



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

RESOLUÇÃO CIB-PB Nº 22, DE 05 DE MARÇO DE 2024

*Aprova o Protocolo de Acesso
Hospitalar da Paraíba.*

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

A Portaria de nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, à proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

A Lei Complementar nº141, de 13 de Janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

A Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

A Portaria GM nº 3.992, de 28/12/2017, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28/09/2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços públicos do Sistema Único de Saúde; e,



A decisão da plenária da CIB-PB, na 2ª Reunião Ordinária, em 05 de março de 2024, realizada na Fundação Centro Integrada de Apoio à Pessoa com Deficiência (FUNAD), em João Pessoa/PB.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Protocolo de Acesso Hospitalar da Paraíba, conforme anexo.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

JHONY WESLLYS BEZERRA COSTA
Presidente da CIB/PB

RAFAEL AIRES TENÓRIO
Sec. Municipal de Saúde de Mamanguape/PB
Diretoria do COSEMS/PB



ANEXO DA RESOLUÇÃO Nº 22, DE 05 DE MARÇO DE 2024.

**PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR DO
ESTADO DA PARAÍBA**

Fevereiro/2024

João Azevêdo Lins

Governador do Estado

Jhony Wesllys Bezerra Costa

Secretário de Estado da Saúde

Renata Valéria Nóbrega

Secretária Executiva de Estado da Saúde

Patrick Áureo Lacerda de Almeida Pinto

Secretário Executivo de Gestão da Rede de Unidades de Saúde

Soraya Galdino de Araújo Lucena

Presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba

Gerentes

Atenção à Saúde

Maria Izabel Ferreira Sarmento

Atenção Especializada

Vanessa Oliveira Costa Silva

Regulação, Controle e Avaliação da Assistência

Lidiane Nascimento Cassimiro

Equipe de elaboração

Rivaldo Fernandes Filho – Pneumologia;

Brunno de Farias Brito – Neurologia e Neurocirurgia;

Raquel Pinto Lins Sodré – Cardiologia;

Willia Max Sousa- Angiologia e Cirurgia Vascular;

Sandra Figueiredo – Hematologia;

Ingrid Ramalho – Infectologia;

Ywry Paiva – Ortopedia e Traumatologia;

Jarbas Bastos Valença da Fonseca Neto – Cirurgia Geral e Cirurgia do aparelho Digestivo;

Lidyanne Guimarães – Oncologia Clínica;

Marcílio Moreira Pereira- Urologia;



Flávia Martins de Freitas Leite Barros - Endocrinologia;

Thiago Pereira Alencar – Mastologia;

Erickson Werter de Oliveira Rego– Cirurgia de Cabeça e Pescoço;

Juliana Borborema – Nefrologia;

Evaldo Dantas da Nóbrega - Coloproctologia;

José Arthur Dantas Balduino - Gastroenterologia;

Joacilda Nunes - Cirurgia Pediátrica;

André Pinto Villarim – Otorrinolaringologia;

Rivaldo Fernandes Filho– Cirurgia Torácica;

Camilla França – Psiquiatria;

Maria Izabel Ferreira Sarmiento

Kamilla Hellen Kapistrano

Laís Paiva de Medeiros

Fernanda Lúcia da Silva

Artur Dantas Costa

Vivian Kelly Rezende Costa

Ana Maria Fernandes da Silva

Anna Katarina Galiza



Sumário

1.	ACESSO EM URGÊNCIAS DE NEFROLOGIA	7
2.	URGÊNCIAS NA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (ADULTO E CRIANÇA).....	3
3.	ACESSO EM URGÊNCIAS DE CIRURGIA GERAL	4
4.	URGÊNCIAS EM UROLOGIA	4
5.	PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR – CIRURGIA PEDIÁTRICA	6
6.	PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR – URGÊNCIAS NA COLOPROCTOLOGIA.....	7
7.	PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR – URGÊNCIAS NA ENDOCRINOLOGIA	8
8.	PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR – URGÊNCIAS NA INFECTOLOGIA	8
9.	PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR – URGÊNCIAS NA OTORRINOLARINGOLOGIA.....	9
10.	PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR – URGÊNCIAS PSIQUIÁTRI- CAS	10
11.	PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR – ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.....	11
12.	PROTOCOLO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) DEFINIÇÃO	15
13.	PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR – URGÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS.....	21
14.	PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR – OCLUSÃO ARTERIAL AGUDA (OAA)	22
15.	REFERÊNCIAS.....	26



1. ACESSO EM URGÊNCIAS DE NEFROLOGIA

- Aumento na creatinina sérica em 0,3 ou mais em 1,5 vezes o valor basal;
- Débito urinário < 0,5ml/kg/hora por pelo menos 6 horas;
- IRA associada ao contraste;
- Injúria renal provocada por acidente ofídico;
- Oligúria (volume urinário < 400ml/24h);
- Anúria (volume urinário < 50ml/24h);
- Hiperpotassemia- $K^+ > 6,5 \text{mEq/l}$;
- Acidemias graves- $\text{pH} < 7,1$;
- Síndrome urêmica (SNC, pericardite urêmica, TGI);
- Hipervolemia refratária;
- Azotemia grave: uréia > 200 ou Creat > 8-10.;
- Disnatremias graves- $\text{Na}^+ > 160$ ou $\text{Na}^+ < 115 \text{mEq/l}$;
- Outros distúrbios eletrolíticos refratários- ex: fósforo;
- TFG < 10ml/min;
- Síndrome nefrítica (com perda da função renal);
- Síndrome nefrótica (com perda da função renal);
- Rabdomiólise.
- SÍNDROME NEFRÓTICA E/OU NEFRÍTICA COM PERDA DE FUNÇÃO RENAL APÓS AVALIAÇÃO EM UM PRONTO ATENDIMENTO.

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA SOLICITAR ENCAMINHAMENTO

- História clínica, assim como sua evolução e sinais e sintomas (duração, gravidade dos sintomas, presença ou não de evacuações);
- Exame físico abdominal detalhado, assim como manobras e testes com boa valia para suspeita diagnóstica;
- Indicar tratamentos já realizados (se houver);
- Presença de comorbidades;
- Descrever exames prévios de interesse clínico (laboratoriais ou de imagem);
- Sinais vitais atuais (FC, HGT, Tax, PA);
- Indicar uso de oxigênio complementar, elencando o dispositivo e fluxo;
- Elencar como procedeu o trauma (se houver – elencando o material);
- Indicar grau de despertar do paciente, assim como Escala de Coma de Glasgow;
- Elencar terapia realizada pela unidade solicitante.



2. URGÊNCIAS NA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (ADULTO E CRIANÇA)

Estes os casos em que o paciente deverá ser encaminhado para urgência pois não podem aguardar por consulta ambulatorial, devendo passar por avaliação imediata do ortopedista/traumatologista:

- Fraturas Expostas;
- Amputações traumáticas;
- Síndrome Compartimental;
- Luxações de Grandes e Médias articulações;
- Criança com relato de dor e limitação em cotovelo, associado a trauma ou tração;
- Suspeita de artrite séptica de grandes e médias articulações;
- Luxações de articulações pequenas em que não se conseguiu a redução prévia em unidade de origem;
- Sinais de Infecção em sítio cirúrgico ortopédico;
- Ferimentos traumáticos agudos com lesão tendínea associada;
- Casos com suspeita de osteomielite aguda relacionadas a traumas ou pós tratamento cirúrgico de fraturas;
- Fraturas de ossos longos e Fratura de bacia;
- Casos de trauma que resultem em dor e/ou edema + limitação do movimento + ausência de radiografia;
- Rejeição de próteses ortopédicas.

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA SOLICITAR ENCAMINHAMENTO:

- História clínica detalhada que inclua: localização e descrição precisam dos sintomas; mecanismo do trauma ou objeto que causou; tempo de evolução; presença ou não de ferimentos, exposição tendínea ou óssea, edema, equimose, febre ou sangramento ativo.
- Exame físico da região acometida de forma detalhada incluindo manobras e testes com boa valia para a suspeita diagnóstica; detalhar a amplitude de movimento;
- Indicar tratamentos já realizados (se houver) e se teve boa resposta à analgesia;
- Indicar qual procedimento cirúrgico prévio e onde fora realizado – em casos de necessidade de abordagem do sítio;
- Elencar comorbidades, medicações de uso crônico, alergias;
- Anexar ou Descrever exames de imagem (se houver); anexar fotografias que ajudem a entender a gravidade das lesões;
- Sinais vitais atuais (FC, HGT, FR, Tax, PA e Tempo de enchimento capilar nos traumas de extremidades);
- Indicar se em uso de oxigênio complementar, elencando o dispositivo e fluxo;
- Indicar grau de despertar do paciente, assim como Escala de Coma de Glasgow;
- Elencar terapia realizada pela unidade solicitante.



