

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.044	1 / 8
	ATENDIMENTO A PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMA - CSH	Especialidade	Revisão
		Clínica/Obstet./Cirurgia	1

1. COMO IDENTIFICAR UM PACIENTE GRAVE?

Estes pacientes devem ser atendidos como prioridade, mesmo que ainda dependam de alguma burocracia para ser liberada, que será feita posteriormente.

Na CSH, utilizamos no serviço de urgência a classificação de risco. Sempre que um paciente for classificado nas cores Vermelho ou Laranja, será manejado como paciente grave.

No setor de internamento (clínico, obstétrico ou cirúrgico) utilizamos o sistema de Alerta Precoce, onde a equipe estará acompanhando precocemente os pacientes de modo a reduzir que sejam atendidos pacientes com quadros súbitos inesperados.

Mas via de regra, os sinais que sugerem gravidade em um paciente são:

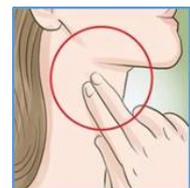
SNC	Rebaixamento do nível de consciência (paciente somente responde quando chamado e volta a dormir; somente responde à dor ou não responde nem a dor)
	Agitação psicomotora, não obedecendo aos comandos da equipe, fora de controle
	Crises convulsivas
	Desmaio súbito, sem acordar, mantendo rebaixamento da consciência após
CARDÍACO	Dor torácica forte e persistente
	Sensação de arritmia (palpitação) com FC < 50 ipm ou FC > 120 bpm
	Pulso radial não palpável ou muito fino, com as mãos frias (às vezes suando)
	Pressão arterial sistólica < 90 mmHg OU PA média < 65 mmHg
	Queda brusca da pressão > 40 mmHg na sistólica
RESPIRATÓRIO	Pressão muito alta: > 180 mmHg e passando mal
	FR >= 24 ipm
	Respiração de agonia ("gasping") com paciente em CIANOSE
	Saturando <= 90% em ar ambiente
	Saturando <= 92% com Máscara de Venturi 50%
DIURESE	Muito esforço para respirar, com dificuldade na fala
	Redução da diurese, abaixo de 30 mL/hora
SANGRAMENTO	Definição de sangramento importante: <ul style="list-style-type: none"> a. 2 absorventes do tipo grande (noturno) encham em 30 minutos b. Ou poça no lençol com mais de 50 cm de diâmetro c. Ou peso do lençol ultrapassando 500 gramas (descontando o peso do lençol) d. Ou hemorragia com sangue escorrendo para o chão;
PARTO EM CURSO	Pacientes com parto em curso (partes do feto ou cordão visualizados) ou pós-parto imediato devem ser encaminhados imediatamente (diretamente) para centro cirúrgico para atendimento por equipe médica

2. QUAL A PRIMEIRA COISA A SE FAZER DIANTE DE UM PACIENTE GRAVE DESTES?

Os partos em curso devem ser encaminhados ao CC.

Nos demais casos, a primeira coisa é ver se não está em PARADA CARDÍACA:

- a. Está inconsciente: NÃO responde quando chamado
- b. Não respira: ao olhar o tórax não vemos movimento respiratório
- c. Não tem pulso: ao palpar o pulso carotídeo (pescoço), não conseguimos palpar nada em 10 segundos



Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS PAVIONE Pediatra Intensivista	TATIANA SANTANA Gerente de Enfermagem	ENF. ULLY MARIANNE F LEMOS Enfermeira da Qualidade
Data: 19/07/2021	Data: 19/07/2021	Data: 20/07/2021

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.044	2 / 8
	ATENDIMENTO A PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMA - CSH	Especialidade	Revisão
		Clínica/Obstet./Cirurgia	1

Para fazer a verificação e manejo destes pacientes em PCR, vide protocolo de atendimento à PCR na CSH (PROT.DT.040)

