Estabelecimento de hipóteses diagnósticas.
- Encaminhamento para continuidade do cuidado.

O local destinado ao atendimento de urgências e emergências psiquiátricas deve oferecer segurança, estrutura física adequada, ausência de objetos potencialmente perigosos, adequação de estímulos sensoriais, sistema de alarme, disponibilidade de medicamentos e equipamentos para contenção, serviço de segurança e acesso a serviços de diagnósticos e a outros especialistas.





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

As alterações do estado mental do cliente podem dificultar a comunicação. Assim, o profissional deve se expressar com clareza, evitar expressões ambíguas, abstrações, bem como utilizar perguntas e respostas claras e diretas.

O tempo destinado a avaliação inicial do cliente pode ser limitado, mas deve incluir a avaliação física, exame do estado mental (com ênfase nos motivos do atendimento), avaliação da ingestão de substâncias e medicamentos e da ideação suicida e homicida.

#### Comportamento agressivo

O comportamento agressivo representa um importante desafio na psiquiatria e está presente na apresentação clínica em diversos quadros psiquiátricos e também em condições causadas por alterações orgânicas. No senso comum, os transtornos mentais são frequentemente relacionados à violência. No entanto a maioria dos usuários dos serviços de saúde não são violentos.

#### Reconhecendo os indícios de agressividade

Não é possível prever o comportamento agressivo. Entretanto, é importante realizar uma avaliação do histórico do paciente e de seu estado atual para estimar o risco do comportamento agressivo vir a se manifestar.

Existem alguns sinais que são considerados indícios de agressividade, ou seja, podem sinalizar o risco de agressividade. São eles:

- Agitação motora
- Violência dirigida a objetos

PROC. Nº	1529,7/19
FOLHA Nº:	273
VISTO:	DLCA



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

- Dentes e punhos cerrados
- Ameaças
- Exigências e discussões em tom de voz elevado
- Afeto desafiador e hostil
- Alterações do exame do estado mental
- Sintomas psiquiátricos específicos, como:
  - Impulsividade
  - Pensamento desorganizado
  - Baixa tolerância a frustrações
  - Persecutoriedade

#### O papel da equipe e do ambiente no manejo do comportamento agressivo

Evidências científicas recomendam métodos menos coercivos para manejo de comportamento. Desse modo, deve haver investimento em prevenção, preparo da equipe e ambiente, avaliação e intervenção precoce com métodos não coercivos.

A observação, avaliação do cliente e do ambiente e a gestão de riscos são elementos fundamentais para a prevenção do comportamento agressivo.

Quando o ambiente e a equipe estão devidamente preparados para receber pessoas com risco de comportamento agressivo, o controle da agressividade e a prevenção de danos tendem a ser mais efetivos.

A principal tarefa e o resultado a curto prazo em uma emergência comportamental é a intervenção rápida para impedir a progressão da violência, manter o máximo de



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE EMERGÊNCIA PSIQUIATRICA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

segurança para a equipe, cliente e terceiros, com as intervenções menos invasivas e coercivas possíveis.

#### Manejo verbal e atitudinal

No manejo atitudinal das pessoas em risco de manifestar comportamento agressivo ou violento, é preciso:

- Manter-se em postura vigilante e em prontidão para a ação
- Evitar movimentos bruscos
- Respeitar o espaço físico do paciente (evitar toque)
- Evitar confronto direto
- Estar atento a linguagem não verbal (ex: evitar olhar desafiador ou submisso)
- Reduzir os estímulos
- Afastar fatores avaliados como estressores ou desestabilizadores.

O manejo verbal completa o manejo atitudinal e pode ser efeito para reduzir a agressividade e agitação do cliente. Ao dialogar com o cliente pode ser útil:

- Utilizar linguagem simples, clara e concreta (evitar linguagem abstrata ou metáforas)
- Evitar elevar o tom de voz
- Estabelecer limites e contratos de maneira respeitosa
- Evitar confronto direto (ou disputas) com o cliente
- Estimular expressão verbal de sentimentos
- Focalizar o assunto, resumir ideias, repetir as últimas ideias do cliente
- Auxiliar o paciente a reconhecer a realidade (sem confronto)
- Assegurar ao paciente que você pretende ajuda-lo a controlar os próprios impulsos





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE EMERGÊNCIA PSIQUIATRICA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

- Evitar ceder a testes, desafios e manipulações, bem como evitar promessas, ameaças, opiniões pessoais, manipulação ou faltar com a verdade.
- Explicar as condutas terapêuticas

#### A contenção

A contenção consiste na utilização de meios físicos farmacológicos para impedir comportamentos destrutivos.

Evidências recomendam métodos menos coercivos para controle do comportamento agressivo, tais como reconhecimento precoce de indícios de agressividade, manejo atitudinal, controle do ambiente, educação continuada, estabelecimento de protocolos e rotinas, abordagem coesa e organizada, como já abordado anteriormente.

#### Contenção química ou farmacológica

A contenção química consiste na utilização de fármacos para impedir comportamentos destrutivos. A via oral é preferível para a aplicação da contenção química, sempre que possível e que o paciente esteja colaborativo. Em caso de paciente não colaborativo, o medicamento pode ser administrado por via intramuscular.

A dose do fármaco aplicada deve produzir tranquilização sem sedação. Para a contenção química comumente são empregados benzodiazepínicos, antipsicóticos típicos e atípicos ou combinações desses fármacos.