3. ACESSO EM URGÊNCIAS DE CIRURGIA GERAL

- São os casos em que o paciente deverá ser encaminhado para urgência pois não podem aguardar por consulta ambulatorial e devem ter avaliação imediata do cirurgião geral:
- Abdômen agudo inflamatório ou perfurativo: apendicite, úlcera péptica perfurada, diverticulite aguda, perfuração intestinal, pancreatite aguda ou pancreatite de causa crônica agudizada (de causa biliar);
- Abdome agudo obstrutivo de qualquer etiologia;
- Abdome agudo de etiologia vascular – isquemia mesentérica aguda;
- Patologias urgenciadas da vesícula e vias biliares: colecistite, colangite, abscesso hepático, pólipos de vesícula biliar > 10mm ou sintomático;
- Urgências relacionadas a neoplasias abdominais como: perfuração, obstrução ou sangramento grave – em localizações sem acesso a urgência cirúrgica em hospital de referência oncológica; Politraumatismos que necessitem de avaliação por equipe de cirurgia geral, incluindo os traumas abdominais penetrantes ou fechados, com indicação cirúrgica ou de tratamento expectante;
- Hérnias encarcerada ou estranguladas;
- Abdomes agudos de etiologia ginecológica – prenhez ectópica rota, cistos ovarianos rotos ou torcidos, doença inflamatória pélvica – devem ser encaminhados preferencialmente para serviços com suporte de equipe de ginecologia;
- Ostomias- Condições clínicas que indiquem gastrostomia, jejunostomia.

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA SOLICITAR ENCAMINHAMENTO

- História clínica, assim como sua evolução e sinais e sintomas (duração, gravidade dos sintomas, presença ou não de evacuações);
- Exame físico abdominal detalhado, assim como manobras e testes com boa valia para suspeita diagnóstica;
- Indicar tratamentos já realizados (se houver);
- Presença de comorbidades;
- Descrever exames prévios de interesse clínico (laboratoriais ou de imagem);
- Sinais vitais atuais (FC, HGT, Tax, PA);
- Indicar uso de oxigênio complementar, elencando o dispositivo e fluxo;
- Elencar como procedeu o trauma (se houver – elencando o material);
- Indicar grau de despertar do paciente, assim como Escala de Coma de Glasgow;
- Elencar terapia realizada pela unidade solicitante.

4. URGÊNCIAS EM UROLOGIA

São os casos em que o paciente deverá ser encaminhado para urgência pois não podem aguardar por consulta ambulatorial e devem ter avaliação imediata do urologista:

- Casos de torção testicular;
- Casos de cólica renal sem resposta à terapia medicamentosa com opióides;



- Casos de obstrução das vias urinárias associado à sepse, hidronefrose e/ou dor incontrolável após uso de medicações em unidade de origem;
- Casos de ureterolitíase com cálculo >1 cm;
- Casos de ureterolitíase com cálculos de 4mm-10mm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico;
- Casos de cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção de trato urinário);
- Casos de parafimose;
- Casos de fratura peniana;
- Casos de fístula vesical;
- Casos de orquite;
- Casos de abscesso escrotal ou renal;
- Casos de priapismo;
- Casos de ITU com instabilidade hemodinâmica;
- Casos de Infecção do Trato Urinário com instabilidade hemodinâmica;
- Casos de Bexigoma sem resolução em unidade de origem;
- Casos de hematúria macroscópica com repercussão hemodinâmica;
- Obstrução ureteral bilateral – independente do tamanho do cálculo (confirmar com exame de imagem: seja ultrassonografia ou tomografia);
- Hidronefrose bilateral – confirmado por exame de imagem seja ultrassonografia ou tomografia;
- Pacientes com RIM ÚNICO apresentado útero litíase independente do tamanho;
- Pacientes com uretero litíase em rim transplantado.

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA SOLICITAR ENCAMINHAMENTO

- História clínica, assim como sua evolução e sinais e sintomas (duração, gravidade dos sintomas, resposta a terapia medicamentosa realizada, alterações em fluxo miccional);
- Exame físico detalhado, assim como manobras e testes com boa valia para suspeita diagnóstica;
- Indicar tratamentos já realizados (se houver);
- Presença de comorbidades;
- Indiciar presença de fatores obstrutivos;
- Descrever exames prévios de interesse clínico (laboratoriais e/ou de imagem);
- Sinais vitais atuais (FC, HGT, Tax, PA) e diurese;
- Indicar uso de oxigênio complementar, elencando o dispositivo e fluxo (se houver);
- Elencar uso de aminas vasoativas, com descrição da vazão em un/kg/min; (se houver);
- Elencar uso de anti-hipertensivos parenteriais em mcg/kg/min; (se houver);
- Indicar grau de despertar do paciente, assim como Escala de Coma de Glasgow ou outras escalas;
- Elencar terapia realizada pela unidade solicitante (medicamentosa ou não medicamentosa).



5. PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR – CIRURGIA PEDIÁTRICA

São estes os casos em que o paciente deverá ser encaminhado para urgência pois não podem aguardar por consulta ambulatorial e devem ter avaliação imediata no serviço de referência em cirurgia pediátrica:

- Casos de trauma abdominal fechado com indicação de cirurgia
- Casos de trauma abdominal aberto
- Empiema pleural
- Pneumotórax
- Ingestão de corpo estranho
- Trauma torácico com necessidade
- Trauma pélvico e geniturinário
- Torção testicular
- Suspeita de apendicite aguda
- Enterocoliteneocrosante com necessidade de abordagem cirúrgica
- Suspeita de atresia biliar
- Hérnias com encarceramento/estrangulamento
- Suspeita de colecistite aguda
- Trauma abdominal com suspeita de ruptura do baço
- Parafimose
- Casos suspeitos de escroto agudo
- Casos de urolitíase com suspeita de obstrução ou hidronefrose
- Casos de colecistite
- Iceterícia neonatal
- Malformações do tubo gastrointestinal e anomalia anoretais (atresia de esôfago, megacolon, ânus ectópico, imperfuração anal, fístulas perianais/vaginais).

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA SOLICITAR ENCAMINHAMENTO

- História clínica, assim como sua evolução e sinais e sintomas (duração, gravidade dos sintomas, presença ou não de evacuações e diurese);
- Exame físico detalhado – principalmente do local acometido - assim como manobras e testes com boa valia para suspeita diagnóstica;
- Indicar tratamentos já realizados (se houver);
- Presença de comorbidades ou afeções congênitas;
- **Abdome Agudo Inflamatório:** Dor abdominal aguda associada a sinais inflamatórios localizados no abdome ou com peritonite aguda. Com ou sem quadro de sepse ou disfunção orgânica. Apendicite aguda, colecistite, colangite;
- **Abdome Agudo Obstrutivo:** Dor abdominal aguda associada a sinais obstrutivos, vômitos de estase, fecalóide ou bilioso. Distensão abdominal, timpanismo e parada de eliminação de flatos e fezes. Invaginação intestinal, estenose hipertrófica do piloro, malformações congênitas do aparelho digestivo;
- **Escroto Agudo:** Dor escrotal ou inguinal com sinais flogísticos. Associados ou não com abaulamento inguinal ou escrotal agudo. Torção testicular, orquite, epididimite;



- **Abaulamentos inguinais:** Quando agudos não redutíveis apresentando sinais flogísticos. Hérnias inguinais encarceradas, testículos não descidos torcidos ou apresentando orquite fora da bolsa escrotal.
- **Tórax:** Pneumonia complicada com empiema pleural.
- **Trauma:** Trauma abdominal fechado com instabilidade hemodinâmica ou lesão de víscera oca demonstrada com pneumoperitônio. Trauma abdominal aberto. Trauma torácico com pneumotórax e necessidade de drenagem torácica.
- **Neonatal:** Pacientes com quadro obstrutivo ou perfurativo em abdome no período neonatal.
- Malformações congênitas pulmonares, digestivas, cardíacas e da parede abdominal ou torácica.
- Icterícia as custas de bilirrubina direta após a segunda semana de vida.
- Quadros agudos infecciosos abdominais em prematuros: Enterocolite necrotizante, hérnias diafragmáticas, hérnias inguinais diagnosticadas na maternidade, anomalia anorretal, ânus imperfurado, atresia intestinal, duodenal, vias biliares.
- Urologia: Quadros infecciosos agudos associados a malformações congênitas das vias urinárias (estenose de JUP, Hidronefrose, Refluxo Vesicoureteral. Parafimose e traumatismos genitais. Urolitíase sintomática.

6. PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR – URGÊNCIAS NA COLOPROCTOLOGIA

São os casos em que o paciente deverá ser encaminhado para urgência pois não podem aguardar para consulta ambulatorial e devem ter avaliação imediata do colo proctologista:

- Casos de trauma penetrantes anorretais
- Enterorragia de causa desconhecida
- Casos de Diverticulite aguda complicada (perfuração ou abscesso)
- Trombose hemorroidária
- Casos de Gangrena de Fournier
- Casos de fissura anal aguda
- Presença de corpo estranho em região anorretal
- Casos de impactação fecal aguda
- Casos de prolapso encarcerada de reto
- Casos de fístulas anorretais
- Doença inflamatória intestinal em atividade

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA SOLICITAR ENCAMINHAMENTO

- História clínica, assim como sua evolução e sinais e sintomas (duração, gravidade dos sintomas, presença ou não de evacuações, presença ou não de sangramentos;
- Exame físico abdominal e anorretal detalhado, assim como manobras e testes com boa valia para suspeita diagnóstica;
- Detalhamento do toque retal (quando necessário);
- Indicar tratamentos já realizados (se houver);
- Presença de comorbidades;



- Descrever exames prévios de interesse clínico (laboratoriais ou de imagem);
- Sinais vitais atuais (FC, HGT, Tax, PA);
- Indicar uso de oxigênio complementar, elencando o dispositivo e fluxo; (se houver)
- Elencar como procedeu o trauma (se houver);
- Indicar grau de despertar do paciente, assim como Escala de Coma de Glasgow;
- Elencar terapia realizada pela unidade solicitante;

7. PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR – URGÊNCIAS NA ENDOCRINOLOGIA

São os casos em que o paciente deverá ser encaminhado para urgência pois não podem aguardar para consulta ambulatorial e devem ter avaliação imediata do endocrinologista:

- Casos de crise/ insuficiência adrenal;
- Casos de coma mixedematoso;
- Cetoacidose diabética;
- Estado hiperosmolarhiperglicêmico.
- Casos de crise tireotóxica.

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA SOLICITAR ENCAMINHAMENTO

- História clínica, assim como sua evolução e sinais e sintomas (duração, gravidade dos sintomas);
- Exame físico detalhado, assim como manobras e testes com boa valia para suspeita diagnóstica;
- Informar tratamentos já realizados (se houver);
- Presença de comorbidades;
- Descrever exames prévios de interesse clínico (laboratoriais ou de imagem) – se houver;
- Sinais vitais atuais (FC, glicemia, Tax, PA);
- Indicar uso de oxigênio complementar, elencando o dispositivo e fluxo (se houver);
- Indicar grau de despertar do paciente, assim como Escala de Coma de Glasgow;
- Elencar terapia realizada pela unidade solicitante;

8. PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR – URGÊNCIAS NA INFECTOLOGIA

São os casos com necessidade de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) com alto risco de infecção pelo HIV, IST's e Hepatites virais:

- Co-infecção de infecção do vírus HIV com hepatite C ou B.
- Casos de hepatites agudas com repercussões sistêmicas ou hepatite C ou hepatite B com cirrose hepática;
- Agressões por cachorro e gato de rua;



- Agressões por animais de produção (cavalo, jumento, suínos, bovinos, ovinos, caprinos);
- Agressões por animais silvestres susceptíveis à raiva (raposa, morcego, guaxinim, macacos, sagui, timbu);
- Casos de Neurosífilis;
- Casos de paracoccidiodomicose;
- Casos de doenças meningocócicas;
- Casos de leishmaniose visceral;
- Casos de difteria;
- Casos de febre tifoide;
- Casos de dengue grave;
- Casos de hantavirose;
- Casos de esquistossomose;
- Casos de febre maculosa;
- Casos de doença de Lyme;
- Casos de rubéola;
- Casos de neurite hanseníaca;

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA SOLICITAR ENCAMINHAMENTO

- História clínica, assim como sua evolução e sinais e sintomas (duração, gravidade dos sintomas);
- Exame físico detalhado;
- Indicar tratamentos já realizados (se houver);
- Presença de comorbidades.
- Descrever exames prévios de interesse clínico (laboratoriais ou de imagem) – evidenciar sorologias e testes;
- Sinais vitais atuais (FC, HGT, FR, Tax, PA);
- Indicar uso de oxigênio complementar, elencando o dispositivo e fluxo; (se houver);
- Indicar grau de despertar do paciente, assim como Escala de Coma de Glasgow;
- Elencar terapia realizada pela unidade solicitante.

9. PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR – URGÊNCIAS NA OTORRINOLARINGOLOGIA

São estes os casos em que o paciente deverá ser encaminhado para urgência pois não podem aguardar por consulta ambulatorial e devem ter avaliação do otorrinolaringologista:

- **COMPLICAÇÕES** de sinusite aguda ou crônica: presença de edema periorbitário ou malar, proptose orbital, dificuldade visual ou sinais neurológicos **ASSOCIADOS** a febre alta e persistente.
- Epistaxes volumosas e/ou sem resposta à terapia de contenção (após controle de pressão arterial e persistência do sangramento);



- Abcesso periamigdaliano sem reposta ao tratamento inicial por 7 dias associado a trismo e disfagia importante;
- Mastoidite aguda;
- Otite média COM complicação intracraniana;
- Corpo estranho de nariz;
- Corpo estranho de laringe, espinha. (Osso encaminhar direto para endoscopia);
- Corpo estranho de ouvido (só após realização de otoscopia – exame físico básico);
- Perda auditiva súbita
- Vertigem incapacitante

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA SOLICITAR ENCAMINHAMENTO

- História clínica, assim como sua evolução e sinais e sintomas (duração, gravidade dos sintomas, presença de zumbido, plenitude auricular, vertigem);
- Indicar tratamentos já realizados (se houver);
- Presença de comorbidades;
- Descrever exames prévios de interesse clínico
- Sempre ter realizado otoscopia – faz parte do exame clínico básico do paciente. Pacientes sem otoscopia não serão aceitos.
- Sinais vitais atuais (FC, HGT, Tax, PA);
- Elencar como procedeu o trauma (se houver – elencando o material)
- Indicar grau de despertar do paciente, assim como Escala de Coma de Glasgow;
- Elencar terapia realizada pela unidade solicitante

10. PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR – URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

São estes os casos em que o paciente deverá ser encaminhado para urgência pois não podem aguardar por consulta ambulatorial e devem ter avaliação imediata no serviço de referência em urgência psiquiátrica:

- Casos de comportamento ou risco autoagressivo e/ou heteroagressivo;
- Situações de comportamento de agitação psicomotora intensa;
- Tentativa, planejamento ou ideação suicida;
- Quadros de surto psicótico (com delírios e/ou alucinações);
- Episódios de mania com ou sem psicose;
- Alucinações visuais e/ou auditivas com ameaça a sua vida e a de terceiros;
- Casos de depressão pós-parto e psicose pós-parto;
- Casos de depressão grave psicótica.

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA SOLICITAR ENCAMINHAMENTO

- História psiquiátrica com início do quadro, tempo de evolução de sintomas e tem história psiquiátrica prévia;



- História clínica com sua evolução e sinais e sintomas;
- Exame físico detalhado;
- Informar se realizou uso de álcool ou substância(s) psicoativas nas últimas 48h. Em caso positivo, informar qual(is);
- Elencar uso de medicações (posologia, tempo de tratamento, se uso regular ou não);
- Presença de comorbidades;
- Indicar se há ou não internações psiquiátricas prévias;
- Indicar presença de alucinações visuais e/ou auditivas;
- Sinais vitais atuais (FC, HGT, FR, Tax, PA);
- Indicar grau de despertar do paciente, assim como Escala de Coma de Glasgow;
- Elencar terapia realizada pela unidade solicitante (física ou química);
- Exames laboratoriais, caso houver;
- Hipótese diagnóstica.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA SOLICITAR ENCAMINHAMENTO

- Uso de álcool ou drogas nas últimas 48 horas;
- Presença de afeção clínica aguda (deverá ser tratado antes pela clínica médica ou clínica cirúrgica);
- Descartar quadro de Delirium;
- Não se encaixar nos critérios descritos acima.

11. PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR – ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

DEFINIÇÃO

- O Acidente Vascular Encefálico (AVE) consiste em uma doença cerebrovascular, que cursa com morbidade e mortalidade elevadas no Brasil e no mundo;
- O AVE pode ser isquêmico (AVEi) ou hemorrágico (AVEh). O primeiro tem maior incidência, mas o último, pior prognóstico;
- Uma avaliação segura é de suma importância no atendimento desta patologia, por isso contamos com fluxogramas, escalas e guide lines para melhor resposta em acurácia e tempo.

QUADRO CLÍNICO

- Os sintomas são diversos e, a depender da topografia vascular, pode manifestar-se como quadros súbitos de paresia/plegia de membros, paralisia facial, distúrbios de linguagem, vertigem, alterações visuais (diplopia, anisocoria), cefaleia ou crises convulsivas, entre outros.



- Alguns dos sintomas se confundem com quadros de hipoglicemias, hipotensão, distúrbios hidroeletrólíticos, metabólicos, tóxicos ou infecciosos; assim, é dever do médico solicitante excluir causas não neurológicas e corrigir esses distúrbios antes de relatá-los como déficit neurológico.
- Outro fator importante é a estratificação de risco e manejo do paciente. Na abordagem inicial deve-se estabilizar o paciente para transferência do mesmo ao hospital de referência.

COMO AVALIAR O PACIENTE COM SUSPEITA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

- Para maior acurácia e celeridade, disponibilizamos, escalas e fluxogramas para avaliação, como escala de Cincinnati, Escala de Coma de Glasgow.
- Na Escala de Cincinnati, a resposta anormal em um dos três pontos da indica necessidade de avaliação com neurologista e exame de imagem para descartar ou confirmar o AVE.
- Na Escala de Coma de Glasgow, através de abertura ocular, respostas verbal e motora, avalia se nível de consciência, indicando, inclusive, proteção de via aérea.

Quadro 1 - Escala de Cincinnati.

Item Avaliado	Como Avaliar	Resposta normal	Resposta anormal
Assimetria facial	Pedir para o paciente mostrar os dentes ou sorrir.	Movimento simétrico da face bilateralmente.	Movimento assimétrico da face.
Fraqueza dos braços	Pedir para o paciente estender os braços por 10 segundos (com os olhos fechados).	Movimento simétrico dos dois braços.	Movimento assimétrico dos braços.
Anormalidade da fala	Pedir para o paciente falar uma frase.	O paciente fala corretamente e com boa articulação das palavras	As palavras são incorretas ou mal articuladas.

Quadro 2 - Escala de Coma de Glasgow (ECG).

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea:	4
	A Voz:	3
	A dor:	2
	Nenhuma:	1
Resposta verbal	Orientada:	5
	Confusa:	4
	Palavras inapropriadas:	3
	Palavras incompreensivas:	2
	Nenhuma:	1
Resposta motora	Obedece a comandos:	6
	Localiza dor:	5



	Movimento de retirada:	4
	Flexão anormal:	3
	Extensão normal:	2
	Nenhuma:	1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMA	INTUBAÇÃO
15	3	8

MANEJO INICIAL NO PACIENTE COM SUSPEITA DE AVE AGUDA

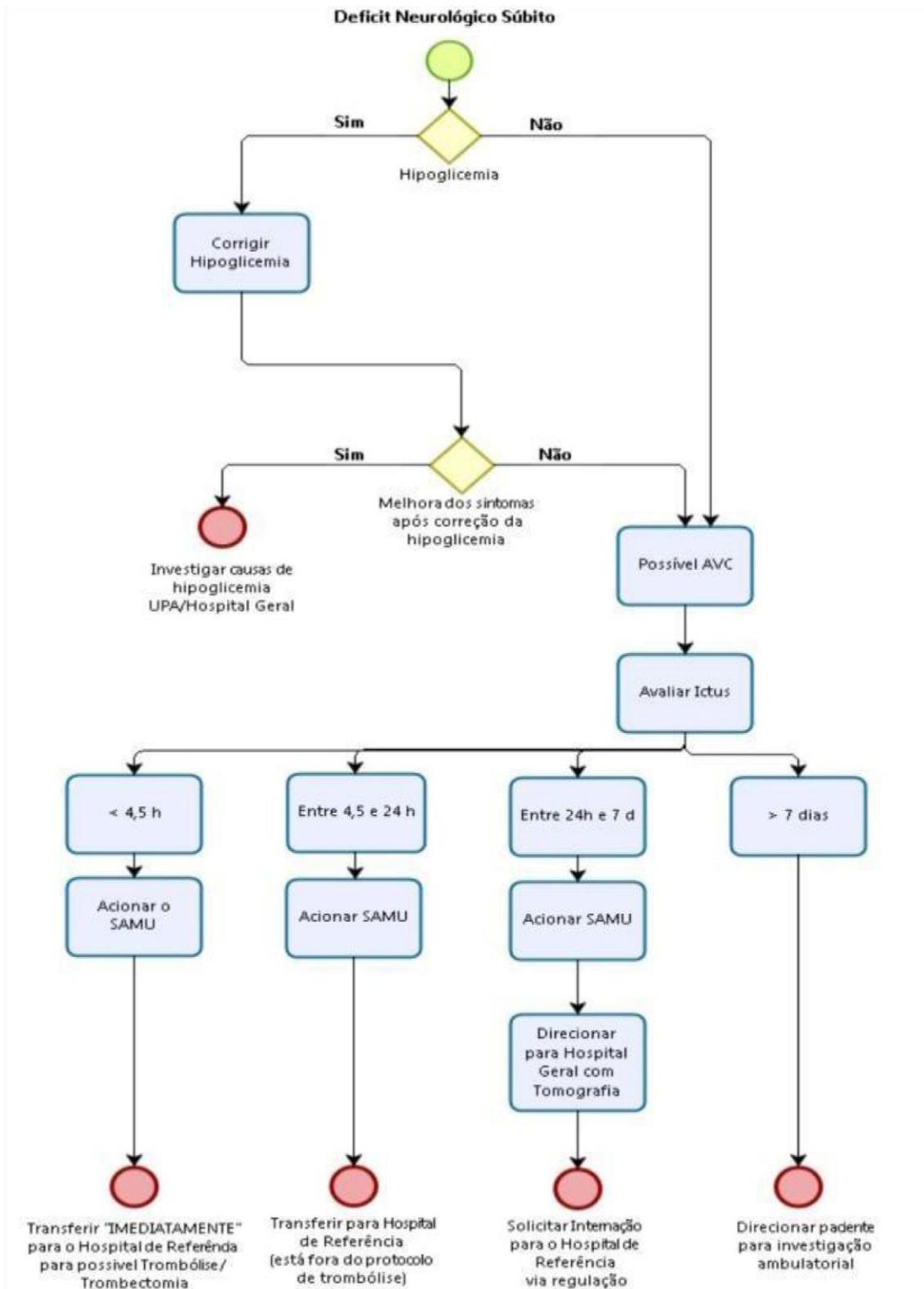
Todo paciente com suspeita de AVE deve ser monitorizado e reavaliado periodicamente. Medidas como hipertensão permissiva, controles glicêmico e térmico, oximetria adequada, hidratação venosa e posicionamento em leito são medidas neuro protetoras básicas a serem adotadas.