DISTRIBUIÇÃO DE TAREFAS PARA CASOS DE PACIENTES GRAVEMENTE ENFERMOS	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar a paciente gravemente enferma conforme protocolo de alerta precoce (sinais vitais no vermelho) ou classificação de risco (vermelha/laranja) 2. Comunicar enfermeira 3. Inicia atendimento inicial: itens de 1 a 4 do protocolo
ENFERMEIRA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descartar PCR: se PCR, iniciar protocolo específico 2. Avaliar o paciente e garantir cumprimento do protocolo, item a item 3. Tentar encaixar o paciente em um dos protocolos de paciente grave: <ol style="list-style-type: none"> a. Hemorragia; b. Quadro de insuficiência respiratória isolada: SDRA/COVID/respiratório/miocardioptia/ICC c. Parto em curso; d. Hipertensão grave: pré-eclâmpsia/eclâmpsia e. CHOQUE: <ol style="list-style-type: none"> i. Sepsis/choque séptico; ii. Por hemorragia; iii. Colapso circulatório súbito: poderia ser um TEP – tromboembolismo pulmonar ou infarto, mas procurar por sinais de hemorragia externa e interna (avaliar distensão/dor abdominal) 4. Encaminhar paciente para sala de atendimento mais adequado: preferencialmente centro cirúrgico 5. Ver com o médico que está atendendo a necessidade de solicitar ajuda de novo anestesista para atender paciente até transferência para UTI se demora acima de 3 horas para transferir paciente 6. Solicitar exames em casos emergenciais conforme autorizados expressamente no protocolo. Deverão ser posteriormente transcritos para prescrição médica pelo médico assistente ou plantonista.
MÉDICO (assistente ou plantonista)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avalia o paciente e reclassifica gravidade se necessário 2. Define conduta e tentar encaixar o paciente em um dos protocolos de paciente grave: <ol style="list-style-type: none"> a. Hemorragia; b. Quadro de insuficiência respiratória isolada: SDRA/COVID/respiratório/miocardioptia/ICC c. Parto em curso; d. Hipertensão grave: pré-eclâmpsia/Eclâmpsia

Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS PAVIONE Pediatra Intensivista	TATIANA SANTANA Gerente de Enfermagem	ENF. ULLY MARIANNE F LEMOS Enfermeira da Qualidade
Data: 19/07/2021	Data: 19/07/2021	Data: 20/07/2021

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.044	3 / 8
	ATENDIMENTO A PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMA - CSH	Especialidade	Revisão
		Clínica/Obstet./Cirurgia	1

MÉDICO (assistente ou plantonista)	<p>e. CHOQUE:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Sepsis/choque séptico; ii. Por hemorragia; iii. Colapso circulatório súbito: poderia ser um TEP – tromboembolismo pulmonar ou infarto, mas procurar por sinais de hemorragia externa e interna (avaliar distensão/dor abdominal)
	3. Solicita exames conforme gravidade e protocolos. Caso tenha sido solicitado pela enfermeira para cumprimento de protocolo, deverá transcrever para prescrição médica para fins de cobrança de convênio.
	4. Fica responsável pelo paciente até passar o caso para o anestesista que prestará assistência no caso de alta gravidade
	5. Preenche relatório de transferência ou atestado de óbito. Em caso de ausência do médico assistente, deverá ser feito pelo anestesista plantonista.
ANESTESISTA PLANTONISTA	1. Atendimento ao paciente gravemente enfermo com foco na estabilização e encaminhamento para uma Unidade de Terapia Intensiva
	2. Solicitar ao médico assistente/plantonista auxílio para decisões no que concerne a diagnóstico da causa base
	3. Em caso de ausência do médico assistente, deverá preencher relatórios de transferência/atestado de óbito
	4. Solicitar ajuda ao coordenador da anestesia ou diretor técnico em caso de necessidade de ajuda de mais um médico na condução do caso

**PROTOCOLO CLÍNICO
ATENDIMENTO AO PACIENTE GRAVE (APÓS DESCARTAR PARADA CARDÍACA)**

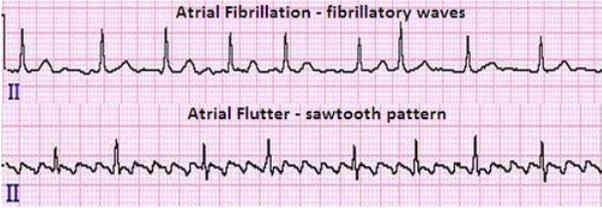
3. CUIDADOS GERAIS:

- I. Descartar PCR
- II. Colocar oxímetro
- III. Solicitar eletrodos para monitorizar
- IV. Puncionar pelo menos um acesso periférico calibroso (jelco 18: verde ou 20: rosa)
- V. Transferir para centro cirúrgico assim que possível para seguimento do atendimento



Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS PAVIONE Pediatra Intensivista	TATIANA SANTANA Gerente de Enfermagem	ENF. ULLY MARIANNE F LEMOS Enfermeira da Qualidade
Data: 19/07/2021	Data: 19/07/2021	Data: 20/07/2021

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.044	4 / 8
	ATENDIMENTO A PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMA - CSH	Especialidade	Revisão
	Clínica/Obstet./Cirurgia	1	