#### Contenção física

A contenção física envolve técnicas desenvolvidas para restringir movimentos corporais e evitar comportamentos destrutivos.


**Instituto Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)

**Instituto Social Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

É uma intervenção coerciva usualmente permitida somente quando justificada pelo risco apresentado. Tem como objetivo controlar o comportamento do indivíduo para preservar sua própria segurança e integridade ou de terceiros, portanto, caracteriza-se como intervenção de segurança e não como recurso terapêutico.

Na operacionalização da contenção física, sugere-se um mínimo de cinco membros da equipe, sendo que um membro assume papel de líder.

Antes do procedimento o líder define detalhes e papéis com os membros da equipe e, no momento da intervenção, esse profissional toma a decisão de iniciar a contenção e coordena a equipe. Recomenda-se que a contenção seja mantida o mínimo de tempo possível e que o indivíduo seja acompanhado e avaliado continuamente durante a contenção ou monitorado a cada 15 minutos enquanto estiver contido.

#### Suicídio

Estão apresentados no quadro a seguir, alguns conceitos relacionado comportamental suicida:

**Suicídio:** morte autoprovocada, com evidências (explícitas ou implícitas) de que a pessoa tinha intenção de morrer.

**Pensamento de morte:** pensamentos relacionados ao desejo de morrer.

**Ideação suicida:** pensamentos sobre ser o agente da própria morte. A ideação suicida pode variar em gravidade, dependendo da especificidade dos planos de suicídio e do grau de intenção suicida.

**Letalidade do comportamento suicida:** ameaça objetiva à vida associada ao método de suicídio.

**Danos autoprovocados e deliberados:** realização proposital de atos dolorosos, destrutivos, ou lesivos a si mesmo, sem intenção de morrer.

**Risco de suicídio:** probabilidade de que a ideação suicida leve ao ato suicida e tenha como desfecho a morte autoinduzida.



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTÓCOLO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

### INTOXICAÇÃO EXÓGENA AGUDA NA EMERGÊNCIA

Representa hoje de 5 a 10% dos atendimentos no pronto socorro, sendo que apenas 5% do total realmente necessitarão de cuidados em unidade medicina intensiva. O grande volume de ocorrência é de emergência psiquiátrica como ideia e tentativa de suicídio seja com uso de medicamentos ou drogas ilícitas ou lícitas e o uso inadequado de agrotóxico.

#### Importante relembrar da sequência da abordagem

1. Reconhecer a possibilidade de ser intoxicação
2. Identificar o agente com uma boa história clínica (lembrando que 92% dos casos são de uma única substância).
3. Avaliar a gravidade do caso.
4. Instalar medidas de suporte clínico.
5. Medidas para prevenir a absorção do agente.
6. Uso de antídoto quando indicado.
7. Medida para aumentar a eliminação do agente.
8. Prevenir reexposição: avaliação psiquiátrica em casos de ideias e tentativa de suicídio.

#### Dicas importantes que nos levam ao diagnóstico de IEA

1. Passo: coletar uma boa história clínica.
  2. Alteração do nível de consciência sem causa aparente.
  3. Convulsões sem história prévia.
  4. Acidose metabólica sem explicação (após descartar sepse).
  5. Arritmia súbita sem história prévia.
- Paciente que tentou suicídio em outras ocasiões.





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

#### Dicas para exame físico:

1. Sempre avaliar pupilas.

Pupilas ----- sugestivo a uso de:

Midríase ----- cocaína, efedrina, anfetamina, etc.

Miose ----- heroína, morfina, codeína, antipsicóticos, etc.

Histagmo ----- barbitúricos, fenitoina, carbamazepina, lítio, etanol, IMAO'S

#### Alterações neurológicas

##### Convulsões

- Cocaína, anfetamina, teofilina, antidepressivos, fenotiazinas, inseticidas, lítio, antiarrítmicos, beta-bloqueadores, monóxido de carbono, etc.

##### Coma

- Anticolinérgicos, antidepressivos, hipoglicemiantes, antiepilepticos, lítio, inseticidas, sedativos, opioides, álcool.

##### Agitação

- a) Alucinógenos (LSD, quetamina e ecstasy).
- b) Simpaticomiméticos (cocaína, anfetaminas).
- c) Escopolaminas, relaxantes musculares, atropina, anti-histaminico, lítio, lidocaína.
- d) Metais pesados.

#### Alterações cardiovasculares: parâmetros importantes PA e FC.

1. Hipertensão/taquicardia:

PROC. Nº:	15297/19
FOLHA Nº:	278
VISTO:	✓ DLCA



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão nº:
	Data de Revisão:

Geralmente paciente agitado, midríaco pensar em: simpaticomimético, anticolinérgico, alucinógeno, inseticida.

**2. Hipertensão/bradicardia:**

Derivados Ergot, finelefina, chumbo, carbamatos e organofosfarados, inseticidas, etc.

**3. Hipotensão/taquicardia:**

Álcool, agosnista beta-adrenérgico, hidralazina, fenitoina, antidepressivo tricíclicos, metais pesados (ferro e arsênio), colchicina e nitratos.

**4. Hipotensão/bradicardia:**

Beta-bloqueadores, bloqueadores do canal de cálcio, digoxina, alfa metildopa, sedativos, opióides, inseticidas e antiarrítmicos.