1. Dieta zero até avaliação do neurologista
2. Manter SatO₂ ≥92% com medida menos invasiva possível
3. Cabeceira elevada a 30°
4. Manter temperatura corporal <37,5°;
5. Hidratar paciente com soluções salinas 30ml/kg/dia
6. Manter glicemia entre 100mg/dL e 180mg/dL
7. Manter PAS <220mmHg ou PAD <120mmHg
8. Manter paciente monitorizado, em sala vermelha até avaliação do neurologista

COMO INSERIR O PACIENTE NO PROTOCOLO PARA REGULAÇÃO

- O tratamento do paciente com AVEI depende primordialmente do tempo de início dos sintomas. Assim, trombólise só está indicada em casos com até 4,5h de déficit. No caso de o paciente acordar com o déficit, o horário de início dos sintomas considerado é o último horário em que foi visto assintomático;
- Casos em que o paciente apresente déficit há mais de 7 dias devem ser encaminhados ambulatorialmente;
- Desta forma, seguem os casos em que o paciente se insere neste protocolo para avaliação do neurologista e exame de imagem em âmbito de regulação hospitalar:
- Déficit neurológico focal, sem hipoglicemia capilar, com até 4,5h do início dos sintomas – Transferir para Hospital de referência em protocolo para trombólise;
- Déficit neurológico focal, sem hipoglicemia capilar, com início dos sintomas entre 4,5h e 24h - Transferir para Hospital de referência fora de protocolo para trombólise;
- Déficit neurológico focal entre 24h e 7 dias - Transferir para Hospital Geral com tomografia;

Segue fluxograma para avaliação de paciente com suspeita de AVE em âmbito pré-hospitalar:





Após admissão em hospital de referência para avaliação e conduta do neurologista, deverá seguir o protocolo daquela instituição.

INFORMAÇÕES MÍNIMAS PARA REGULAÇÃO HOSPITALAR DE PACIENTES COM SUSPEITA DE AVE

- História clínica com indícios de Acidente Vascular encefálico (sintomas como hemiplegia, hemiparesia, disartria, afasia, desvio de rima, paralisia facial, alteração súbita da visão) com descrição detalhada dos sintomas e seu ictus (horário de início);
- Sinais vitais atualizados (PA, FC, FR, HGT, Tax, SatO₂) de 1/1h;
- Informar se há ou não necessidade de terapia complementar de oxigênio, com descrição do dispositivo;
- Informar uso de aminas vasoativas, com descrição da vazão em un/kg/min;
- Informar uso de anti-hipertensivos parenterais em mcg/kg/min;
- Informar fatores de risco prévios;
- Informar se já houve anteriormente evento cerebrovascular e se paciente permaneceu com sequelas motoras;
- Pontuação em escala de Cincinnati e Escala de coma de Glasgow;
- Informar medicações de uso contínuo;
- Exames laboratoriais (se houver).

12. PROTOCOLO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) DEFINIÇÃO

Episódio de obstrução abrupta parcial ou total de ramos da artéria pulmonar em qualquer segmento, causadas mais comumente por coágulos vindos de TVP em membros inferiores. Pode evoluir agudamente com a presença de sinais e sintomas, sendo a mais comum dispneia, dor pleurítica, tosse, síncope, taquicardia sinusal, taquipneia, hemoptise, cianose e sinais de TVP de acordo com escore de WELLS

FATORES DE RISCO

- TVP/TEP prévias;
- Neoplasia maligna;
- Paralisia;
- Politrauma ou trauma de membros inferiores;
- Cirurgia de quadril ou joelho;
- Anestesia geral por mais de 30 minutos;
- Cirurgia de grande porte;
- Tabagismo;
- Trombocitopenia induzida por heparina;
- Mutação do fator de Leiden, SAAF e outras doenças, hematológicas trombogênicas;
- Obesidade;



- Idade avançada;
- Gravidez e puerpério;
- Terapia hormonal com estrógeno;
- Imobilidade prolongada.;

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico consiste em avaliarmos se há ou não forte suspeita clínica com os sinais e sintomas, associado aos fatores de risco de maior peso no diagnóstico. Ainda abrimos mão de escalar para sabermos a interpretação do risco para TEP.

Através do escore de WELLS pode-se pressupor o risco de tromboembolismo pulmonar em um paciente com contexto clínico sugestivo.

O escore de PESI é uma ferramenta utilizada na predição de desfechos em 30 dias, baseados nos dados clínicos, permitindo supor o grau de morbimortalidade do acometimento.

Segue em anexo o escore de WELLS (Figura 1) e a escala PESI (Figura 2):

PARÂMETROS	VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO SIMPLIFICADA
Idade, anos	+ n anos	1 ponto (se > 80 anos)
Sexo masculino	+ 10 pontos	----
Câncer	+ 30 pontos	1 ponto
Insuficiência cardíaca	+ 10 pontos	1 ponto
DPOC	+ 10 pontos	
FC \geq 110bpm	+ 20 pontos	1 ponto
PAS < 100mmHg	+ 30 pontos	1 ponto
FR > 30 ciclos/min	+ 20 pontos	---
Temperatura < 36° C	+ 20 pontos	---
Estado mental alterado	+ 60 pontos	---
SpO ₂ < 90%	+ 20 pontos	1 ponto
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO (SOMATÓRIO DE PONTOS)		
Classe I	< 65 pontos	0 pontos
Classe II	65 - 85 pontos	
Classe III	86 -105 pontos	\geq 1 ponto
Classe IV	106 -125 pontos	
Classe V	> 125 pontos	

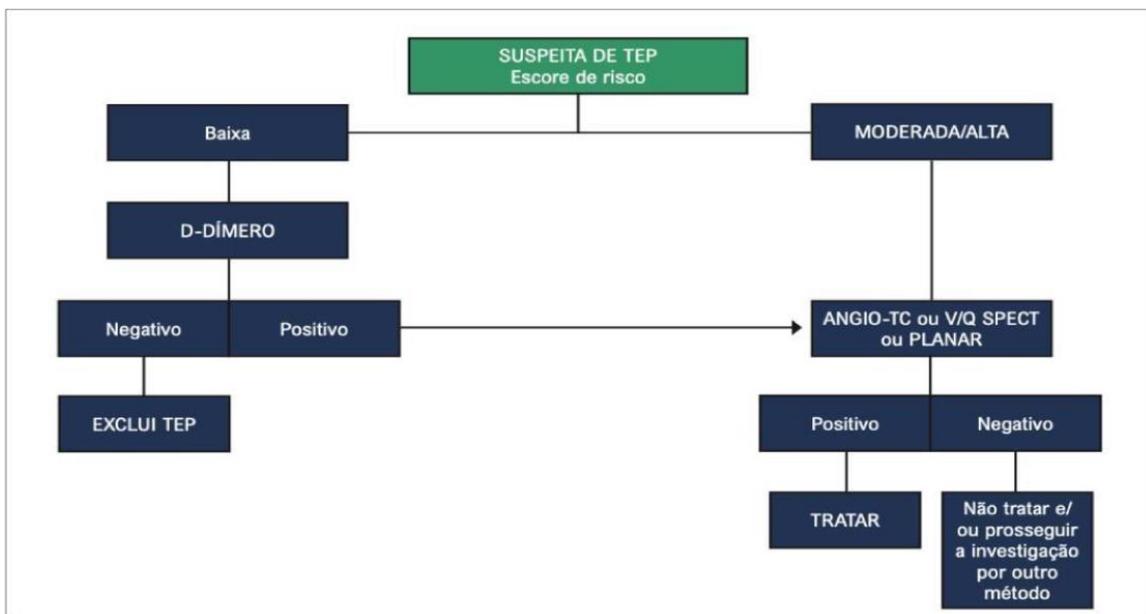
Figura 2 – Escala de Pesi **NA ESCALA PESI – QUE ESTRATIFICA O RISCO – NÓS TEMOS:**

- Classe I: Muito baixo risco
- Classe II: Baixo risco
- Classe III: Risco intermediário
- Classe IV: Alto risco
- Classe V: Muito alto risco.

