



PROTOCOLOS DA CENTRAL METROPOLITANA DE LEITOS

UTI CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA

A internação em leitos de UTI destina-se ao atendimento de pacientes graves ou de risco potencialmente recuperáveis. Devido ao alto custo, insuficiência de oferta e a alta demanda, sua solicitação deverá ser criteriosa no momento da indicação, com grupos etários específicos:

- Neonatal: pacientes de 0 a 28 dias
- Pediátrico: pacientes de 29 dias a 12 anos
- Adulto: pacientes maiores de 13 anos

CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO PARA INTERNAMENTO EM UTI:

PRIORIDADE 1 - Pacientes criticamente enfermos, em coma ou não, e instáveis que necessitam de cuidados de Terapia Intensiva e monitoração que não pode ser provida fora do ambiente de UTI. Usualmente, esses tratamentos incluem suporte ventilatório, drogas vasoativas contínuas, etc. Nesses pacientes, não há limites em se iniciar ou introduzir terapêutica necessária. Exemplos destes doentes incluem choque ou pacientes com instabilidade hemodinâmica, pacientes em insuficiência respiratória aguda necessitando de suporte ventilatório, inclusive neonatal; prematuro abaixo de 1500g na primeira semana de vida.

PRIORIDADE 2 - Pacientes que necessitam de monitoração intensiva e podem potencialmente necessitar intervenção imediata. Não existe limite terapêutico geralmente estipulado para estes pacientes. Exemplos incluem pacientes com condições co-mórbidas crônicas (como as terapias renais substitutivas) que desenvolvem doenças agudas graves clínicas ou cirúrgicas; prematuros acima de 30 semanas, nas primeiras horas de vida, em uso de suporte respiratório, tipo CPAP nasal, que fizeram uso do surfactante pulmonar e estão compensados clínica e laboratorialmente; desconforto respiratório decorrente de pneumotórax não hipertensivo.

PRIORIDADE 3 - Pacientes criticamente enfermos mas que têm uma probabilidade reduzida de sobrevida pela doença de base ou natureza de sua doença aguda. Esses pacientes podem necessitar de tratamento intensivo para aliviar uma doença aguda, mas limites ou esforços terapêuticos podem ser estabelecidos como não intubação ou reanimação cardio-pulmonar. Exemplos incluem pacientes com neoplasias metastáticas complicadas por infecção, tamponamento ou obstrução de via aérea; prematuros extremos – abaixo de 25 semanas e/ou peso abaixo de 500g; mal formações incompatíveis com a vida; hemorragia intra /peri /ventricular de grande extensão.



A UTI só dispõe de uma vaga...

Qual paciente deve ter prioridade para ser admitido na UTIP?

- Considerar a Classificação de risco:
- O paciente considerado de prioridade I deve ter prioridade em relação ao de prioridade II e este sobre o de prioridade III.

Task Force da SCCM

QUAIS SÃO OS INDICADORES?

- PATOLOGIAS
- SINAIS VITAIS
- EXAME FÍSICO
- EXAMES COMPLEMENTARES

As condições listadas são eixos norteadores recomendados para admissão em UTI, porém não são condições exclusivas para a internação. Os pacientes que apresentam instabilidade hemodinâmica e que requeiram cuidados intensivos devem ser avaliados observando-se o estado geral, a condição atual, a patologia de base, a evolução clínica e as patologias associadas.

O paciente deve ter possibilidade de recuperação.

ALGUMAS INDICAÇÕES DE ADMISSÃO EM UTI

CARDIOVASCULAR

Infarto agudo do miocárdio

Choque cardiogênico;

Arritmias complexas requerendo monitorização contínua e intervenção;

Insuficiência cardíaca congestiva aguda com insuficiência respiratória e/ou requerendo suporte hemodinâmico;

Emergências hipertensivas;

Parada cardio-respiratória (pós-reanimação);

Tamponamento cardíaco com instabilidade hemodinâmica;

Aneurisma dessecante da aorta;

Bloqueio cardíaco completo ou situações de bloqueio associados a distúrbios hemodinâmicos aos quais são necessários tratamento intensivo e/ou marca passo temporário

Edema agudo de pulmão

Angina instável (com arritmias, instabilidade hemodinâmica e dor torácica persistente)



Pós parada cardio-respiratória

PNEUMOLOGIA

Insuficiência respiratória aguda necessitando de suporte ventilatório;
Embolia pulmonar com instabilidade hemodinâmica;
Pacientes em unidade intermediária com deterioração respiratória;
Insuficiência respiratória (intubação imediata)

NEUROLOGIA

Doença vascular cerebral aguda com alteração do nível de consciência;
Coma metabólico, tóxico ou anóxico;
Hemorragia intracraniana com risco de herniação;
Hemorragia sub-aracnóide aguda;
Meningite com alteração do estado mental ou comprometimento respiratório;
Hipertensão intracraniana;
Pós-operatório do SNC;
Status epilepticus;
Trauma crânio encefálico grave;
Vasoespasmo

FARMACOLOGIA INGESTÃO/OVERDOSE

Instabilidade hemodinâmica;
Coma com instabilidade respiratória ou não;
Convulsão de difícil controle; convulsão subsequente a ingestão de drogas;
Alteração do nível de consciência

GASTROENTEROLOGIA

Hemorragia digestiva persistente com sinais de choque;
Insuficiência hepática fulminante;
Pancreatite grave;
Gastrenterite com choque;
Perfuração esofágica com ou sem mediastinite;
Úlceras gastroduodenais complicadas/perfuradas.