### Exames complementares obrigatórios

**1. Bioquímico:**

Hemograma, uréia, creatinina, TAP, gasometria, sódio e potássio.

**2. ECG:**

Realizar para todos os casos, podendo encontrar:

- a) Bradicardia e bloqueio AV: digoxina, beta bloqueadores, etc.
- b) QRS alargado: lítio, fenitoina, antidepressivo, tricíclico, etc.
- c) Taquicardia supraventricular: cocaína, anfetamina, efedrina, escopolaramina, hormônio tireoidiano, etc.
- d) Taquicardia ventricular: solventes, cocaína, potássio.

**3. RX de tórax:**

Opacidade: lembrar de substâncias aspirativas como hidrocarboneto, lítio, metais pesados



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

Edema pulmonar de origem não cardiogênica: lembrar de opióides, organofosforato, carbamato, salicilato, etc.

Quando encontro:

Alterações de TAP/TTPA:

a) Anticoagulantes: varfarina, raticidas, heparinas, etc.

Alteração hepática:

a) Paracetamol, etanol, isoniazida, fenitoina, ácido valproico, tetraciclina, etc.

Acidose metabólica:

a) Etanol, metanol, metforminas, ácido valproico de carbono.

Distúrbio metabólico:

a) Hipercalemia: beta-bloqueadores, agonista alfa adrenérgico

b) Hipocalemia: diurético

c) Hiperglicemia: acetona, metais ferro.

d) Hipoglicemia: insulina, etanol, salicilato e hipoglicemiantes orais.

#### Quem é o paciente grave?

**Situações de risco:** obstrução de vias aéreas, dor torácica, dor intensa, febre com neuropnia, hemoptiase, enterorragia, hematêmese.

#### Conduta em sala de emergência:

M – monitorização (PA, FC, saturação).

O – oxigênio

*Handwritten signature*





**Instituto Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



**Instituto Social Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

V – venoclise

**Carvão ativado:** para toda intoxicação causada por ingestão.

Contra indicado: rebaixamento do nível de consciência, risco de hemorragia ou perfuração TGI, obstrução TGI, ferro, chumbo, lítio, sódio, cálcio, potássio, corrosivos, álcool, hidrocarboneto.

Eficácia de 50% se realizado após 30 min da ingestão, 40% após 1h, e variável após 2h.

**Lavagem gástrica:** uso com controversas, não deve ser primeira escolha.

Contra indicado: risco de perfuração TGI, sangramento, laringoespasmos, aspiração e rebaixamento do nível de consciência.

Eficácia de 90% se realizado 5min após a ingestão, 45% se 10min, 30% se 20min e nula após 1 hora de ingestão.

O uso de carvão ativado e/ou lavagem gástrica não altera a questão de mortalidade e sim o quadro sintomático do paciente e diminui a absorção do agente.

**Irrigação intestinal:** uso controverso, salvo quando ingestão de ferro.

Não induzir ao vômito e nunca usar laxantes.

**Hemodiálise:** quando intoxicação por lítio, teofilina, etc.

**Diálise gástrica com carvão ativado:** uso de carbamazepina, fenobarbital, teofilina, etc.



15297/1  
 PROC. Nº: 15297/1  
 FOLHA Nº: 2787  
 VISTO: DLCA

**Instituto Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



**Instituto Social Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

**Alcalinização urinária:** quando uso de sulfas, metotrexato, fenobarbital, etc.

Contra indicado em caso de edema pulmonar, ICC, edema cerebral.

**Cuidado com agentes de efeito tardio:**

Paracetamol, beta-bloqueadores, bloqueadores de cálcio, lítio, teofilina, aspirina, IMAO, hipoglicemiantes orais, colchicina, cumarinicos, metanol, etc.

**Agente tóxico x antídoto**

Paracetamol: N – acetilcisteína

Digoxina: anticorpo anti digoxina

Benzodiazepínico: flumazenil

Beta-bloqueadores: glucagon

Monóxido de carbono: oxigênio 100%

Opióides: naloxona

Carbamato e organofosfato: atropina

*(Handwritten signatures and initials in blue ink)*



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE NÁUSEA E VÔMITOS	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

#### CONSIDERAÇÕES

Podem ser causadas por: intoxicação alimentar, gastroenterite infecciosa, colecistite, pancreatite, medicações, doenças sistêmicas (uremia, cetoacidose, IAM), distúrbios do SNC (infecções, tumores e enxaqueca) ou por patologias digestivas.

O centro medular que dispara o vômito pode ser estimulado de quatro formas distintas: fibras aferentes vagais ricas em receptores de serotonina de vísceras gastrointestinais, sistema vestibular relacionado a histamina e receptores colinérgicos, áreas superiores do próprio SNC (relacionada a estímulos visuais, olfativos e memórias) e na área de disparo quimiorreceptora na própria medula, fora da barreira hematoencefálica que é rica em receptores de opiáceos, serotonina e dopamina (drogas, quimioterapia, uremia, cetoacidose, etc.)

#### QUADRO CLÍNICO

A presença de dor abdominal aguda severa sugere patologias abdominais como: obstrução intestinal, peritonite, pancreatite ou doença biliar.

Vômitos persistentes sugerem gravidez, obstrução do trato de saída do estômago, gastroparesia ou doenças sistêmicas.