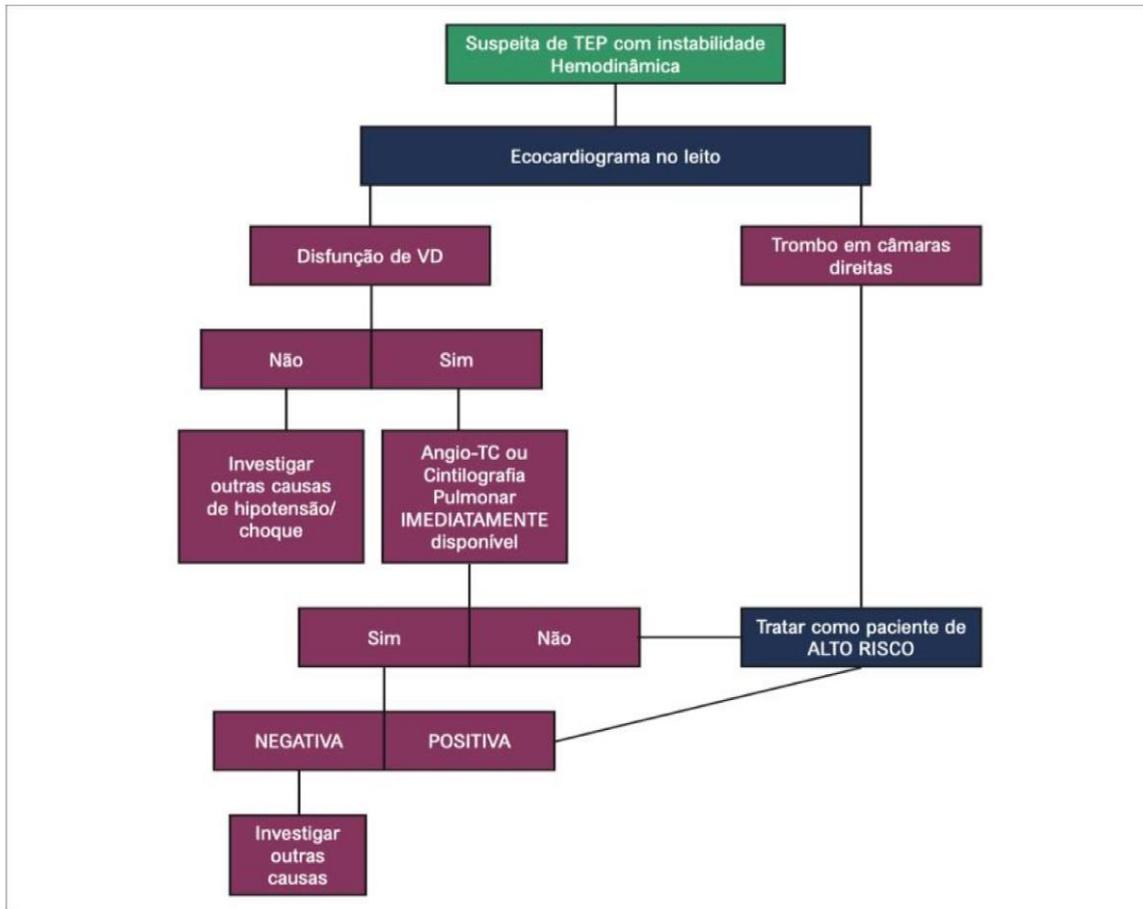
O papel deste último escore se torna importante no perfil de regulação hospitalar já que os paciente Classe I e II não necessitam de investigação complementar no âmbito hospitalar (devido baixa taxa de mortalidade). Já pacientes com PESI >85 pontos necessitam de abordagem diagnóstica complementar e com celeridade devido maior taxa de mortalidade. O fluxo assistencial do paciente com suspeita de TEP vai levar em conta o grau de suspeita do diagnóstico através do escore de WELLS e o perfil clínico do paciente (com instabilidade ou estabilidade hemodinâmica). Por se tratar de uma emergência hospitalar, é necessário que o médico que presta essa assistência inicial esteja capacitado e ciente dos diagnósticos diferenciais como Infarto Agudo do Miocárdio, disseção de aorta, entre outros.

De acordo com a última diretriz quando suspeito, o TEP deve ser confirmado ou refutado para evitar os riscos de super e subtratamento, o que requer testes de imagem. Apenas as técnicas ótimas são recomendadas, ou seja, a angio-TC e o V/Q Spect. A modalidade de imagem usada dependerá da disponibilidade. Ainda que a angio-TC esteja mais prontamente disponível, ela é contraindicada em um número substancial de pacientes. Por se tratar de exames que, substancialmente, são de serviços terciários existem algoritmos para facilitar o início da abordagem destes pacientes. Segue em anexo o fluxo assistencial de acordo com perfil de instabilidade hemodinâmica.

Quadro 1: Algoritmo para suspeita de TEP em pacientes SEM instabilidade hemodinâmica Figura 1 – Escore de Wells.



Quadro 2: Algoritmo para suspeita de TEP em pacientes COM instabilidade hemodinâmica.



QUANDO ENCAMINHAR PACIENTE PARA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA RELACIONADA AO TEP:

- Paciente com WELLS > 2 pontos com instabilidade hemodinâmica sem outra causa aparente;
- Pacientes com WELLS > 6 pontos sem possibilidade de tratamento em unidade de origem;
- Qualquer paciente com PESI de III em diante;
- Pacientes em que seja indicado trombólise, porém o serviço não disponibiliza do mesmo;

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA SOLICITAR ENCAMINHAMENTO

- História clínica, assim como sua evolução, sinais e sintomas e se paciente já usa ou não alguma terapia anti trombótica;
- Indicar se já houve TVP ou TEP;
- Presença de comorbidades



- Indicar fatores de risco elencados aqui neste protocolo;
- Descrever exames prévios de interesse clínico para a patologia (angio-CT, ecocardiograma, eletrocardiograma);
- Sinais vitais atuais (FC, FR, Tax, HGT, PA);
- Elencar score de WELLS;
- Elencar escala PESI (se cabível);
- Uso de oxigenioterapia e descrever qual dispositivo;
- Indicar se há uso de amina vasoativa, assim como concentração em Kg/min;
- Indicar grau de despertar do paciente, assim como Escala de Coma de Glasgow;
- Elencar terapia realizada pela unidade solicitante.

TRATAMENTO

O fluxo de tratamento proposto por este protocolo tem como objetivo auxiliar em casos de pacientes com forte suspeita para TEP. A indicação deste protocolo não ultrapassa protocolos internos de hospitais terciários.

O tratamento consiste em:

ANTICOAGULAÇÃO

ENOXAPARINA:

- SC 1mg/kg a cada 12h (se clearance > 30ml/min);
- Monitorar anti-Xa em doença renal terminal ou tratamento dialítico, peso acima de 120kg, desnutrição importante e gravidez. Nestes casos, nossa conduta preferencial tem sido utilizar a heparina não- fracionada guiada por TTPa.

HEPARINA NÃO-FRACIONADA:

- EV – bolus de 60-80U/kg (max. de 5.000 UI) e infusão contínua (manutenção) de 12-18U/kg/h ajustados pelo TTPa;
- Preferível em doença renal avançada, gravidez, obesidade (>120kg), desnutrição grave;

C. FONDAPARINUX:

- SC - 5 mg/dia (<50 kg); 7,5 mg/dia (>50-100 kg) e 10mg/dia (>100kg);
- Contraindicado quando clearance de creatinina < 30 ml/min e gestantes.

RIVAROXABANA

- Vantagens: Não necessita de monitorização laboratorial, tem a mesma eficácia comparada à heparina +varfarina e possui menor risco de sangramentos maiores;
- Dose: VO 15mg 12/12h por 3 semanas, seguido de 20mg/dia por 3-6 meses.



VARFARINA

- Varfarina – guiada pelo INR (detalhes ver capítulo “Anticoagulação”);
- Iniciar a Varfarina o quanto antes se paciente estável, manter anticoagulação parenteral até INR>2,0 em duas medidas;
- Manter INR entre 2-3 por ao menos 3 meses (a depender da etiologia do TEP o tempo pode ser prolongado);
- Avaliar o risco de sangramento com algum escore validado (ex: RIETE score).

TROMBÓLISE

- Pode ser iniciada até 14 dias após o início dos sintomas;
- Indicação formal.

INSTABILIDADE HEMODINÂMICA

- Indicação relativa: Risco intermediário/alto com elevação de biomarcadores (troponina e/ou NT-proBNP) e dilatação do VD na TC ou ecocardiograma;

OBS.: todos os pacientes, mesmo que no aguardo de investigação diagnóstica em serviço terciário, devem ser submetidos a profilaxia com anticoagulação.

SITUAÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

- Suspeita de Oclusão arterial aguda – 5Ps;
- Pain: dor contínua em repouso;
- Palidez;
- Ausência de Pulso;
- Poiquilotermy: membro mais frio em relação ao contralateral;
- Parestesia: alteração de sensibilidade ou força, parestesia e paralisia do membro;
- Gangrena gasosa – Infecção grave com crepitação à palpação;
- Fasciite Necrotizante em paciente diabético ou vasculopata;
- Celulite, lingangite necrotizante (> 2 cm ao redor da úlcera ou em pacientes de risco);
- Pé diabético infectado: Pacientes diabéticos com ferimento no pé ou dedos apresentando sinais de infecção como saída de secreção purulenta e fétida, eritema e inflamação locoregional, exposição articular ou óssea com ou sem febre;
- Úlcera profunda com suspeita de comprometimento ósseo ou de articulação em paciente vasculopata;
- Infecção local grave com os sinais de SIRS - Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica, isto é, febre ou condições sistêmicas desfavoráveis;
- TVP ou TEP que não possam ser diagnosticadas e/ou tratadas na unidade de origem;
- Trauma de médio a grandes vasos cervicais ou de membros superiores e inferiores;
- Aneurisma de aorta com sinais de rotura ou iminência;



- Ferimentos causados por traumas sejam cortantes, corto-contusos ou contusos nos membros em pacientes sem vasculopatia NÃO é, inicialmente, paciente para vascular.

13. PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR – URGÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS

São estes os casos em que o paciente deverá ser encaminhado para urgência pois não podem aguardar por consulta ambulatorial e devem ter avaliação imediata do oftalmologista:

- Traumas oculares e orbitários;
- Descolamento de retina com menos de 2 semanas de evolução;
- Crise aguda de glaucoma;
- Corpo estranho na córnea ou intraocular;
- Perda súbita da visão uni ou bilateral;
- Diplopia súbita (com avaliação prévia do neurologista);
- Suspeita de toxoplasmose ocular;
- Endoftalmite;
- Dor ocular aguda;
- Doenças inflamatórias oculares e diagnóstico diferencial de olho vermelho agudo;
- Queimadura ocular (solda, produtos químicos, cáusticos);
- Suspeita de uveíte.

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA SOLICITAR ENCAMINHAMENTO

- História clínica, assim como sua evolução e sinais e sintomas do paciente;
- Indicar presença do uso dos óculos de grau;
- Indicar tratamentos já realizados (se houver);
- Presença de comorbidades;
- Descrever exames prévios de interesse clínico (exames laboratoriais), se houver;
- Sinais vitais atuais (FC, Tax, PA);
- Elencar como procedeu o trauma ou queimadura ocular (se houver – elencando o material);
- Indicar grau de despertar do paciente, assim como Escala de Coma de Glasgow.

**14. PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITALAR – OCLUSÃO ARTERIAL
AGUDA (OAA)**

DEFINIÇÃO

Consiste em uma doença que tem como definição uma súbita diminuição da perfusão de um membro, com possível lesão tecidual e risco de perda da viabilidade da área afetada, cujos sintomas têm duração de menos de duas semanas.

Por se tratar de um quadro agudo em que o membro fica sem a vascularização adequada, deve se proceder de forma sucinta e rápida, com objetivo de preservar o membro acometido.

Sua etiologia pode ser embólica (mais prevalente em pacientes portadores de FA) ou trombótica, por trombose aguda de placa em portadores de DAOP. O paciente apresenta sinais, sintomas e fatores de risco que fazem com que tenhamos celeridade na intervenção (embolectomia, trombectomia, tratamento clínico com anticoagulação, ou até mesmo angiografia com angioplastia e colocação de stents) a fim de evitar, ou pelo menos diminuir, perda tecidual e amputações.

QUANDO UM PACIENTE DEVERÁ SER REGULADO NA SUSPEITA DE OAA

- Paciente com classificação IIa ou IIb na classificação Rutherford;
- Clínica com evolução de, no máximo, 7 dias;
- Clínica compatível com Oclusão Arterial Aguda (2 dos 5 cinco sintomas indicam necessidade);
- Dor aguda em repouso e crescente ou piora de uma claudicação prévia;
- Alteração de cor em membro;
- Ausência de pulso no membro afetado e presente ou ausente no outro;
- Alteração na sensibilidade, fraqueza ou paralisia do membro;
- Frieza em membro acometido.

Quadro 3 - Classificação de Rutherford.

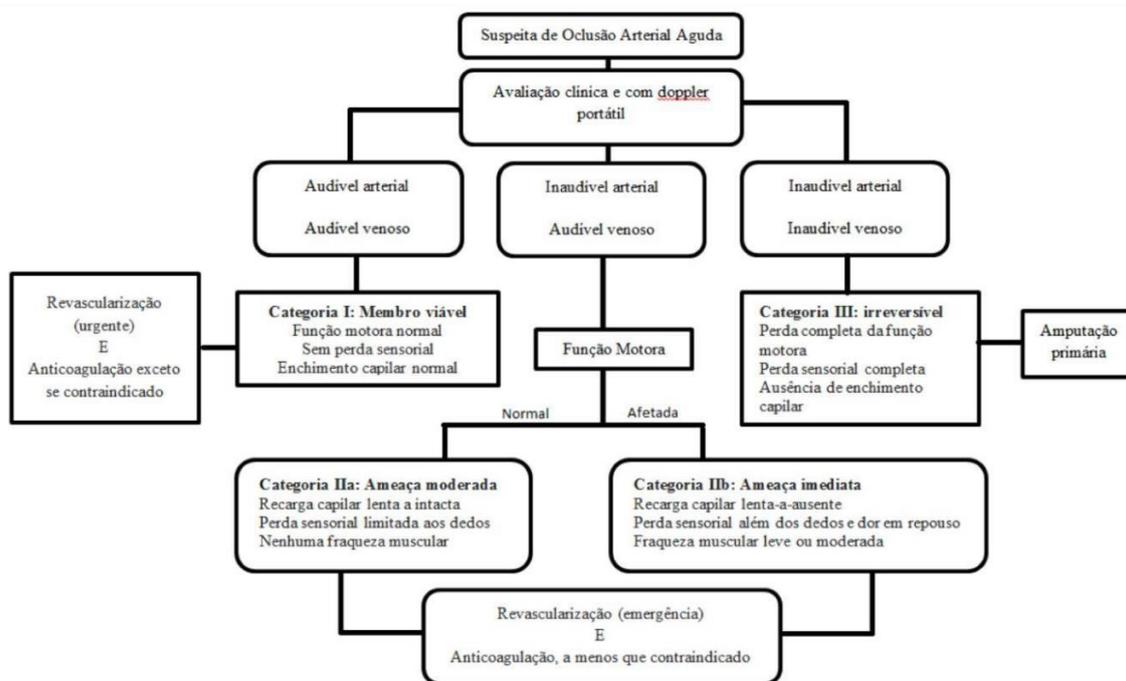
Categoria	Prognóstico	Resposta normal		Sinais ao Doppler	
		Perda Sensória	Paresia	Arterial	Venoso
Viável	Sem risco de perda imediata de membro.	Ausente	Ausente	Presente	Presente
Em risco	Bom prognóstico se tratado precocemente.	Ausente ou mínima (artelhos)	Ausente	Frequente-ausente	Presente
Potencial					
Imediato	Bom prognóstico se tratado imediatamente.	Maior que em artelhos, dor em repouso.	Moderada	Usualmente ausente	Presente

Irreversível	Perda tecidual importante, lesão neurológica irreversível.	Profunda	Paralisia	Ausente	Ausente
---------------------	--	----------	-----------	---------	---------

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA AVALIAÇÃO PRESENCIAL DE PACIENTE COM SUSPEITA DE OAA

- História clínica detalhada com os sinais e sintomas do membro acometido (dor, alteração de temperatura e da sensibilidade em relação ao outro membro, ausência de pulso, palidez ou cianose);
- Elencar duração dos sintomas e progressividade;
- Doenças pré-existentes (DAOP, coronariopatia, arritmia cardíaca, trombofilia, aneurisma de aorta ou poplíteia por exemplo) e medicações de uso contínuo;
- Análise de mobilidade e sensibilidade superficial, reflexos motores e da dor à palpação com descrição da altura;
- Descrever tempo de enchimento capilar do membro acometido e do membro sadio