ENDOCRINOLOGIA/METABOLISMO

Cetoacidose diabética complicada com instabilidade hemodinâmica, acidose grave
Distúrbios hidroeletrólíticos e acidobásico graves;
Crise tireotóxica ou coma mixedematoso com instabilidade hemodinâmica;
Estado hiperosmolar com coma e/ou instabilidade hemodinâmica;
Outros problemas endócrinos como crise adrenal com instabilidade hemodinâmica;
Hipercalcemia grave com alteração do estado mental necessitando de monitoração hemodinâmica;
Hipo ou hipernatremia com convulsão, alteração do estado mental;
Hipofosfatemia com fraqueza muscular

CIRURGIA

Pacientes de pós-operatório necessitando monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório.

RENAL

Insuficiência Renal Aguda

DIVERSOS

Choque séptico com instabilidade hemodinâmica;
Lesões por choque elétrico, afogamento, hipotermia;
Hipertermia maligna;
Distúrbios hemorrágicos complicados;
Politraumatizados;
Injúrias ambientais;
Terapêutica com risco potencial de complicação

UTI NEONATAL OU PEDIÁTRICA

Nenhum critério pode ser considerado isoladamente, pois o quadro de gravidade é aferido pelo quadro geral do paciente, associando-se à sua condição atual, à sua patologia de base, evolução clínica e patologias associadas.

CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO EM UTI NEONATOLOGIA

Acidose respiratória
Hipóxia



Gasping

Distúrbio metabólico ou hidroeletrolítico

Respiração acidótica (Kussmaul)

Respiração neurológica (Cheyne-Stocks)

Marcadas retrações intercostais

Apnéia neonatal de repetição que não respondeu a utilização de CPAP nasal e Xantinas;

Frequência Respiratória:

Em Lactentes: >60 ou < 20 irpm

Em crianças >1 ano: > 50 irpm ou < 15 irpm

Anomalia congênita importante que ameace as funções vitais

Anóxia grave (apgar 5 min <5)

Cardiopatias congênitas descompensadas

Desequilíbrio ácido-básico e metabólico

Icterícia que necessite exsanguineotransusão

Infecção grave com desequilíbrio ácido-básico, metabólico e respiratório

Necessidade de alimentação parenteral

Peso ao nascer <1500 g e/ou idade gestacional <32 semanas

Pré e pós-operatório neonatal

Dificuldade respiratória que necessite de CPAP ou respirador

Doença hemolítica submetido à terapia intra-útero

Instável: insuficiência cardíaca, insuficiência renal, supra-renal, choque, coma e convulsão

TAC crânio alterada com hemorragia, contusão, hidrocefalia com descompensação, outras patologias que levem a instabilidade do paciente

Glasgow <9 ou queda >2

ECG arritmias com instabilidade

Cianose central e periférica importante

Pressão arterial sustentada por drogas vasoativas

Pressão arterial sustentada por infusão repetida de grandes volumes de líquidos

Pressão arterial: $<$ percentil 10 $>$ percentil 90

Frequência cardíaca: Neonatos e lactentes: > 200 bpm ou < 60 bpm

Arritmia cardíaca documentada com ECG, e que esteja comprometendo o débito cardíaco

Perfusão periférica lentificada: > 3 segundos

Edema de extremidades (acentuado), que é pouco comum em pediatria; Sudorese fria

Desconforto respiratório com indicação de CPAP ou Ventilação Mecânica

Boletim de Silverman-Andersen > 5



Apnéia neonatal que não respondeu com xantinas (aminofilina e/ou cafeína)

Anóxia grave (Apgar ≤ 3 no 5º min. de vida) – encefalopatia hipóxico-isquêmica graus 2 e 3 de Sarnat e/ou escore > 6 de Portman

Sinais de insuficiência circulatória – necessidade de aminas vasoativas, arritmia cardíaca, hipotensão arterial, hipertensão arterial, perfusão periférica lentificada

Hidropsia Fetal

Sepse

Nutrição Parenteral

Pós-operatório

Risco ou ocorrência de apnéia

Exsanguineotransfusão

Distúrbios cardiovasculares: insuficiência cardíaca, arritmias, choque, etc.

Enterocolite necrosante

Instabilidade de parâmetros vitais por causas diversas: insuficiência renal e supra-renal, hemorragia cerebral, coma, convulsão, anomalias congênitas, etc.

CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO EM UTI PEDIÁTRICA

Choque

Coma

Desnutrição grave com descompensação metabólica

Diálise peritoneal

Insuficiência cardíaca

Insuficiência de múltiplos órgãos

Insuficiência renal aguda

Intoxicação exógena

Necessidade de nutrição parenteral

Ventilação mecânica

Patologias neurológicas que comprometem a respiração

Politraumatizado

Pós-operatório

Septicemia

Traumatismo craniano

FC < 90 ou > 150 bpm {Crianças > 1 ano de idade: > 160 bpm ou < 60 bpm}

PAS > 150 / PAM > 100 mmHg

FR > 70 ipm



Na <120 ou >160 mEq/l

K <2,5 ou >5,5 mEq/l

PO₂ <65 torr ou SO₂ <90%

PCO₂ >65 torr

pH <7,2 ou >7,5

NaHCO₃ <15

Glicemia >300 mg%

Ca >8,3 mg%

TAC crânio alterada com hemorragia, contusão, hidrocefalia com descompensação, outras patologias que levem a instabilidade do paciente

Glasgow <8 ou queda >2

ECG – arritmias com instabilidade

Crianças > 1 ano de idade: >160 bpm ou < 60 bpm;

OUTRAS PATOLOGIAS

CIRURGICO

ABDOME AGUDO

Habitualmente os cirurgiões classificam o abdome agudo segundo a natureza do processo determinante, em:

- . Inflamatório: apendicite, colecistite aguda, pancreatite aguda, diverticulite, doença inflamatória pélvica, abscessos intra-abdominais, peritonites primárias e secundárias, dentre outros.
- . Perfurativo: úlcera péptica, neoplasia gastrointestinal perfurada, amebíase, febre tifóide, divertículos do cólon, dentre outros.
- . Obstrutivo: aderências intestinais, hérnia estrangulada, fecaloma, obstrução pilórica, volvo, intussuscepção, cálculo biliar, corpo estranho, bolo de áscaris, dentre outros.
- . Vascular: isquemia intestinal, trombose mesentérica, torção do omento, torção de pedículo de cisto ovariano, infarto esplênico, dentre outros.
- . Hemorrágico: gravidez ectópica rota, ruptura do baço, ruptura de aneurisma de aorta abdominal, cisto ovariano hemorrágico, necrose tumoral, endometriose, dentre outros.



Avaliação inicial consta de: hematólogo completo, exame qualitativo de urina (urina rotina), amilase e teste de gravidez (mulheres em idade fértil).