Vômitos imediatamente após as refeições sugerem distúrbio psicogênico ou bulimia. A associação de alimentos gordurosos e vômitos sugere doença na via biliar.

Vômitos matutinos antes do café da manhã sugerem gravidez, uremia ou hipertensão intracraniana.

#### CONDUTA

↓  
[Handwritten signature]





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana

São Paulo/SP - CEP: 02033-000

e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

#### PROTOCOLO DE NÁUSEA E VÔMITOS

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

- Descartar obstrução intestinal e gravidez.
- Obter história de ingestão de medicamentos.
- Procurar na história e exame físico, sinais e sintomas de doença neurológica.
- Proibir a dieta oral ou restringi-la em casos mais leves a líquidos.
- Deixar pacientes com quadros mais graves em observação.
- Avaliar sinais vitais.
- Obter acesso venoso periférico em pacientes apresentando quadros mais graves ou suspeita de obstrução pilórica ou intestinal.
- Iniciar reposição volêmica com solução cristalóide em pacientes hipotensos ou com distúrbio hemodinâmico.
- Colher sangue para hemograma, glicemia, creatinina, uréia, amilase, sódio, potássio e cloreto. Em casos mais severos obter gasometria.
- Avaliar níveis séricos de eletrólitos, especialmente o potássio.
- Corrigir distúrbios hidroeletrólíticos.
- Repor solução salina a 0,45% com 20ml/kg de cloreto de potássio (exceto em pacientes urêmicos ou oligúricos).
- Transferir para hospital de referência e obter parecer cirúrgico o mais rápido possível na suspeita de obstrução mecânica.
- Introduzir cateter nasogástrico na suspeita de obstrução intestinal ou do trato de saída do estômago.
- Administrar antieméticos de forma empírica para controlar os sintomas enquanto se pesquisa a etiologia ou em casos auto-limitados.
- Evitar todas as medicações antieméticas na gestação, salvo nos casos de hiperêmese gravídica.

#### Drogas utilizadas no tratamento de náuseas e vômitos

GRUPO	MEDICAMENTO	DOSE	INDICAÇÃO E CUIDADOS
Antagonistas da serotonina (5 HT)	Ondansetron (zofran)	8mg IV (0,15mg/kg) uma vez ao dia, infundido em 15 minutos.	Prevenção da êmese por quimioterápico.



PROC. Nº **15297/1**  
 FOLHA Nº: **2984**  
 VISTO:  DLCA

**Instituto Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



**Instituto Social Med Life**

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE NÁUSEA E VÔMITOS	POP (sigla do setor) – nº Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão nº:
	Data de Revisão:

		8mg VO duas vezes ao dia	
Antagonistas da dopamina	Matroclorpramida (plasil)	10mg IV de 8 em 8 horas até de 6 em 6 horas	Cuidado: tem ação sedativa, associa-se a efeitos extrapiramidais e pode causar depressão.
	Prometazina (fenergan)	25mg VO de 4 em 4 horas	
Anti-histaminicos	Dimendrinidrato (dramamine)	50 a 100mg VO ou IV de 4 em 4h ou 6 em 6 horas	Úteis especialmente em náusea relacionada a cinetose, vertigem e enxaqueca.
	Difenhidramina (benadryl)	25 a 50mg VO de 6 em 6 horas ou 8 em 8 horas 50mg IV	

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

#### PROTOCOLO DE NÁUSEA E VÔMITOS

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão n.º:
Data de Revisão:

		8mg VO duas vezes ao dia	
Antagonistas da dopamina	Matroclopramida (plasil)	10mg IV de 8 em 8 horas até de 6 em 6 horas	Cuidado: tem ação sedativa, associa-se a efeitos extrapiramidais e pode causar depressão.
	Prometazina (fenegan)	25mg VO de 4 em 4 horas	
Anti-histaminicos	Dimendrinidrato (dramamine)	50 a 100mg VO ou IV de 4 em 4h ou 6 em 6 horas	Úteis especialmente em náusea relacionada a cinetose, vertigem e enxaqueca.
	Difenhidramina (benadryl)	25 a 50mg VO de 6 em 6 horas ou 8 em 8 horas 50mg IV	

*[Handwritten signature]*





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

#### CONSIDERAÇÕES PARA AVALIAÇÃO

Causadas por bloqueio mecânico do intestino ou redução da peristalse (íleo) que é a forma mais comum.

O bloqueio mecânico do intestino delgado resulta geralmente de aderências (bridas) devido a cirurgias prévias ou processos inflamatórios, a segunda causa mais comum é a hérnia encarcerada especialmente a inguinal. Raramente condições intrínsecas (dentro da luz do intestino, por exemplo tumores) causam a obstrução.

#### QUADRO CLÍNICO

- Dor abdominal e incapacidade de eliminar gases e evacuar são as principais queixas.
- Em obstrução parciais do delgado o paciente pode ser capaz de eliminar gases.
- A dor na obstrução mecânica é em cólica, progressiva e intermitente.
- Na obstrução do delgado localiza-se na região periumbilical e na obstrução do cólon no hipogástrico.
- Vômitos biliosos inicialmente ocorrem nas obstruções altas.
- A distensão abdominal é mais pronunciada nas obstruções baixas.
- Sintomas e sinais sistêmicos dependem do grau de desidratação e da presença de necrose intestinal. Na presença de necrose o paciente apresenta quadro de sepse.
- Suspeitar em pacientes com dor abdominal, distensão e vômitos.
- Procurar no exame clínico cicatrizes no abdome que indiquem cirurgias prévias, hérnias e massas palpáveis.