4. CUIDADO COM VIA AÉREA:	
I. Elevação da cabeceira do leito (45 graus) II. Travesseiro não muito alto (10 cm) permitindo leve extensão cervical III. Aspirar se necessário (paciente com secreção visível ou com “gargarejo”: som de secreção abundante)	
5. CUIDADO COM A RESPIRAÇÃO:	
I. Colocar oxímetro a. Oxigênio: i. Cateter 2 - 3 l/min se saturação entre 90 – 93% ii. Máscara venturi 50% (10 l/min) se saturação < 90% II. Contar FR (acima de 25 é muito grave!) III. Observar se está usando músculos para respirar (a abertura do nariz (uso de aletas), ou afundamento da fúrcula) indicam pacientes muito graves IV. Auscultar o pulmão: em caso de crepitação, o plantonista deve avaliar imediatamente	
6. CUIDADO COM A CIRCULAÇÃO:	
I. Colocar eletrodos para monitorizar o ritmo II. Observar o ritmo: Ritmos de alerta:	
III. Observar a FC: a. Se < 50 ou > 120 bpm, traçar ECG (eletrocardiograma) pois há risco de arritmia IV. Palpar o pulso periférico (Radial) e se pulsos periféricos não forem palpáveis (com as mãos frias/sudoreicas), chamaremos de choque V. Aferir a pressão: se abaixo dos valores abaixo chamaremos de choque a. PA sistólica < 90 mmhg b. PA média < 65 mmhg VI. Elevar membros inferiores se PAS < 90 mmhg ou pulsos periféricos finos (uso do triângulo de elevação) VII. Ver diurese: se < 30 ml a cada hora, chamaremos de oligúria (que geralmente indica um choque)	 
7. AVALIAR O NEUROLÓGICO:	
I. Escala de consciência (usar pelo menos uma): a) AVDN: pacientes que somente respondem a dor ou não respondem estão MUITO GRAVES b) GLASGOW: pacientes com Glasgow <= 12 estão graves e se <= 8 estão muito graves) II. Pupilas muito dilatadas (midriáticas) estão MUITO GRAVES	

Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS PAVIONE Pediatra Intensivista	TATIANA SANTANA Gerente de Enfermagem	ENF. ULLY MARIANNE F LEMOS Enfermeira da Qualidade
Data: 19/07/2021	Data: 19/07/2021	Data: 20/07/2021

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.044	5 / 8
	ATENDIMENTO A PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMA - CSH	Especialidade	Revisão
		Clínica/Obstet./Cirurgia	1

<p>III. Movimentação dos membros: pedir para apertar sua mão ou movimentar os pés. Se não consegue movimentar os membros (mãos e pés podem ter tido um AVE ou “derrame cerebral”)</p>
<p>8. AVALIAÇÃO EXTRA:</p>
<p>I. Aferir a temperatura (preferencial com termômetro timpânico):</p> <p>a) Manta térmica se temperatura < 35 °c</p> <p>b) Se for hipotermia após PCR, não colocar manta (manter mais hipotérmico)</p> <p>II. Procurar por algum local com sangramento:</p> <p>a) Avaliar sangramento vaginal (observar fralda/dorso do paciente)</p> <p>b) Abrir curativo cirúrgico procurando sangramento</p> <p>c) Um abdome muito distendido ou muito doloroso sugerindo sangramento interno</p>
<p>9. VER NO PRONTUÁRIO OU COM FAMILIARES ALGUNS DADOS MÍNIMOS SOBRE A HISTÓRIA:</p>
<p>I. História atual resumida: o que vem apresentando e desde quando (febre, sangramento, dor abdominal, etc)</p> <p>II. História passada resumida: saber quais as doenças de base a paciente já apresentam</p> <p>III. Medicamentos: verificar quais os medicamentos a paciente vêm recebendo na prescrição (ou em casa)</p> <p>IV. Alergias: verificar se tem alguma alergia</p> <p>V. Alimentação: perguntar qual o horário foi a última alimentação (será importante caso precise cirurgia de urgência. Todo paciente grave deve permanecer em JEJUM até liberação médica para se alimentar</p>
<p>10. QUAIS EXAMES PODEM SER ADIANTADOS PELA ENFERMEIRA NESTES PACIENTES GRAVES (DEVERÃO SER SOLICITADOS NO SISTEMA DE PRESCRIÇÃO PELO MÉDICO ASSISTENTE OU PLANTONISTA POSTERIORMENTE)?</p>
<p>I. Laboratoriais:</p> <p>a) Para todo paciente grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gasometria (preferencialmente arterial, mas pode ser venosa): já faz lactato, eletrólitos e glicemia <p>b) Para todo paciente grave com sangramento moderado/importante ou colapso súbito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma • Tipagem sanguínea (se ainda não tiver realizado no internamento) <p>Coletar 2 ml de sangue no tubo de tampa vermelha e encaminhar ao IHHS para contraprova (prova cruzada)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coagulograma • Fibrinogênio • Troponina <p>c) Para todo paciente grave onde seja prescrito antibiótico (sepsis/choque séptico):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemocultura <p>No caso de choque séptico lembrar ao médico de solicitar: proteína c reativa (PCR); hemocultura idealmente 2 amostras, em sítios distintos; sumário de urina; urocultura ou cultura de outros focos conforme avaliação clínica; bilirrubinas totais e frações (BTF); TGO e TGP; Dímeros-d; Troponina</p>

Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS PAVIONE Pediatra Intensivista	TATIANA SANTANA Gerente de Enfermagem	ENF. ULLY MARIANNE F LEMOS Enfermeira da Qualidade
Data: 19/07/2021	Data: 19/07/2021	Data: 20/07/2021

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.044	6 / 8
	ATENDIMENTO A PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMA - CSH	Especialidade	Revisão
		Clínica/Obstet./Cirurgia	1

<p>II. Imagem:</p> <p>a) <u>Radiografia de tórax</u>: solicitar ao técnico para fazer nos seguintes casos</p> <ul style="list-style-type: none"> • FR \geq 25 ipm persistente • Todo paciente com saturação $<$ 94% em ar ambiente de forma persistente que precise de oxigênio <p>b) <u>Eletrocardiograma (ECG)</u>: visando identificar IAM, pericardite ou sinais de TEP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dor torácica persistente • Falta de ar súbita (de uma hora para outra) • Colapso circulatório súbito (queda da pressão $<$ 90 mmhg de ou uma queda de mais de 40 mmhg de sistólica de forma inesperada) <p>c) <u>Ecocardiograma</u>: visando identificar a causa (IAM, derrame pericárdico, sinais de HP e disfunção ou aumento de câmaras direitas no TEP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colapso circulatório súbito na ausência de sangramento vaginal (queda da pressão $<$ 90 mmhg de ou uma queda de mais de 40 mmhg de sistólica de forma inesperada) <p>d) <u>USG vascular de membros inferiores</u>: visando detectar trombose venosa profunda que indique anticoagulação plena</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colapso circulatório súbito na ausência de sangramento vaginal (queda da pressão $<$ 90 mmhg de ou uma queda de mais de 40 mmhg de sistólica de forma inesperada) • Dor torácica persistente • Falta de ar súbita (de uma hora para outra) • Todo paciente com saturação $<$ 94% em ar ambiente de forma persistente que precise de oxigênio
11. MONITORIZAÇÃO EXTRA:
<p>a) Manter registro de sinais vitais no mínimo de 1/1 hora até paciente estabilizar: melhorar consciência, FC $<$ 115 bpm, PAS $>$ 90 mmhg e diurese $>$ 30 ml/hora</p> <p>b) <u>Sonda vesical de demora</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Enquanto diurese $<$ 50 ml/HORA II. Ou enquanto pressão sistólica $<$ 90 mmhg <p>c) <u>Sonda nasogástrica</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Após uma PCR II. Sempre que estiver intubado III. Distensão abdominal IV. Vômitos de repetição ou vômitos esverdeados ou escurecidos V. Sangramento intestinal (fezes com sangue ou vômito com sangue) VI. Choque grave (uso de noradrenalina) <p>d) <u>Capnometria</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Todo paciente intubado no CC por PCR II. Sempre que intubado por outros motivos e demora para transferir para UTI mais que 2 horas

Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS PAVIONE Pediatra Intensivista	TATIANA SANTANA Gerente de Enfermagem	ENF. ULLY MARIANNE F LEMOS Enfermeira da Qualidade
Data: 19/07/2021	Data: 19/07/2021	Data: 20/07/2021

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.044	7 / 8
	ATENDIMENTO A PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMA - CSH	Especialidade	Revisão
		Clínica/Obstet./Cirurgia	1

<p>e) <u>Acesso central (duplo lúmen 7F):</u></p> <ol style="list-style-type: none"> I. Sempre que necessário uso de drogas vasoativas (máximo 2-3 horas em acesso periférico) II. Acesso periférico ruim ou infiltrando III. Paciente grave persistente assim que possível <p>f) <u>Pressão arterial invasiva: (jelco número 20 ou 22 em radial)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> I. Para pacientes em uso de noradrenalina ou outra amina vasoativa, sem previsão de UTI nas próximas 2 horas II. Paciente que já esteja com acesso arterial, que tenha vindo de outro hospital em uso do sistema, deverá ser mantido durante o internamento <p>g) <u>PVC:</u> se conseguiu acesso central, pode-se aferir a PVC por meio do mesmo transdutor da pressão invasiva, caso esta tenha sido instalada (basta usar uma torneirinha para ora medir pressão, ora medir PVC).</p> <p>h) <u>Intubação:</u> Estará indicada intubação para pacientes com:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Insuficiência respiratória: o Saturação < 90 % com Venturi 50%; II. Esforço respiratório intenso; III. Rebaixamento do nível de consciência (não responde ao chamado verbal ou não consegue tossir); IV. Colapso circulatório: Choque séptico refratário mantendo PAM < 65 após já ter feito Ringer (pelo menos 2 litros) e após iniciado noradrenalina com resposta inadequada (mesmo que esteja com nível de consciência razoável, está indicado intubação eletiva); V. A qualquer momento em pacientes em PCR.
12. Prescrição mínima (médico):
<p>a) Dependerá da causa base do quadro de gravidade:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Lembrar do protetor gástrico: Omeprazol/Pantoprazol ii. Lembrar da Enoxaparina profilática (ou bota pneumática) quando não houver contra-indicação iii. Protocolos principais que podem ser úteis: <ol style="list-style-type: none"> 1. Atendimento ao paciente com suspeita de sepse e choque séptico (PROT.SCIH.005) – ringer lactato (2 litros) e antibióticos na primeira hora, assim como inotrópicos (noradrenalina) de forma precoce se choque refratário 2. Cardioversão com uso do ecafix (POP.DT.013 e POP.DT.018) 3. Hemorragia obstétrica e uso do haemocomplettan (PROT.DT.007) 4. Manejo da pré-eclâmpsia/eclâmpsia (em construção) 5. Atendimento aos casos suspeitos de coronavírus (POP.SCIH.033) 6. Atendimento à PCR (PROT.DT.040) 7. Transfusão sanguínea em adultos (PROT.DT.045)

Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS PAVIONE Pediatra Intensivista	TATIANA SANTANA Gerente de Enfermagem	ENF. ULLY MARIANNE F LEMOS Enfermeira da Qualidade
Data: 19/07/2021	Data: 19/07/2021	Data: 20/07/2021

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.044	8 / 8
	ATENDIMENTO A PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMA - CSH	Especialidade	Revisão
		Clínica/Obstet./Cirurgia	1

13. Conversar com familiares e avisar gerente enfermagem

Assim que possível, se dirigir ao acompanhante ou familiar passando um breve resumo do caso e permitir acesso ao paciente, mesmo que grave.

Utilizar o modo de comunicação de más-notíciais:

- a) Preparar-se para a conversa: saber sobre a história e que já foi feito
- b) Escutar o familiar primeiro: o que já sabe sobre o caso?
- c) Convite a ouvir a má notícia: a notícia não é boa, posso te passar agora?
- d) Anúncio: sem uso de jargões ou termos técnicos, tentar fazer um breve resumo do caso do que vem sendo feito
- e) Dor: ter empatia com os sentimentos que o familiar irá apresentar (pode ser choro, revolta ou até mesmo agressividade...)
- f) Organizar: dizer o que deverá ser feito de agora em diante (quais os próximos passos)

14. Avisar gerentes/coordenadores:

- a. Pacientes internados com médico assistente: avisar ao gerente de enfermagem ou na impossibilidade ao diretor técnico para ciência;
- b. Pacientes internados com plantonistas da casa: avisar ao gerente de enfermagem e coordenador médico da área.

REFERÊNCIAS:

1. *Atendimento à PCR – AHA 2020*
2. *Advanced Cardiovascular Life Suporte – AHA*
3. *Classificação de risco em Obstetrícia – MS*
4. *Manual de Emergências Cardiovasculares – Cardipapers*

Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS PAVIONE Pediatra Intensivista	TATIANA SANTANA Gerente de Enfermagem	ENF. ULLY MARIANNE F LEMOS Enfermeira da Qualidade
Data: 19/07/2021	Data: 19/07/2021	Data: 20/07/2021