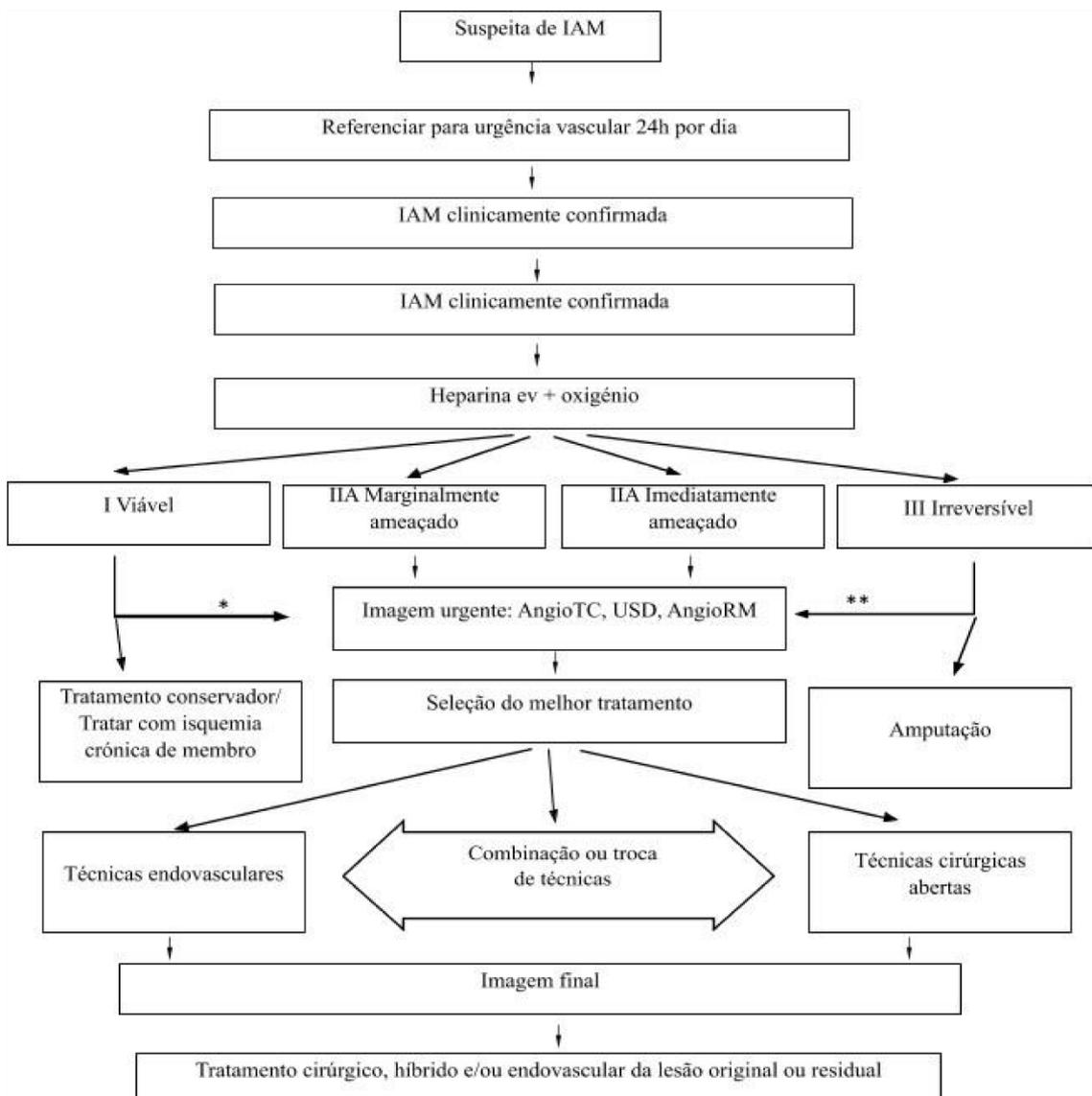
OBS: Casos com categoria III de Rutherford deverão ser direcionados para amputação do membro, após avaliação do vascular, por meio do sistema de avaliação ambulatorial. Exemplo: Paciente com dor súbita, de início há xx horas / dias, que piorou progressivamente. Apresenta ausência / presença de sensibilidade e/ou mobilidade dos dedos / pé, com frialdade e palidez / cianose. Pulso femoral, poplíteo, pedioso, tibial posterior presente ou ausente. Portador de tal patologia, em uso de tal medicação.



Fluxograma de diagnóstico e tratamento para oclusão arterial aguda (Gerhard-Herman MD et al, 2017).

ORIENTAÇÕES INICIAIS ANTES DA TRANSFERÊNCIA:

- Boa hidratação venosa;
- Controle da dor;
- Aquecimento do membro (bota com algodão ortopédico ou similares);
- Dose de ataque com Heparina não fracionada 5000u em bolus IV e manutenção devem ser orientados pela equipe vascular que vai receber o caso.





ALGORITMO DE TOMADA DE DECISÃO FACE A SUSPEITA DE ISQUEMIA AGUDA DE MEMBRO – Recomendações da Sociedade Europeia de cirurgia vascular (ESVS) 2020.

- *Em doentes com claudicação de início súbito, o tratamento conservador é o mais seguro.
- **Em doentes com déficite motor de curta duração, há uma pequena hipótese de salvamento do membro.
- Em casos muito selecionados, revascularização urgente pode ser considerada.
- IAM=Isquemia aguda de membro;
- SC=Síndrome compartimental;
- Todas as recomendações referem-se ao membro inferior



15. REFERÊNCIAS

ALBRICKER, Ana Cristina Lopes et al. Diretriz Conjunta sobre Tromboembolismo Venoso–2022. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 118, p. 797-857, 2022.

BORTOLUZZI, Bernardo Nadal; DE OLIVEIRA, Eduardo Anton; FRAGA. Avaliação do impacto dos Protocolos de Pesquisa Clínica em Pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico em um Hospital de nível terciário de Urgências e Emergências. 2019. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

CONITEC, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. Brasília - Df: Ministério da Saúde, 2021. 120 p. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/consultas/relatorios/2021/20211230_relatorio_recomendacao_avci_agudo_cp110.pdf. Acesso em: 26 set. 2023.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA et al. Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. In: Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. 2000. p. 118-118.

HARZHEIM, Erno; AGOSTINHO, Milena Rodrigues; KATZ, Natan. Protocolos de encaminhamento para nefrologia adulto. Porto Alegre - Rs: Regula Sus, 2015. Disponível em: <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201712/13112325-protocolos-ses-nefrologia.pdf>. Acesso em: 26 set. 2023.

LOUREIRO, Fernanda Croce Pinheiro et al (org.). PROTOCOLO DE REGULAÇÃO FORMATIVA PARA ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS Otorrinolaringologia. Vitória - Es: Governador do Estado do Espírito Santo, 2020. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Protocolos%20de%20Regula%C3%A7%C3%A3o%20Formativa/Protocolo_Otorrinolaringologia_janeiro.pdf. Acesso em: 26 set. 2023.

MAFRA, Adriana de Azevedo (ed.). Abordagem aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral. Vitória - Es: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2018.

MARTINS, S. C. et al. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. MARTINS, Sheila Cristina Ouriques (org.). Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília - Df: Ministério da Saúde, 2013. 54 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf. Acesso em: 26 set. 2023.

ANDRADE, Luiz Carlos V. de (org.). Protocolo Gerenciado em Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. São Paulo - Sp: Associação Beneficente Síria, 2012. Disponível em: <https://www.hcor.com.br/area-medica/wpcontent/uploads/2020/11/4.-Protocolo-AVC.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2023.



BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leiamais-o-ministerio/840-ctie-raiz/dafraiz/cgceaf-raiz/cgceaf/13-cgceaf/11646-pcdt>> Acesso em: 26 setembro 2023.

MORO, C. H. C. et al. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

OLIVEIRA-FILHO, Jamily et al. Guidelines for acute ischemic stroke treatment: part I. Arquivos de neuropsiquiatria, v. 70, p. 621-629, 2012.

PADILHA, ALEXANDRE ROCHA SANTOS et al. PORTARIA No-664, DE 12 DE ABRIL DE 2012. 2010.

PELLOZO, Fernando et al. Elaboração de protocolo de referência e contra referência do paciente com acidente vascular encefálico para a fisioterapia na atenção primária à saúde. 2020.

JHONY WESLLYS BEZERRA COSTA
Presidente da CIB/PB

RAFAEL AIRES TENÓRIO
Sec. Municipal de Saúde de Mamanguape/PB
Diretoria do COSEMS/PB