Posteriormente: RX abd em decúbito dorsal e ortostático → usg abd → tac abd

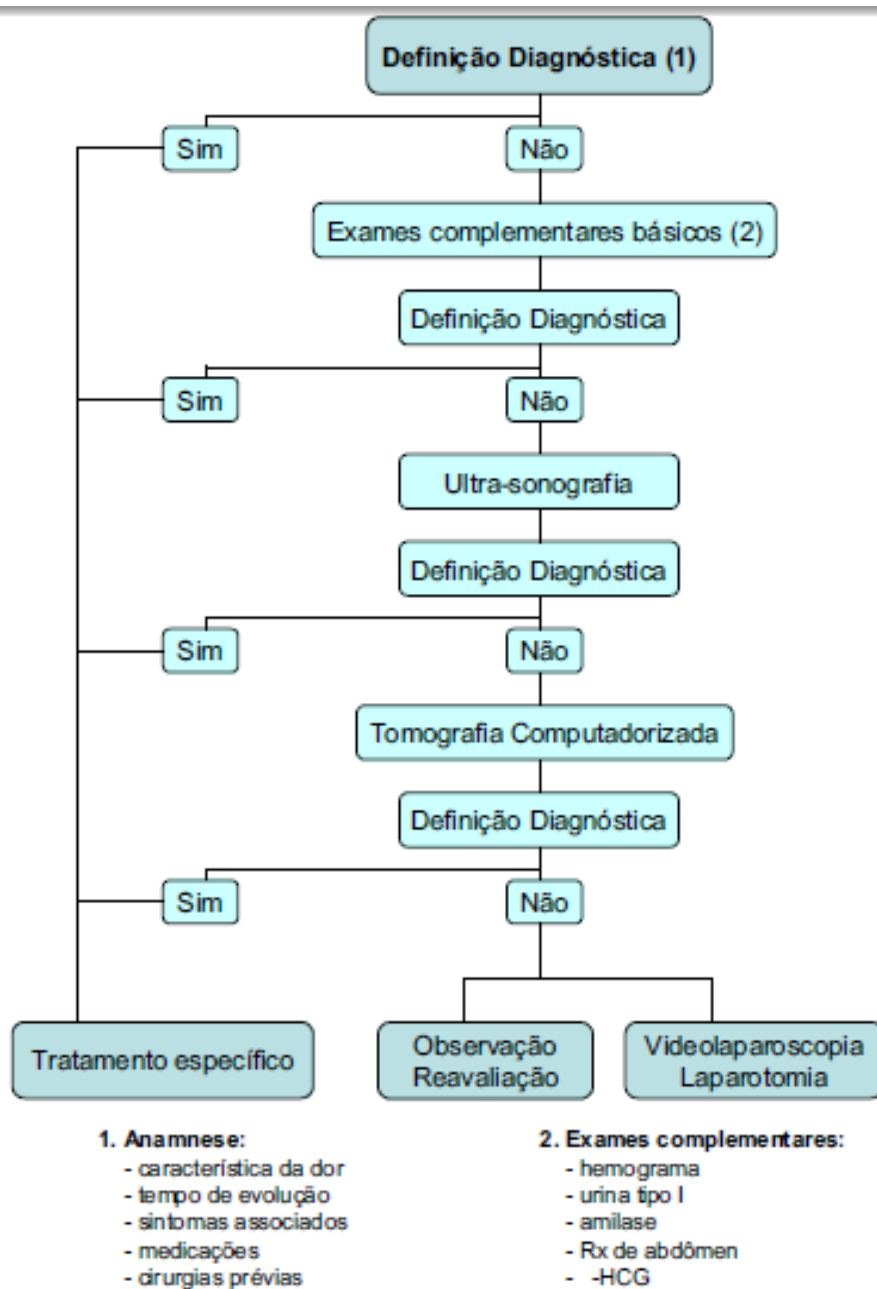


Figura 1: Algoritmo para o diagnóstico da dor abdominal aguda não traumática.
Consenso do XXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia. Algoritmo no Diagnóstico do Abdomen Agudo. *

**DOENÇA PÉPTICA:**

As principais complicações da doença péptica são hemorragia gastrointestinal, obstrução pilórica e perfuração.

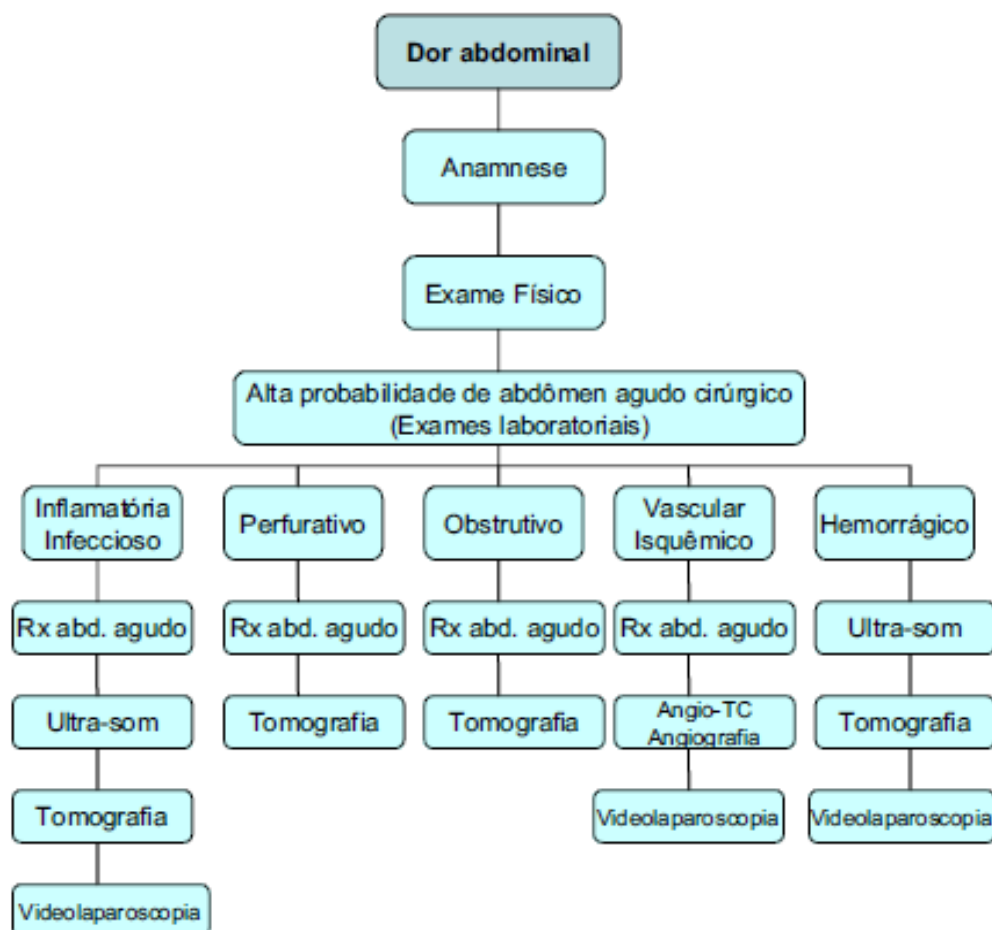


Figura 2: Algoritmo para a decisão do tratamento cirúrgico da dor abdominal aguda não traumática. Consenso do XXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia. Algoritmo do Diagnóstico do Abdome Agudo⁹.

COLECISTITE AGUDA

Dor em andar superior do abdome podendo estar associado a febre, leucocitose e/ou proteína C reativa >10mg/l. Em 90% dos casos a causa da colecistite aguda é a litíase.

O exame diagnóstico de eleição é o ultra-som abdominal, e em casos de dúvida a tomografia ou a cintilografia podem ajudar.

O tratamento definitivo da colecistite aguda é a colecistectomia. A antibioticoterapia deve ser direcionada para germes gram negativos e germes anaeróbios nos idosos e na colecistite alitiásica.