#### CONDUTA

- Estabelecer acesso venoso periférico.



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

#### PROTOKOLO DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão n.º:
Data de Revisão:

- Monitorizar sinais vitais.
- Iniciar reposição volêmica com solução cristalóide.
- Colher sangue para hemograma, glicemia, creatinina, uréia, amilase, sódio, potássio, cloro e gasometria arterial.
- Obter amostra de urina para EAS.
- Solicitar rotina de abdome agudo.
- Procurar nas radiografias distensão de alças, níveis hidroaéreos e ar livre na cavidade peritoneal (indica perfuração intestinal).
- Obter parecer cirúrgico o mais rápido possível na suspeita de obstrução mecânica.
- Iniciar antibioticoterapia IV (Metronidazol 500mg de 8/8 horas e Ciprofloxacina 400mg de 12/12 horas) ou Amoxicilina/Clavulanato.

*[Handwritten signatures]*



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO PARA TRATAMENTO SEPSE/CHOQUE SÉPTICO	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

#### Definição

A sepse é uma síndrome extremamente prevalente, com elevada morbidade e mortalidade e altos custos. Seu reconhecimento precoce e tratamento adequado são fatores primordiais para a mudança deste cenário. A síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SRIS), embora não utilizada para a definição de sepse, continua sendo importante para a triagem de pacientes com suspeita de sepse.

#### Síndrome da resposta inflamatória sistêmica

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

- Temperatura central > 38,3° C ou < 36°C OU temperatura axilar > 37,5°C ou < 36°C;
- Frequência cardíaca > 90 bpm;
- Frequência respiratória > 20 rpm, ou PaCO<sub>2</sub> < 32 mmHg;
- Leucócitos totais > 12.000/mm<sup>3</sup>, ou < 4.000/mm<sup>3</sup> ou presença de > 10% de formas jovens (desvio à esquerda).

A SRIS (Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica) está presente em várias condições clínicas como trauma, pós-operatórios, infarto agudo do miocárdio, não sendo critério isolado para o diagnóstico de infecção/sepse. Da mesma maneira, pacientes idosos, imunodeprimidos, em uso de betabloqueadores, podem apresentar-se já com disfunção orgânica, sem apresentar os sinais de SRIS. A presença de SRIS pode ser utilizada com objetivo de triagem e identificação de pacientes com infecção e, potencialmente, sob risco de apresentar sepse ou choque séptico.

*(Handwritten signatures and initials)*





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO PARA TRATAMENTO SEPSE/CHOQUE SÉPTICO	POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
	Data de Emissão:
	Revisão n.º:
	Data de Revisão:

#### Infecção sem disfunção

Entende-se como paciente com infecção sem disfunção aquele que, tendo ou não os critérios de SRIS, possui foco infeccioso suspeito ou confirmado (bacteriano, viral, fúngico, etc.) sem apresentar disfunção orgânica.

#### Principais disfunções orgânicas da sepse

- Hipotensão (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg)
- Oligúria ( $\leq 0,5$  mL/Kg/h) ou elevação da creatinina (>2mg/dl);
- Relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 300 ou necessidade de O<sub>2</sub> para manter SpO<sub>2</sub> > 90%;
- Contagem de plaquetas < 100.000/mm<sup>3</sup> ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias;
- Acidose metabólica inexplicável: déficit de bases  $\leq 5,0$  mEq/L e lactato acima do valor de referência;
- Rebaixamento do nível de consciência, agitação, delirium;
- Aumento significativo de bilirrubinas (>2X o valor de referência).

A presença de disfunção orgânica na ausência dos critérios de SRIS pode representar diagnóstico de sepse. Assim, na presença de uma dessas disfunções, sem outra explicação plausível, o diagnóstico de sepse deve ser presumido, e o pacote de tratamento iniciado, imediatamente após a identificação.

#### Choque séptico

Choque séptico é definido pela presença de hipotensão não responsiva à utilização de fluidos, independente dos valores de lactato.



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTÓCOLO PARA TRATAMENTO SEPSE/CHOQUE SÉPTICO

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

#### Triagem e rotina para atendimento

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

- Rebaixamento de nível de consciência;
- Frequência respiratória  $\geq 22$  ipm;
- Pressão arterial sistólica abaixo de 100 mmHg.

#### Tratamento

1. Coleta de exames laboratoriais para a pesquisa de disfunções orgânicas: gasometria e lactato arterial, hemograma completo, creatinina, bilirrubina e coagulograma.
2. Coleta de lactato arterial, que deve ser imediatamente encaminhado ao laboratório, afim de se evitar resultado falsos positivos. O objetivo é ter resultado deste exame em 30-60 minutos.
3. Coleta de duas hemoculturas de sítios distintos, conforme rotina específica do hospital, e culturas de todos os outros sítios pertinentes (aspirado traqueal, líquido, urocultura) antes da administração do antimicrobiano. Caso não seja possível a

PROC. Nº	15297/19
FOLHA Nº:	2797
VISTO:	✓ DLCA



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO PARA TRATAMENTO SEPSE/CHOQUE SÉPTICO