APENDICITE AGUDA



O paciente apresenta dor abdominal periumbilical (pela obstrução da luz apeandicular e distensão da sua parede), irradiada para fossa ilíaca direita (pela inflamação e infecção do apêndice) geralmente associada a náuseas e vômitos, inapetência e febre baixa. Este processo pode evoluir em poucas horas ou até um dia. Ao exame físico podemos encontrar sinais como Blumberg (dor a descompressão brusca no ponto de McBurney), Rovsing (dor referida na fossa ilíaca direita após descompressão do hemiabdomen esquerdo, levando a distensão do ceco). Formas atípicas podem ocorrer, sendo associadas a alterações anatômicas do apêndice (retroceais, pélvicos, retrovesicais) e em pacientes imunossuprimidos como gestantes e idosos. Nestes casos as evoluções podem ser desastrosas com peritonites fecais, abscessos intracavitários e sepse.

A ultrassonografia abdominal possui sensibilidade de 75 a 90% e especificidade de 86 a 100%. A tomografia abdominal tem sensibilidade de 90 a 100% e especificidade de 91 a 99%. Nos casos típicos os exames de imagem não acrescentam muito, porém nos casos duvidosos podem auxiliar no diagnóstico.

NEUROLOGIA

AVC

AVCH – Has, ruptura de aneurismas, malformações arteriovenosas, vasculites, vasculopatias, discrasias sanguíneas

AVCI – tromboembolismo arterial por embolias cardiogênicas ou de grandes vasos, oclusão de pequenos vasos intracranianos, distúrbios hemodinâmicos (hipotensão arterial grave) e coagulopatias. Nos jovens: vasculites, dissecação vascular, distúrbios da coagulação, enxaquecas, cardiopatias congênitas

Exames complementares iniciais: hemograma, coagulograma, uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, VHS, TAC, rx tórax, ECG

HAS: não tratar nos primeiros 10 dias do avci exceto em casos de has extrema (>200x120) ou lesão aguda de órgão-alvo (insuficiência coronariana aguda, dissecação aguda da aorta, insuficiência renal aguda, edema agudo de pulmão), medicações usadas previamente = manter.

AVCH – reduzir cautelosamente a PA para abaixo 180x110, preferência para droga ev de curta duração

Anti-hipertensivo ev = nitroprussiato de sódio, esmolol, metoprolol, enalaprilato

Anti-hipertensivo vo = inibidores eca (captopril, enalapril, perindopril)

Após estabilização = identificar etiologia = TAC

Na suspeita de AVC: sinais, sintomas, tempo de evolução

TAC: AVCH: se subaracnóidea – identificar etiologia

Se parenquimatosa – identificar etiologia / profilaxia

AVCI: apropriado para trombólise



Se não apropriado para trombólise = identificar etiologia / profilaxia

CARDIOLOGIA

DOR TORACICA

Causas de síndrome coronariana aguda:

1. IAM com supra de segmento ST
2. IAM sem supra de segmento ST
3. Angina instável

Diagnóstico:

1. Tipo da dor e característica
2. Avaliação do ECG
3. Avaliação de enzimas cardíacas

Critérios enzimáticos para diagnóstico de IAM

1. CKMB >6% do valor da CPK. Entre 6 – 30% sugere necrose miocárdica
2. Curva enzimática característica: elevação CKMB > 100% acima do limite superior de referência (quando na presença de medida única) ou elevação CKMB >50% entre 2 medidas com intervalo de 4h, sendo 1 das medidas acima do limite superior de referência
3. Elevação de troponina T ou I ou LDH 1> LDH2, principalmente após 72h
4. CKMB massa >100% provável IAM, 5-10% angina instável
5. Índice relativo CKMB massa / CPK 2,5%

CRISE HIPERTENSIVA

PAS >180 ou PAD>110

Sem lesão vascular aguda: reduzir níveis pressóricos em 24-48h: fundoscopia com papiledema = nitroprussiato e internar, sem papiledema = sintomático

Com lesão vascular aguda: reduzir níveis pressóricos 20-25% em até 2h. Manter PA próximo de 160x100.

CHOQUE

Diagnóstico diferencial:

1. Hipovolêmico: hemorragia, desidratação, seqüestro do líquido extravascular (3º espaço)
2. Cardiogênico: intrínseco (isquemia, disfunção de VE, doença valvar), extrínseco (tamponamento, edema pulmonar, pneumotórax)
3. Distributivo: choque séptico, choque neurogênico



4. Hipoadrenal
5. Anafilaxia

Tratamento:

1. A, B, C
2. Intubação com ventilação mecânica alivia significativamente a carga de trabalho do coração e ajuda a estabilizar
3. Restabelecer a perfusão tecidual adequada
4. Tratamento das causas subjacentes
5. Admitir e m UTI
6. Sequelas: SARA, isquemia cardíaca, fígado de choque, CID, danos neurológicos e insuficiência renal aguda devido à necrose tubular aguda.

GESTÃO DE ALTO RISCO

1. Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis:

- idade maior que 35 anos
- idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos
- altura menor que 1,45 m
- peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75 kg (IMC <19 e >30)
- anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos
- situação conjugal insegura
- conflitos familiares
- baixa escolaridade
- condições ambientais desfavoráveis
- dependência de drogas lícitas ou ilícitas
- hábitos de vida – fumo e álcool
- exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, nocivos, estresse.

2. História reprodutiva anterior:

- abortamento habitual
- morte perinatal explicada e inexplicada
- história de recém-nascido com crescimento restrito ou malfomado
- parto pré-termo anterior
- esterilidade / infertilidade
- intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos
- nuliparidade e grande multiparidade
- síndrome hemorrágica ou hipertensiva



- diabetes gestacional
- cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores)

3. Condições clínicas pré-existentes:

- hipertensão arterial
- cardiopatias
- pneumopatias
- nefropatias
- endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias)
- empatias
- epilepsia
- doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local)
- doenças autoimunes
- ginecopatias
- neoplasias

Os outros grupos de fatores de risco referem-se a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação, transformando-a em uma gestação de alto risco:

1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos
2. Doença obstétrica na gravidez atual
 - a. Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico
 - b. Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada
 - c. Ganho ponderal inadequado
 - d. Pré-eclampsia e eclampsia
 - e. Diabetes gestacional
 - f. Amniorrexe prematura
 - g. Hemorragias da gestação
 - h. Insuficiência istmo-cervical
 - i. Aloimunização
 - j. Óbito fetal
3. Intercorrências clínicas
 - a. Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose, etc.)
 - b. Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias)



Protocolo de Regulação de Leitos Psiquiátricos

A regulação de leitos psiquiátricos busca adequar a oferta de serviços hospitalares de saúde mental (atenção intensiva/integral) vinculadas ao SUS à demanda de situações de urgência / emergência, através de contato telefônico de médico para médico, promovendo interlocução com clínicos gerais e emergencistas da rede. Mais recentemente assumindo papel matriciador nas UPAS e participar da clínica ampliada com os CAPSIII. Passando por suporte técnico como retaguarda aos profissionais dos UPAS vislumbrando potencializar a interatividade resolutiva entre a central, o pronto atendimento e os demais serviços do município cuja rede de serviços vem gradativamente sendo ampliada. Compreendendo: trabalho em equipe; com noção de referencia; emponderamento das pessoas. Considerando os sujeitos nos seus contextos, na sua família e na sua comunidade.

Na psiquiatria as situações de urgência e emergência são definidas tal como na clínica, porem tem sido utilizadas muito mais de forma dimensional e se diferenciam sucessivamente: a primeira envolve risco menor necessitando de intervenção em curto prazo e a segunda envolve risco de vida ou risco social grave, necessitando de intervenção imediata e impostergável.

Os critérios para internação psiquiátrica não mais ocorrem pelo fato do usuário ser psicótico, salvo se o quadro alucinatório e de ansiedade faz entrever situações de risco real agudo para o portador d e sofrimento psíquico.

São eles: risco para própria integridade ou para a de para terceiros

Risco de agressão: desde lesões corporais até homicidas, quando não existir a segurança de um suporte sócio-familiar capaz de conter o risco; nos casos de psicose puerperal podem haver impulsos contra a criança ou contra a própria paciente, particularmente no ápice da crise. delírios persecutórios contra familiares e vizinhos por vezes levam a agressão graves. Psicóticos, apavorados pelas alucinações podem se tornar agressivos. Transtornos sóciopáticos de conduta quase nunca escutam vozes e a agressividade é permeada por um desejo de outros ou por alguma vantagem monetária ou de outra natureza. São fleumáticos e muitas vezes envolvidos em atividades criminais.

risco de suicídio: quando não existir segurança quanto as condições de suporte sócio-familiar capaz de contenção e adoção de medidas impeditivas de conduta suicida .habitualmente o usuário expressa que deseja o intento ou que tem impulsos nessa direção e que não acredita que possa controlá-los.na presença de vozes de comando o enfermo esta mais dividido e pode por forças internas , ceder a impulsos de auto-agressão acrescentando gravidade a avaliação da crise. Outras características de risco são identificadas, tais como tentativas previas, repetidas em curto espaço de tempo; comportamento impulsivo com conseqüências recentes que podem estar associadas ao uso de SPA; suporte familiar e



social precário podem implicar em que o controle da psicose e da impulsividade seja mais difícil. a existência de uma família que dá bom suporte, permite entrever uma facilidade maior no controle da crise e pode oferecer a alternativa de uma atenção intensiva ou até de CAPS. Modelos sócio-educacionais rígidos associados a imaturidade e problemas familiares podem levar um jovem a matar-se. muitos não precisarão de internação, podendo melhorar muito com intervenção psicoterápica.

Quadros psiquiátricos que impliquem risco de exposição moral: quando não existir a segurança de um suporte sócio-familiar capaz de conter o risco;

Quadros psicóticos graves: quando o prognóstico de esbatimento seja maior que as setenta e duas e duas horas de observação e tratamento na UPA.

Desintoxicação para dependentes de SPA: quando apresentam riscos assinalados acima e sem suporte sócio-familiar de contenção

Dependência química quando verificada importante disfunção nos afazeres da vida e incapacidade de cuidados próprios

Síndrome de abstinência de dependentes de SPA: quando apresentarem riscos assinalados acima e sem suporte para contenção.