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

coleta destes exames antes da primeira dose, a administração de antimicrobianos não deverá ser postergada;

- Prescrição e administração de antimicrobianos de amplo espectro, por via endovenosa, visando o foco suspeito, dentro da primeira hora da identificação da sepse. A utilização de antimicrobianos deve seguir a orientação do serviço de controle de infecção hospitalar da instituição, que deverá definir com o corpo clínico local as recomendações para o tratamento empírico conforme o foco de infecção identificado e a característica da infecção, comunitária ou associada a assistência à saúde.
- Princípios de farmacocinética e farmacodinâmica devem ser seguidos por todas as instituições. Todas as recomendações visando otimização da terapia antimicrobiana devem ser feitas com auxílio do farmacêutico e da enfermagem e estar amplamente disponíveis para todos os profissionais.

#### As principais recomendações estão listadas abaixo.

- Utilizar dose máxima para o foco suspeito ou confirmado, com dose de ataque nos casos pertinentes, sem ajustes para a função renal ou hepática. As doses devem ser plenas visando otimização da redução da carga bacteriana ou fúngica. Embora seja discutível, pode-se manter doses sem ajuste para função renal pelas primeiras 24 horas. Isso é de suma importância para os antimicrobianos hidrofílicos dado o aumento do volume de distribuição dos mesmos.
- Atentar para a diluição adequada para evitar incompatibilidade e concentração excessiva. Utilizar a infusão estendida de antibióticos betalactâmicos como piperacilina-tazobactam e meropenem, com exceção da primeira dose, que deve ser administrada, em bolus, o mais rápido possível;
- Considerar o uso de diferentes classes de antibióticos, para um mesmo agente, em pacientes com choque séptico.





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO PARA TRATAMENTO SEPSE/CHOQUE SÉPTICO

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão n.º:
Data de Revisão:

- Utilizar terapia combinada, com duas ou três drogas, quando existir suspeita de infecção por agentes multidrogas resistentes;
- Restringir o espectro antimicrobiano quando o patógeno for identificado e a sensibilidade conhecida;
- Terapia combinada pode ser de-escalada conforme evidência de resposta clínica ou resolução da infecção.

- O uso de outros vasopressores pode ser necessário. Dentre os disponíveis, a recomendação é o uso de vasopressina, com intuito de desmame de noradrenalina, ou a adrenalina, preferível em pacientes que se apresentem com débito cardíaco reduzido.

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

- Nos pacientes com lactato alterado acima de duas vezes o valor de referência, a meta terapêutica é o clareamento do mesmo até os valores normais. Assim, dentro das seis horas após o início do protocolo de sepse, após ressuscitação volêmica adequada, e manejo hemodinâmico apropriado, novas dosagem devem ser solicitadas. O clareamento até a normalização deve ser feito cuidadosamente, sob risco de intervenções terapêuticas desnecessárias, e potencialmente deletérias. A hiperlactatemia residual isolada, sem outros sinais clínicos de hipoperfusão ou má evolução, não necessariamente precisa ser tratada.

- Reavaliação da continuidade da ressuscitação volêmica, por meio de marcadores do estado volêmico ou de parâmetros perfusionais. As seguintes formas de reavaliação poderão ser consideradas:

- Mensuração de pressão venosa central;
- Variação de pressão de pulso;



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO PARA TRATAMENTO SEPSE/CHOQUE SÉPTICO

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão n.º:
Data de Revisão:

- Variação de distensibilidade de veia cava;
- Elevação passiva de membros inferiores;
- Qualquer outra forma de avaliação de responsividade a fluidos (melhora da pressão arterial após infusão de fluidos, por exemplo);
- Mensuração de saturação venosa central;
- Tempo de enchimento capilar;
- Presença de livedo;
- Sinais indiretos (por exemplo, melhora do nível de consciência ou presença de diurese).

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

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

- Pacientes sépticos podem se apresentar hipertensos, principalmente se já portadores de hipertensão arterial sistêmica. Nesses casos, a redução da pós-carga pode ser necessária para o restabelecimento da adequada oferta de oxigênio. Não se devem usar medicações de efeito prolongado, pois esses pacientes podem rapidamente evoluir com hipotensão. Assim, vasodilatadores endovenosos, como nitroglicerina ou nitroprussiatos são as drogas de escolha

**Outras recomendações**



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO PARA TRATAMENTO SEPSE/CHOQUE SÉPTICO

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

- Uso de corticoides. A utilização de corticoides é recomendada somente para pacientes com choque séptico refratário, ou seja, naqueles em que não se consegue manter a pressão arterial alvo, a despeito da ressuscitação volêmica adequada e do uso de vasopressores. A droga recomendada é a hidrocortisona na dose de 200 mg/dia em infusão contínua ou 50 mg a cada 6 horas.

#### Ventilação mecânica

- A intubação orotraqueal não deve ser postergada, em pacientes sépticos, com insuficiência respiratória aguda e evidências de hipoperfusão tecidual. Os pacientes que necessitarem de ventilação mecânica devem ser mantidos em estratégia de ventilação mecânica protetora, devido ao risco de desenvolvimento de síndrome do desconforto respiratório aguda (SDRA). A estratégia protetora envolve a utilização de baixos volumes correntes (6 ml/kg de peso ideal) e a limitação da pressão de platô abaixo de 30 cmH<sub>2</sub>O. A fração inspirada de oxigênio deve ser suficiente para manter uma PaO<sub>2</sub> entre 70 - 90 mmHg. Também deve-se objetivar uma pressão de distensão (driving pressure, pressão de platô - peep) menor que 15 cmH<sub>2</sub>O. Para pacientes com diagnóstico de SDRA há menos de 48 horas, com relação PaO<sub>2</sub>/ FiO<sub>2</sub> menor que 150 e FiO<sub>2</sub> de 60% ou mais, a utilização de posição de prona é recomendada, para unidades que tenham equipe com treinamento na técnica.

#### Bicarbonato

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



PROC. Nº	15297/19
FOLHA Nº	2795
VISTO:	✓ DLCA



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO PARA TRATAMENTO SEPSE/CHOQUE SÉPTICO

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

#### Controle glicêmico

- Pacientes, na fase aguda de sepse, com hiperglicemia, secundária a resposta endócrino-metabólica ao trauma. O controle adequado da glicemia é recomendado através da utilização de protocolos específico, visando uma meta de 80-180 mg/dl, evitando-se episódios de hipoglicemia e variações abruptas da mesma.

#### Terapia renal substituta

- Não existe recomendação para o início precoce de terapia renal substituta, devendo-se individualizar cada caso, conforme discussão com equipe especialista. Da mesma maneira, não existe recomendação para hemodiálise intermitente ou modalidades contínuas, devendo-se reservar estes métodos para pacientes com instabilidade hemodinâmica grave, nos locais onde este recurso é disponível.

#### Prevenção de infecções relacionadas a assistência à saúde.

- Recomenda-se a utilização de dispositivos invasivos (cânula orotraqueal, cateter venoso central, pressão arterial invasiva e cateter vesical de demora) pelo menor tempo possível afim de se evitar complicações mecânicas e infecciosas. Além disso, é recomendado que as unidades sigam os pacotes internacionais para prevenção de infecções relacionadas a estes dispositivos (pneumonia associada a ventilação mecânica, infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central e infecção do trato urinário relacionado a cateter vesical de demora).

PROC. Nº:	15297/19
FOLHA Nº:	2196
VISTO:	DLCA



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO CLÍNICO PARA PACIENTE COM SUSPEITA DE IAM  
(INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO)

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão n.º:
Data de Revisão:

#### INTRODUÇÃO

O início da estratégia de abordagem dos pacientes admitidos com IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) constitui no adequado reconhecimento e triagem dos casos de dor torácica com rápida admissão à sala de Emergência, repouso ao leito e realização de ECG de 12 derivações num prazo não superior a 10 (dez) minutos.

Nesse período, a realização de uma anamnese e exame físico dirigidos para a queixa referida devem ser realizados pelo médico emergencista. O diagnóstico eletrocardiográfico consiste na presença de supra desnivelamento  $\geq 1$  mm do segmento ST em pelo menos 2 derivações contínuas (supra de ST  $> 2$  mm de V1 a V3) ou reconhecimento de Bloqueio de Ramo Esquerdo novo.

Em caso de indisponibilidade de ECG prévio do paciente e na vigência de quadro clínico compatível, os critérios eletrocardiográficos definidos por Sgarbossa e cols podem ser empregados para auxílio diagnóstico:

- Supradesnivelamento de segmento ST  $\geq a 1$  mm em concordância com o QRS;
- Infradesnivelamento de segmento ST  $\geq a 1$  mm em V1, V2 e V3;
- Supradesnivelamento de segmento ST  $\geq a 5$  mm em discordância com o QRS.

#### OBJETIVO

- Estabelecer um protocolo de conduta para a abordagem diagnóstica e terapêutica das SCA nos vários níveis de atendimento do Hospital;
- Organizar de forma lógica e rápida ações a serem empregadas em portadores de SCA;
- Priorizar o emprego das melhores evidências da literatura atual, visando segurança, efetividade e praticidade;
- Estabelecer orientações durante a internação e na alta hospitalar que visem ajudar nas decisões clínicas.



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO CLÍNICO PARA PACIENTE COM SUSPEITA DE IAM  
 (INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO)

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão n.º:
Data de Revisão:

#### ABRANGÊNCIA

Este documento aplica-se aos Serviços de Saúde sob Gestão INSTITUTO MED LIFE.

#### DESCRIÇÃO

A Síndrome Coronária Aguda - SCA envolve um largo espectro de condições clínicas que incluem desde a isquemia silenciosa, passando pela angina aos esforços, a angina instável até o infarto agudo do miocárdio com ou sem supra desnivelamento do segmento ST. A angina instável e o infarto do miocárdio são as síndromes caracterizadas por pior prognóstico, com maior chance de sequelas e risco aumentado de óbito. A doença cardiovascular no Brasil é responsável por cerca de 1/3 de todas as mortes registradas segundo dados do DATASUS. Nos Estados Unidos da América cerca de 4 a 5 milhões de pessoas procuram os serviços de saúde com quadro sugestivo de isquemia miocárdica.

Deste total 2 milhões recebem confirmação do diagnóstico. Cerca de 1,5 milhão apresentam infarto agudo do miocárdio e aproximadamente 250 mil morrem antes de chegar ao Hospital.

#### ORGANOGRAMA DAS AÇÕES PRECONIZADAS NO ATENDIMENTO DE PACIENTE COM IAMST

X





## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)

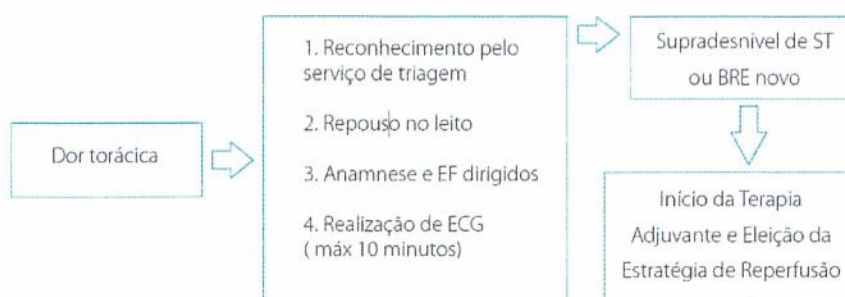


### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
 São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
 e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO CLÍNICO PARA PACIENTE COM SUSPEITA DE IAM  
 (INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO)

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:
Data de Emissão:
Revisão n.º:
Data de Revisão:



### MEDIDAS GERAIS, SUBSEQUENTES E TERAPIA ADJUVANTE

Após o diagnóstico clínico e eletrocardiográfico, recomenda-se:

- **Repouso:** por até 24 (vinte e quatro) horas nos pacientes estáveis hemodinamicamente e sem precordialgia;
- **Jejum:** no mínimo de 4 (quatro) horas em presença de dor para a realização de exames, para reduzir o risco de aspiração pelos vômitos. Após este prazo, prescrever dieta líquida e no dia seguinte dieta laxativa;
- **Oxigenoterapia:** deve ser realizada através da administração de cateter nasal, fluxo de 3 L/ min nas primeiras 3 (três) a 6 (seis) horas e depois caso saturação < 90% ou durante episódio de dor.
- A administração de oxigênio é baseada em estudos experimentais que sugerem redução de infarto com essa terapia. Entretanto, não existem evidências definitivas de benefício na redução da morbimortalidade, a menos que haja hipoxemia.
- **Terapia antiagregante:** administrar o Ácido Acetilsalicílico (AAS) na dose de 200 mg por via oral, previamente macerados ou mastigados, exceto em casos de reconhecida anafilaxia aos salicilatos ou na presença de sangramentos ativos



## Instituto Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [projeto@medelife.org.br](mailto:projeto@medelife.org.br)



### Instituto Social Med Life

Av. General Ataliba Leonel, 93 conj. 64 - Santana  
São Paulo/SP - CEP: 02033-000  
e-mail: [contato@medelife.org.br](mailto:contato@medelife.org.br)

PROTOCOLO CLÍNICO PARA PACIENTE COM SUSPEITA DE IAM  
(INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO)

POP (sigla do setor) – n.º Pág.:

Data de Emissão:

Revisão n.º:

Data de Revisão:

quando da admissão hospitalar. Deve ser utilizado antes mesmo da realização do eletrocardiograma quando da suspeita de coronariopatia aguda. O uso precoce do AAS reduz o risco de morte em 23% (quando utilizado de forma isolada) e em 42% (quando associada ao fibrinolítico). O derivado tienopiridinico clopidogrel deve ser utilizado de rotina, precocemente, na dose de 75 mg/d, precedida de dose de ataque de 300 mg, sempre por via oral. Pacientes com idade superior a 75 (setenta e cinco) anos não devem utilizar dose de ataque. Entretanto, quando se indica estratégia invasiva imediata, pode-se aguardar a definição de anatomia e não necessidade de tratamento cirúrgico para início do clopidogrel.

- **Monitorização cardíaca contínua:** à beira de leito, para detecção e terapia precoces de arritmias primárias;
  - a) Monitorização eletrocardiográfica contínua (na derivação com maior supra desnivelamento do segmento ST). A frequência do controle de pressão arterial depende da gravidade da doença. Controle a cada hora até obter estabilidade, a partir daí a cada 4 (quatro) horas;
  - b) Obtenção de acesso venoso periférico, para coleta de exames laboratoriais e administração medicamentosa. Deve-se dar preferência ao membro superior esquerdo.
- **Analgesia e sedação:** diminui a intensidade da dor (que gera ansiedade e amplifica a resposta autonômica), reduzindo o limiar para desencadeamento de taquiarritmias ventriculares e o consumo miocárdico de oxigênio. Recomenda-se sulfato de morfina, na dose de 1 a 3 mg cada 5 (cinco) minutos por via intravenosa até o alívio da dor (dose máxima de 25 a 30 mg) ou evidência de toxicidade (hipotensão, depressão respiratória ou vômitos frequentes). Raramente doses altas são necessárias. Hipotensão pode ocorrer em pacientes hipovolêmicos. Pode ser útil também na redução dos sinais e sintomas de hipertensão venocapilar pulmonar em pacientes com disfunção ventricular esquerda. Caso ocorra bradicardia associada, recomenda-se administrar Atropina 0,5-1,0 mg. Na ocorrência de depressão respiratória utilizar Naloxona 0,1-0,2 mg. O uso rotineiro de ansiolíticos não é recomendado. Quando necessário utilizar Diazepam na dose de 5-10 mg 8/8h por 24 à 48 horas.