Outros quadros de transtorno mental: quando envolverem risco grave e/ou irreversíveis de dano a si ou a outros

Outras situações, como concomitância de doenças orgânicas, pacientes geriátricos, pacientes refratários a tratamento ambulatorial, pacientes infantis devem ser avaliados caso a caso no que diz respeito aos riscos existentes e ao suporte extra-hospitalar disponível para a indicação.

Protocolo de Regulação de leito psiquiátrico

-----acolhimento-----

a regulação controla a ocupação de leitos disponíveis na área da saúde mental entre internação (atenção integral) e leito-dia (atenção intermediária) a partir da análise dos casos solicitados através de contato telefônico de médico para médico, cujo gerenciamento se efetua em sistema on-line. Otimizando o serviço, que apresenta peculiaridades entre oferta e demanda, direcionando os pedidos por ordem de necessidade e complexidade psicossocial.

cabe ao médico regulador acolher todas as solicitações, avaliar os pedidos, definir o melhor recurso e a medida mais adequada conforme potencial de urgência; auxiliar o médico da UMS a potencializar a qualidade de assistência prestada enquanto o paciente aguarda a vaga; sem descuidar de orientar os casos cuja indicação não correspondam a internação hospitalar. Utilizar outros recursos disponíveis,



quando for o caso, na rede de serviços considerando a grade de regionalização e hierarquização do sistema, no impedimento ou ausência destes, procurar recursos nas demais regiões (através da interlocução com central psiquiátrica do estado).

Enquanto executa suas funções o regulador promove interação com a assistência médica dos diversos equipamentos disponíveis na rede de atenção psicossocial tanto à distância quanto in loco , através do matriciamento nas emergências (UPAS) e CAPS .

-----indicação para hospital dia-----

- # pacientes já tratados em regime integral e que necessitem manter um suporte mais complexo
- #presença de baixo risco de auto ou hetero-agressão
- # impossibilidade ou incapacidade de auto-cuidado
- # ausência de doenças clínicas agudas

-----indicação para internação hospitalar-----

A definição de risco deve envolver risco de vida ou risco social grave, necessitando de intervenções imediatas e impostergáveis (situação de emergência) .

. Nas situações de urgência, que envolvem riscos menores(comportamento bizarro, agitação aguda, intoxicação alcoólica, atitudes suicidas, por exemplo) que necessitam de intervenções a curto prazo , a reavaliação e interlocução com as equipes de outros equipamento nesta área podem garantir alternativas de tratamento que não a internação.

#situações de risco

1-) agitação psicomotora com liberação de heteroagressividade, crises de mania psicótica com intensa agitação e delírios

2-)risco potencial de suicídio: ideação suicida e alucinação de comando; intoxicação exógenas; etc.)

O paciente deve expressar o desejo de morte ou que tem impulsos nessa direção em conversa direta com o medico que o atende. É pertinente a investigação de história previa de suicídio, qual o número de vezes, quais os tipos de tentativa,se o comportamento é impulsivo e quais consequencias e se estão associadas ao uso de SPA.

Avaliar suporte familiar e social para entrever a possibilidade de uma atenção em leito–dia, bem como casos de conduta repetida de risco encontradas nos transtornos de personalidade border line .



Casos ocorridos com adolescentes prevêm estratégias mais complexas, pelo fato de não existirem leitos para esta faixa etária. Nestes casos, após orientação para contato com CAPS III e avaliação destes casos e se houver condições e receptividade do jovem em aderir aquela atenção evita-se um deslocamento para fora da capital. caso contrário, o adolescente costuma ter suporte do CAPS III Centro Vida durante o dia e a noite sob o cuidado de uma UPA.

3-)alterações graves de conduta

4-)delirium (tremens ou outros)

Quadro em se observa um estado confusional severo caracterizado por agitação , delírio, hiperatividade autonômica grave , hiperpirexia, tremores e convulsões. identifica-se alteração na atenção, cognição(desorientação, perturbação da linguagem) , alteração de memória (déficits ou amnésias) e percepção que se desenvolvem em horas ou dias com tendência a flutuação no nível de consciência no decorrer do dia.

Cinco situações de risco neuropsiquiátricas

Delirium ou estado confusional agudo de diversas etiologias

Alcoolismo crônico em síndrome de abstinência complicada

Alucinoses etílicas

Uso / abuso de drogas: crack , cocaína , alucinógenos etc.

Pós ictais: pós crises convulsivas ou epilepsia com crises parciais complexas (psicomotoras , lobo temporal)

Pós AVC, tia (ataques isquêmicos sem com ou sem quadro de sequelas motoras)

Psicose alcoólica de Wernick Korsakov (caracterizada por amnésias e oftalmoplegias)

Demências em geral

Demência primaria (Alzheimer)

Demência vascular (com hipertensão arterial sistêmica)

Demência mista

Outras

Etc

O risco de delirium ocorre na presença de uma condição médica subjacente e/ou uso de drogas ; idade avançada; múltiplas complicações clínicas , polimedicação, privação de sono e doença em estágio terminal.

5)-intoxicação aguda (álcool ou outras drogas)/abstinência



Quadro transitório seguido à administração de qualquer substância psicoativa, resultando em perturbação no nível de consciência, na cognição, na percepção, no afeto ou comportamento ou em outras funções ou respostas psicofisiológicas.

Se intoxicação por álcool, evidência-se recente ingestão alcoólica, como alteração mal-adaptativa de comportamento, sinais de comprometimento neurológico, lentificação psicomotora, prejuízo na coordenação e julgamento, labilidade do humor e déficit cognitivo.

Se abstinência por álcool, observa-se histórico de diminuição ou suspensão rápida da ingestão, e início rápido de: tremores grosseiros de extremidades superiores, ansiedade, irritabilidade, disforia, náuseas e vômitos, alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas, transitórias, podendo ocorrer episódios convulsivos tonicoclônicos generalizados.

6-) psicose

7-) ansiedade (paroxística, sapt)

8-) refratariedade / falta de adesão ao tratamento

Usuário de drogas – sim/não

SIM

- agressividade - contenção
- crise de abstinência – tratamento na UPA
- intoxicação aguda – Aval. Clínica

NÃO

- risco de suicídio – quantificar
- agressividade- contenção
- refratariedade ao tratamento ambulatorial

Possibilidades de encaminhamento:

- CAPS II
- CAPS III
- Leito integral
- Ambulatório



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Ao regular o paciente, analisando história clínica, exame físico, exames laboratoriais, possíveis diagnósticos, analisamos também a classificação para a busca de leitos para cada paciente. Ao determinar prioridade alta classificamos como vermelho, laranja ou amarelo. Se classificarmos como prioridade média, determinamos cores verde ou azul. A prioridade baixa não entra para busca para leitos já que são pacientes apropriados para acompanhamento a nível ambulatorial.

Para a cor vermelha incluimos os pacientes com maior prioridade de busca de leito que são pacientes para leitos de UTI em ventilação mecânica ou com risco de necessitarem de tal, como por exemplo, insuficiência respiratória franca, índices baixos de saturação de oxigênio, intoxicações exógenas com rebaixamento do nível de consciência progressiva, parada cardiorrespiratória, estado de mal convulsivo, grandes queimados, gestantes em trabalho de parto prematuro, pré-eclampsia ou eclampsia.

Para a cor laranja incluimos os pacientes não em ventilação mecânica, porém com necessidade de uso de oxigênio, dor torácica com quadro de infarto agudo do miocárdio, complicações do diabetes com hipo ou hiperglicemia já em tratamento nos locais de origem, quadro clínico de acidente vascular encefálico isquêmico sem indicação de trombólise pelo protocolo, acidente vascular encefálico hemorrágico não necessitando ventilação mecânica e com escala de glasgow estável, alteração aguda de comportamento, síncope recuperada, sepse em tratamento.

Quanto à cor amarela inclui os pacientes sem necessidade de oxigenioterapia com redução do nível de consciência, cefaléia de início súbito acompanhada de sinais neurológicos, pós-ictal.

Os pacientes classificados como média prioridade se enquadram na cor verde quando não necessitam de oxigenioterapia mas necessitam alguma terapia endovenosa como antibiótico, analgésico e que podem ser acompanhadas em hospital de menor porte, que, quando do término desta medicação podem receber alta hospitalar e continuar acompanhamento em unidade básica de saúde. Para a cor azul classificamos os pacientes que apresentam patologias mais crônicas, estáveis, sem risco de descompensação clínica, mas que necessitam investigação a nível hospitalar como pacientes com feridas crônicas, conjuntivites sem melhora com tratamento habitual, abscessos com necessidade de drenagem, pacientes que estão em unidade básica que podem aguardar o leito hospitalar ou avaliação de especialidade em domicílio.



Estes são alguns exemplos de patologias com classificação de risco, porém, cada caso é analisado individualmente.

PRIORIDADE	COR	PATOLOGIA
ALTA	VERMELHA	Insuficiência respiratória Índices baixos de saturação O2 Intoxicações exógenas c/ rebaixamento do nível consciência progressiva PCR reanimado Estado de mal convulsivo Grande queimado Gestante em TPP, pré-eclampsia, eclampsia
	LARANJA	Necessidade de uso de o2 Dor torácica c/ iam Complicações Db (hipo / hiperglicemia) AVCi s/ indicação de trombólise pelo protocolo Avch c/ glasgow estável Alteração aguda de comportamento Sincopes recuperada Sepses em tratamento
	AMARELA	s/ necessidade oxigenioterapia redução nível de consciência cefaléia subida c/ sinais neurológicos pós-ictal
MÉDIA	VERDE	Necessidade terapia endovenosa
	AZUL	Sem risco de descompensação clínica mas que necessitem procedimento intrahospitalar como drenagem de abscesso



REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abdômen Agudo. Brunetti, A; Scarpelini, S. Medicina, Ribeirão Preto, 2007; 40 (3): 358-67, jul./set.

Manual Técnico Gestação de Alto Risco. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 05 de junho de 2013.

Protocolo de Regulação de UTI. Disponível em:
<http://www.saude.ba.gov.br/direg/images/arquivos/protocolos_regulacao.pdf>

CATERINO, J. M.; KAHAN, S. Emergencias Médicas. 2006. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan