

PORTARIA NORMATIVA Nº. 004-2010/DIASS

Institui **PROTOCOLOS CLINICOS DE UTI**, para atendimento aos usuários do IPASGO SAÚDE.

O Diretor de Assistência do Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás - IPASGO -, no uso das atribuições legais conferidas pelo Decreto de 02 de agosto de 2005, Diário Oficial nº. 19.699 e Decreto de 21 de agosto de 2008, Diário Oficial nº. 20.437 e;

Considerando a necessidade de atualização das normativas técnicas existentes no âmbito do IPASGO SAÚDE na operacionalização dos serviços de terapia intensiva;

Considerando a necessidade de uniformização entre as solicitações de atendimentos realizados pelos prestadores e a autorização e análise por parte da auditoria do IPASGO SAÚDE;

Considerando os estudos realizados em conjunto com a equipe técnica do IPASGO SAÚDE e os representantes dos prestadores na especialidade, com estabelecimento de consenso nos aspectos normativos de atendimento nesses serviços e;

Considerando ainda, a necessidade de cumprimento às normas estabelecidas pelo sistema de gestão de qualidade S.G.Q. – e demais atos normativos vigentes, resolve editar a seguinte

PORTARIA NORMATIVA, QUE INSTITUI OS PROTOCOLOS CLINICOS DE UTI:

Art.1º Fica instituído os **PROTOCOLOS CLINICOS DE UTI** com critérios de internação, orientação quanto à utilização de materiais e medicamentos, bem como da solicitação de serviços especializados como Hemoterapia, Hemodiálise e da Assistência Multiprofissional (como fisioterapia e fonoaudiologia), discriminados no ANEXO I.

Art.2º Mantêm-se as formas anteriores de solicitação dos atendimentos realizados em ambiente de terapia intensiva, conforme as Portarias Normativas vigentes, reafirmando a necessidade da autorização prévia por parte da auditoria médica autorizativa ou em atuação operativa, e da obrigatoriedade de justificativa em prontuário do paciente quando da necessidade de utilização dos seguintes procedimentos: **Hemodiálise, Hemoterapia, Materiais e Medicamentos de Alto Custo, Dietas Parenterais e Enterais, Procedimentos Invasivos, dentre outros.**

Art.3º Os casos especiais, serão analisados conjuntamente pela Auditoria Especializada, Assessoria Especializada da Diretoria de Assistência, Coordenadores de Auditoria e Diretor de Assistência.

Art.4º Esta Portaria Normativa entrará em vigor, em 26 de fevereiro de 2010, revogando-se as disposições em contrário.

DÊ-SE CIÊNCIA E CUMpra-SE.

GABINETE DO DIRETOR DE ASSISTÊNCIA DO IPASGO, em Goiânia, aos 12 dias do mês de fevereiro de 2010.

*Dr. Bento Xavier de Almeida*  
Diretor de Assistência

Visto:

*Dr. Geraldo Lemos Scarulles*  
Presidente do IPASGO

PG

## **ANEXO II (PROTOSCOLOS CLINICOS DE UTI)**

### ORDEM DE SERVIÇO Nº. 001-2010/DIASS

Institui padronização no cálculo de uso de oxigênio em UTI no âmbito do IPASGO SAÚDE.

O Diretor de Assistência do Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás - IPASGO -, no uso das atribuições legais conferidas pelo Decreto de 02 de agosto de 2005, Diário Oficial nº. 19.699 e Decreto de 21 de agosto de 2008, Diário Oficial nº. 20.437 e;

Considerando a necessidade de padronizar o cálculo de uso oxigênio em UTI pela auditoria analítica do IPASGO SAÚDE;

Considerando que esta ORDEM DE SERVIÇO, fará parte, como ANEXO II, do PROTOCOLOS CLINICOS DE UTI e;

Considerando ainda, a necessidade de cumprimento às normas estabelecidas pelo Sistema de Gestão da Qualidade – S.G.Q. – e demais atos normativos vigentes, resolve editar a seguinte

#### **ORDEM DE SERVIÇO:**

Art.1º Paciente em ventilação mecânica (intubado ou traqueostomizado), com oxigênio prescrito em prontuário, o oxigênio, deverá ser calculado de acordo com a Fração Inspirada de Oxigênio (FIO2) descrita na evolução médica e/ou da fisioterapia diária, onde além da FIO2 deve constar a modalidade ventilatória e PEEP (Pressão Positiva Expiratória Final). Sendo necessário a prescrição médica em prontuário do paciente.

Art.2º O cálculo é efetuado com a multiplicação da FIO2 (Fração Inspirada de Oxigênio) x 60 minutos x horas de utilização. Exemplo: FIO2 35% ÷ 100 = 3,5 x 60 = 210 litros por hora “60 minutos”, multiplicado por 24h (60 x 24) = 5040 litros por dia de oxigênio.

Art.3º Lembrando que as prescrições médicas de oxigênio de UTI geralmente são de 10 litros por minuto em VM (ventilação mecânica), entretanto, estudos comprovam que doses altas de oxigênio levam a toxicidade pulmonar.

Art.4º Pacientes utilizando oxigênio em máscara será efetuado cálculo até 5 l/min de acordo com evolução médica e/ou fisioterapia diária, sendo necessário à prescrição médica em prontuário do paciente.

Art.5º Pacientes utilizando oxigênio em cateter ou cânula nasal deverá ser efetuado cálculo de até 2 l/min.

**DÊ-SE CIÊNCIA E CUMPRA-SE.**

GABINETE DO DIRETOR DE ASSISTÊNCIA DO IPASGO, em Goiânia, aos 12 dias do mês de fevereiro de 2010.

*Dr. Bento Xavier de Almeida*  
Diretor de Assistência

Visto:

*Dr. Geraldo Lemos Scarulles*  
Presidente do IPASGO

PG

# PROTÓCOLOS CLÍNICOS DE UTI

## ANEXO I

## ÍNDICE

|                                                                                      |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>I- ASPECTOS GERAIS.....</b>                                                       | <b>05</b>     |
| 1. Critérios para internação em UTI adulta.....                                      | 05            |
| 2. Critérios de admissão na unidade de terapia intensiva neonatal .....              | 08            |
| 3. Critérios de internação em unidade de terapia intensiva infantil.....             | 10            |
| 4. Indicação para o uso da ventilação mecânica não-invasiva.....                     | 11            |
| 5. Contra indicações para o uso da ventilação não-invasiva com pressão positiva..... | 13            |
| 6. Desmame da ventilação mecânica.....                                               | 13            |
| 7. Estratégias para desmame da ventilação mecânica.....                              | 15            |
| <br><b>II- PROCEDIMENTOS E MATERIAIS.....</b>                                        | <br><b>16</b> |
| 1. UTI.....                                                                          | 16            |
| 2. Centro Cirúrgico.....                                                             | 22            |
| 3. Materiais no quarto.....                                                          | 22            |
| <br><b>III- USO DE CATETERES E FILTROS.....</b>                                      | <br><b>24</b> |
| 1. Cateteres.....                                                                    | 24            |
| 2. Filtros umidificadores.....                                                       | 25            |
| <br><b>IV- MEDICAMENTOS, ANTIBIOTICOTERAPIA E SEDAÇÃO.....</b>                       | <br><b>26</b> |
| 1. Medicamentos de uso restrito.....                                                 | 26            |
| 2. Medicamentos de uso controlado.....                                               | 26            |
| 3. Medicamentos de uso terapêutico controlado pela CCIH do hospital.....             | 27            |
| 4. Medicamentos de uso monitorado pela auditoria do IPASGO.....                      | 27            |
| 5. Relação de medicamentos de alto custo.....                                        | 28            |

|                                                                          |           |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6. Diretrizes para o uso de antibioticoprofilaxia em cirurgia IPASGO.... | 29        |
| 7. Agentes utilizados com maior frequência em UTI.....                   | 31        |
| <b>V- HEMOTERAPIA.....</b>                                               | <b>33</b> |
| 1. Hemoterapia em UTI-Proposta de condutas e diretrizes terapêuticas.    | 33        |
| a) Conceitos gerais.....                                                 | 33        |
| b) Objetivos.....                                                        | 33        |
| c) Princípios básicos.....                                               | 33        |
| d) Indicações de hemocomponentes.....                                    | 34        |
| e) Lavagem de hemocomponentes.....                                       | 36        |
| f) Irradiação de hemocomponentes.....                                    | 36        |
| g) Leucorredução de hemocomponentes por filtro.....                      | 36        |
| h) Dosagem dos hemocomponentes.....                                      | 36        |
| i) Tempo de infusão dos hemocomponentes.....                             | 36        |
| j) Circunstâncias especiais.....                                         | 37        |
| 2. Mantem-se a resolução da portaria normativa nº 03-2006/PR.....        | 37        |
| 3. Mantem-se a resolução da portaria normativa nº 16-2006/DIASS.....     | 40        |
| <b>VI- FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA.....</b>                            | <b>43</b> |
| 1. Atendimento em fisioterapia hospitalar.....                           | 43        |
| 2. Atendimento fonoaudiológico hospitalar.....                           | 45        |
| <b>VII- AVALIAÇÃO LABORATORIAL DIÁRIA .....</b>                          | <b>46</b> |
| 1. Avaliação laboratorial diária em terapia intensiva.....               | 46        |
| 2. Padronização mínima de solicitação de exames.....                     | 47        |
| 3. Roteiro de padronização para uso de HGT.....                          | 49        |

|                                                                |               |
|----------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>VIII- HEMODIÁLISE.....</b>                                  | <b>50</b>     |
| 1. Mantêm-se a resolução da portaria normativa nº 08-2006..... | 50            |
| <br><b>IX- OXIGENIOTERAPIA.....</b>                            | <br><b>52</b> |
| 1. Ventilação não-invasiva.....                                | 52            |
| 2. Oxigenioterapia.....                                        | 52            |
| 3. Sistema de aspiração fechado.....                           | 52            |
| <br><b>X-DEFINIÇÃO DE SIGLAS.....</b>                          | <br><b>53</b> |

## **I- ASPECTOS GERAIS**

### **1. CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO EM UTI ADULTA**

O Auditor médico deverá pesquisar por sinais, sintomas e alterações objetivas da avaliação inicial do paciente que mostre necessidade de cuidados intensivos. Esta avaliação poderá ser feita na descrição de internação quando o auditor não presenciar a internação ou diretamente no leito, com participação do médico plantonista, quando o auditor estiver presente no momento da internação.

“A Terapia Intensiva tem como definição oferecer cuidados a pacientes em condições graves , potencialmente recuperáveis, que se beneficiem de observação detalhada e tratamento invasivo”

Quem Não Admitir?

“Muito bem para se beneficiar”

“Muito mal para se beneficiar

Quando Admitir na UTI?

### **AVALIAÇÃO SUBJETIVA**

#### **Sinais de Gravidade:**

- Dificuldade de manter vias aéreas permeas
- Parada respiratória
- FR > 40 ou < 8 ipm
- SO<sub>2</sub> < 90% (se FiO<sub>2</sub> > 50%)
- PS < 90mmHg
- Perda súbita da consciência
- Convulsões subentrantes
- CO<sub>2</sub> com acidose respiratória

### **Avaliação do paciente grave:**

#### **Alterações Renais**

- o Oligúria
- o Sintomas de uremia
- o Acidose metabólica severa

- o Instabilidade hemodinâmica
- o Distúrbios eletrolíticos (hiperpotassemia, hiperosmolaridade...)

#### Alterações Neurológicas

- o Obstrução de vias aéreas
- o Ausência de gag ou reflexo da tosse
- o Manuseio da PIC
- o PIC elevada requerendo tratamento
- o Convulsões prolongadas e subentrantes
- o Hipoxemia / Hipercapnia / hipocapnia

#### **Considerações na Falência Respiratória**

- PO<sub>2</sub> < 80mmHg ou SO<sub>2</sub> < 90% (oxigênio suplementar)
- Manter permeabilidade de vias aéreas (posição adequada, •cânula orofaríngea, TOT)
- Diminuição da Consciência
- Intubação não deve ser guiada apenas por gasometria

#### **Pós-operatório – Avaliar o conjunto das alterações cirúrgicas.**

Pós-operatório que requer monitorização, suporte ventilatório, cuidados intensivos de enfermagem:

- o Idade > 70 anos
- o Cirurgia de grande porte e extensa
- o Instabilidade hemodinâmica
- o Hemorragia maciça
- o Sepsis grave
- o Insuf. Respiratória
- o Falência renal

**Sistema Cardiovascular:** IAM, choque cardiogênico, arritmias complexas, EAP, emergências hipertensivas, angina instável, pós-PCR, ADO, BAVT...

- **Aparelho Respiratório:** falência respiratória aguda (VM), TEP, hemoptise, necessidade de cuidados respiratórios intensivos

- **Desordens Gastrointestinais:** HAD com distúrbio hemodinâmica, FHF, pancreatite grave...
- **Endócrinas:** CAD complicada, tempestade tiroidiana, mixedema, SHONC, distúrbios eletrolíticos
- **Desordens Neurológicas:** AVC com alteração da consciência, coma (metabólico, tóxico, anóxico), HSA, HIC, estado epléptico, vasoespasma, morte-encefálica em doador.
- **Intoxicação (Overdose):** perda da consciência, hemodinamicamente instável, convulsões.
- **Miscelânea:** choque séptico, monitorização hemodinâmica, injúrias ambientais.

### **Parâmetros objetivos**

- FC < 40 ou > 150 bpm
- PAS < 80 mmHg
- PAM < 60 mmHg
- FR > 35 ipm
- Na < 110 ou > 170 mEq/l
- K < 2 ou > 7 mEq/l
- PO<sub>2</sub> < 50 torr
- pH < 7,1 ou > 7,7
- Glicemia ≥ 400 mg%
- Ca > 15 mg%
- CT crâneo alterada com hemorragia, contusão
- Ruptura de víscera
- ECG – IAM, arritmias com instabilidade

## **2. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

### **SISTEMA RESPIRATÓRIO**

- RN intubado ou necessitando de intubação independente da etiologia
- Doença pulmonar das vias aéreas com risco de evoluir para obstrução
- Necessidade de oxigênio FiO<sub>2</sub> maior ou igual 50%
- Necessidade de instalar traqueostomia com ou sem ventilação mecânica

- Malformação do aparelho respiratório: hérnia diafragmática, atresia ou hipoplasia pulmonar, doença adenomatóide cística, enfisema lobar congênito, quilotórax, malformação torácica grave
- Pós-operatório de cirurgia torácica
- Crises de apnéia

## **SISTEMA CARDIOVASCULAR**

- Choque
- Cardiopatia congênita cianótica
- Arritmias
- Insuficiência cardíaca congestiva grave
- Cardiopatia congênita acianótica descompensada
- Pós-operatório de cirurgia cardíaca
- Necessidade de marcapasso cardíaco
- Estado de pós reanimação cardíaca

## **SISTEMA NERVOSO**

- Convulsões
- Asfixia grave
- Pós-operatório de neurocirurgia
- Infecção do sistema nervoso central com depressão neurológica
- Traumatismo craniano com hipertensão intracraniana
- Malformações do SNC (mielomeningocele, encefalocele)

## **SISTEMA GASTROINTESTINAL**

- Hemorragias digestivas
- Quadros de obstrução intestinal
- Enterocolite necrosante aguda
- Ascites importantes com restrição respiratória

## **CONDIÇÕES CIRÚRGICAS (no pré operatório)**

- Atresia de esôfago
- Defeitos da parede: onfalocele e gastrosquise
- Tumores que comprimem vias aéreas ou estruturas importantes

MISSÃO DO IPASGO: Gerenciar, de forma eficiente e eficaz, um sistema de assistência à saúde que proporcione a satisfação de seus clientes. (rev.24/06/08)

## **PROBLEMAS HEMATOLÓGICOS**

- Exsanguineotransusão
- Distúrbios hemorrágicos com sangramento

## **PROBLEMAS ENDÓCRINO-METABÓLICOS**

- Distúrbio da glicose de difícil controle
- Distúrbios ácidos-básicos graves\*
- Distúrbios hidroeletrólíticos graves\*
- Genitália ambígua, formas perdedoras de sal e água
- Erros inatos do metabolismo

\*entende-se por graves aqueles com sintomas ou risco iminente de arritmias, convulsões ou paradas cardio-respiratórias.

As recomendações pediátricas são semelhantes às adultas, porém acrescenta-se as malformações (todas) que cursam com (ou com risco iminente de) insuficiência respiratória, cardíaca ou depressão neurológica. O neonato pode ser internado na UTI pediátrica na ausência de leito neonatal. Porém segue-se os seguintes critérios:

1. RN (até 28 dias de vida no dia da admissão) proveniente da sala de parto, ou berçário, ou alojamento conjunto ou da comunidade deverá ir para UTI neonatal
2. RN transferido de outra unidade de terapia intensiva, mesmo sendo neonatal, deve ir para pediátrica (risco de infecção para a UTI neonatal)
3. Crianças e adolescentes até 14 anos devem ir para UTI pediátrica (salvo na ausência de leitos de pediátrica pode-se dar suporte em UTI adulto sob orientação da Pediatria)
4. Adolescentes de 14 a 18 anos podem ser encaminhados para UTI Pediátrica ou Adulto, dependendo da disponibilidade de leito, indicação do médico assistente e causa da doença de base (malformações congênitas é preferível, mas não obrigatório UTI Pediátrica)

## **3.CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA INFANTIL**

Para caracterizar as indicações de internação em UTI, usaremos os critérios da Portaria SESA 767/94:

MISSÃO DO IPASGO: Gerenciar, de forma eficiente e eficaz, um sistema de assistência à saúde que proporcione a satisfação de seus clientes. (rev.24/06/08)

Art.1º - PARÁGRAFO PRIMEIRO - Critérios para admissão: será admitido na UTI todo paciente que:

1- Estiver gravemente enfermo e seja potencialmente recuperável.

1.1 - Considera-se gravemente enfermo aquele que apresentar situação clínica ou cirúrgica aguda, ameaçadora da vida, com insuficiência de um ou mais de seus sistemas fisiológicos básicos.

2- Apresentar-se como de alto risco, necessitando de monitorização e vigilância intensivas:

2.1 - Considera-se paciente de alto risco aquele que:

2.1.1 - apresentar situação clínica crítica;

2.1.2 - no pré-operatório evidencie risco cirúrgico aumentado por apresentar situação clínica de doença crônica;

2.1.3 - estiver em pós-operatório imediato de cirurgia em cujo trans-operatório apresentou uma ou mais insuficiência de sistema orgânico básico;

2.1.4 - estiver em pós-operatório imediato de cirurgia de grande porte.

3- Em morte cerebral, necessitar de cuidados intensivos por tratar-se de potencial doador, desde que a unidade hospitalar esteja vinculada a um Centro de Transplante de Órgãos.

4- No período neonatal, apresentar distúrbios fisiopatológicos conseqüentes a patologias específicas do recém-nascido, com indicação para UTI.

5- Necessitar realizar prova terapêutica que implique em riscos e necessite monitorização”

Os critérios para alta encontram-se no mesmo artigo da Portaria 767/94: PARÁGRAFO SEGUNDO – “Critérios para alta: será permitida a permanência do paciente em UTI enquanto durarem as causas que justificaram sua admissão ou até que se concretizem os transplantes de órgãos”.~

A quem compete a decisão de internar?

- O médico assistente ou plantonista não-intensivista refere o paciente para uma avaliação para o tratamento intensivo
- O intensivista avalia o paciente e toma a decisão final de internar ou não, baseado nas condições do paciente, disponibilidade de vagas e estratégia institucional

#### **4.INDICAÇÕES PARA O USO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO-INVASIVA**

##### **EXACERBAÇÃO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA-DPOC:**

VNI deve ser utilizada como tratamento de primeira escolha para pacientes com agudização da DPOC, especialmente para aqueles pacientes com exacerbação grave, caracterizada pela presença de acidose respiratória ( $\text{pH} < 7,35$ ) que persiste a despeito de tratamento médico máximo associado a oxigenioterapia controlada. O uso de VNI diminui a necessidade de intubação e reduz a mortalidade hospitalar desses pacientes. Por esses motivos, essa intervenção deve estar disponível nos hospitais que atendam pacientes com exacerbação de DPOC.

##### **EDEMA AGUDO DE PULMÃO:**

VNI pode ser utilizada em conjunto com o tratamento medicamentoso convencional para o cuidado de pacientes selecionados com exacerbação aguda e grave da asma. Pacientes com hipercapnia associada à hipoxemia parecem ser os que mais se beneficiam do uso da VNI com PEEP acrescido de pressão de suporte (PEEP+PS) no tratamento do EPC. O uso da pressão expiratória de 10 cmH<sub>2</sub>O parece ser o ponto chave do benefício respiratório/hemodinâmico para pacientes com edema agudo dos pulmões de origem cardíaca, tanto durante o uso do CPAP, quanto na VNI com PEEP+OS.

##### **EXACERBAÇÃO DA ASMA:**

VNI pode ser utilizada em conjunto com o tratamento medicamentoso convencional para o cuidado de pacientes selecionados com exacerbação aguda e grave da asma.

##### **INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA HIPOXÊMICA:**

A VNI pode ser benéfica na insuficiência respiratória hipoxêmica, porém, seu uso deve ser cauteloso. A insuficiência respiratória hipoxêmica pode ser causada por várias doenças, com características fisiopatológicas e curso clínico distintos, o que torna a avaliação dos benefícios do uso da VNI para o tratamento de pacientes nessa condição complexa.

## **PACIENTES TERMINAIS:**

O uso da VNI pode ser útil para tratar a insuficiência respiratória de pacientes terminais, desde que a causa da insuficiência respiratória seja potencialmente reversível e não represente somente a evolução final de doença pulmonar ou extrapulmonar.

## **EM PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO:**

A VNI pode ser utilizada com cautela para o tratamento da insuficiência hipoxêmica no período pós-operatório imediato de cirurgias abdominais e torácicas eletivas. A utilização da VNI no período pós-operatório deve respeitar as limitações e contra-indicações para o seu uso.

## **INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA PÓS-EXTUBAÇÃO:**

A VNI não deve ser utilizada como método de resgate na insuficiência respiratória desenvolvida após a extubação, pois ela pode retardar a reintubação.

## **ESTRATÉGIA DE DESMAME:**

A VNI através de máscara facial como estratégia de desmame pode ser utilizada em pacientes com repetidas falhas no teste de respiração espontânea, porém, as evidências de seu benefício ainda são consideradas insuficientes.

## **5.CONTRA INDICAÇÕES PARA O USO DA VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA COM PRESSÃO POSITIVA**

- A- Diminuição da consciência ,sonolência, agitação, confusão ou recusa do paciente.
- B- Instabilidade hemodinâmica com necessidade de medicamento vasopressor, choque ( pressão arterial sistólica< 90mmHg, arritmias complexas.
- C- Obstrução de via aérea superior ou trama de face.
- D- Tosse ineficaz ou incapacidade de deglutição
- E- Distensão abdominal , náuseas ou vômitos.
- F- Sangramento digestivo alto.
- G- Infarto agudo do miocárdio.
- H- Pós-operatório recente de cirurgia de face, de via aérea superior ou esôfago.
- I- Uso de VNI é controverso: pós-operatório de cirurgia gástrica, gravidez.

## **6. DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA**

### **Definições:**

Desmame é o processo de transição da ventilação artificial para a espontânea nos pacientes que permanecem em ventilação mecânica invasiva por tempo superior a 24 horas.

### **INTERRUPÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA:**

Refere-se aos pacientes que toleraram um teste de respiração espontânea e que podem ou não ser elegíveis para extubação. O teste de respiração espontânea é realizado permitindo-se que o paciente ventile espontaneamente através do tubo endotraqueal, conectado a uma peça em forma de “T”, com uma fonte enriquecida de oxigênio ou recebendo pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP) de 5 cm H<sub>2</sub>O ou com ventilação com pressão de suporte (PSV) de até 7 cm H<sub>2</sub>O.

### **EXTUBAÇÃO E DECANULAÇÃO:**

Extubação é a retirada da via aérea artificial. No caso de pacientes traqueostomizados, utilizando-se o termo decanulação.

### **REINTUBAÇÃO OU FRACASSO DE EXTUBAÇÃO:**

É a necessidade de reinstituir a via aérea artificial. A reintubação é considerada precoce quando ocorre em menos de 48 horas após a extubação (ou decanulação).

### **SUCESSO E FRACASSO DA INTERRUPÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA:**

Pacientes que obtiveram sucesso no teste de respiração espontânea devem ser avaliados quanto à indicação de retirada da via aérea artificial. Quando o paciente não tolera o teste de respiração espontânea, considera-se fracasso na interrupção da ventilação mecânica. No fracasso de interrupção da ventilação mecânica, o paciente deverá receber suporte ventilatório que promova repouso da musculatura. Uma revisão das possíveis causas desse fracasso deverá ser feita pela equipe assistente, bem como o planejamento da estratégia a ser adotada a seguir- nova tentativa de interrupção da ventilação mecânica ou desmame gradual.

## **SUCESSO E FRACASSO DO DESMAME**

Define-se sucesso do desmame a manutenção da ventilação espontânea durante pelo menos 48 horas após a interrupção da ventilação artificial. Considera-se fracasso ou falência do desmame, se o retorno à ventilação artificial for necessário neste período.

## **VENTILAÇÃO MECÂNICA PROLONGADA:**

É a dependência da assistência ventilatória, invasiva ou não-invasiva, por mais de 6 horas por dia por tempo superior a três semanas, apesar de programas de reabilitação, correção de distúrbios funcionais e utilização de novas técnicas de ventilação.

## **7. ESTRATÉGIAS PARA DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA**

A- Estabelecer estratégias para identificar sistematicamente os pacientes elegíveis para o teste de respiração espontânea.

B- Pacientes sob ventilação mecânica recebendo sedativos, particularmente em infusão contínua, devem ter a sedação guiada por protocolos e metas que incluam interrupção diária da infusão.

C- A avaliação para iniciar teste de respiração espontânea deve ser baseada primeiramente na evidência de melhora clínica, oxigenação adequada e estabilidade hemodinâmica.

## **II-PROCEDIMENTOS E MATERIAIS**

### **MANTEM-SE A RESOLUÇÃO DA ORDEM DE SERVIÇO Nº 017-2008/DIASS**

Art.1º Fica instituído as seguintes normas de procedimentos, materiais e medicamentos a serem utilizados nos serviços especializados:

#### **I - UTI:**

**1 - CURATIVO:** É necessária a prescrição médica correta para cada curativo, com localização da lesão, checagem do procedimento realizado pela enfermagem, evolução somente pela ENFERMAGEM contendo área da lesão, tipo de tecido (crosta, granulação, epitelização, necrose, fibrina, etc.), exsudato (quantidade e aspecto) e cobertura primária utilizada de acordo com o tipo de tecido e exsudato presente, sendo que este relatório justifica o gasto do material.

**Paga-se 01 (uma) vez por dia. Se houver necessidade de mais vezes deverá ser justificado pelo médico assistente ou chefia de enfermagem.**

#### **1.1-Curativo pequeno:**

Tipos de ocorrência:

- Cateteres venosos e arteriais
- Cicatrização do coto umbilical
- Fistulas anais
- Flebotomias e/ou subclávia/ jugular
- Hemorroidectomias
- Pequenas incisões
- Oftálmicos
- Traqueostomias
- DPI (Cateter de diálise peritoneal intermitente)
- Outros: especificar

**Obs.:** A grande maioria das incisões cirúrgicas pequenas permanecem abertas após 24 horas sendo necessário apenas o soro fisiológico para limpeza da incisão.

| <b>CODIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO MAT/MED</b> | <b>QUANTIDADE</b> |
|---------------|--------------------------|-------------------|
| 4356-7        | Povidine                 | 10 ml             |
| 0864-8        | Esparadrapo              | 10 cm             |
| 0597-5        | Gazes                    | 10 uni            |
| 2054-0        | Soro Fisiológico         | 1 fr. 125 ml      |
| 3322-7        | Luva Cirúrgica Estéril   | 1 par             |

## 1.2 - Curativo médio:

Tipos de ocorrência:

- Cesáreas Infectadas
- Incisões com dreno
- Lesões cutâneas
- Abscessos drenados
- Ulceras de pressão
- Outros: especificar

| <b>CODIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO MAT/MED</b> | <b>QUANTIDADE</b> |
|---------------|--------------------------|-------------------|
| 0864-8        | Esparadrapo              | 20 cm             |
| 0597-5        | Gazes                    | 20 um             |
| 2054-0        | Soro Fisiológico         | 1 fr. 125 ml      |
| 2895-9        | Dersani                  | 5 ml              |
| 3322-7        | Luva Cirúrgica Estéril   | 1 par             |

Medicamentos como (AGE, colagenase, saf gel, alginato de cálcio, placa de hidrocoloide) devem ter prescrição médica à parte e constar na evolução da enfermagem.

Se prescrito:

| <b>CODIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO MAT/MED</b>       | <b>QUANTIDADE</b> |
|---------------|--------------------------------|-------------------|
| 1270-0        | Colagenase                     | 4 gr              |
| 5501-8        | Alginato de Cálcio em Hidrogel | 4 gr              |

### 1.3 - Curativo grande:

Tipos de ocorrência:

- Incisões contaminadas
- Grandes cirurgias – incisões extensas. Ex. Cirurgia torácica, cardíaca etc.
- Queimaduras: especificar áreas e/ou grau da queimadura
- Toracotomia c/ drenagem
- Úlceras infectadas.
- Úlcera de Decúbito (especificar tamanho e profundidade)
- Outros: especificar a ocorrência e justificar
- Algumas lesões com drenos e ostomias podem gastar mais de um frasco de soro fisiológico no curativo.

| <b>CODIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO MAT/MED</b> | <b>QUANTIDADE</b> |
|---------------|--------------------------|-------------------|
| 0864-8        | Esparadrapo              | 20 cm             |
| 0597-5        | Gazes                    | 30 uni            |
| 2055-9        | Soro fisiológico         | 1 fr. 250 ml      |
| 2895-9        | Dersani                  | 10 ml             |
| 3322-7        | Luva Cirúrgica Estéril   | 1 par             |

Se prescrito:

| <b>CODIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO MAT/MED</b>       | <b>QUANTIDADE</b> |
|---------------|--------------------------------|-------------------|
| 1270-0        | Colagenase                     | 5 gr              |
| 5501-8        | Alginato de Cálcio em Hidrogel | 5 gr              |

## 2 – ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS:

| CODIGO | DESCRIÇÃO MAT/MED             | QUANTIDADE   |
|--------|-------------------------------|--------------|
| 3322-7 | Luva Cirúrgica Estéril        | 1 par        |
| 3478-9 | Sonda para aspiração traqueal | 1 uni        |
| 0597-5 | Gazes                         | 05 uni       |
| 2054-0 | Soro Fisiológico              | 1 fr. 125 ml |

## 3 – HIGIENE ORAL:

| CODIGO | DESCRIÇÃO MAT/MED   | QUANTIDADE |
|--------|---------------------|------------|
| 5235-3 | Abaixador de Língua | 1 uni      |
| 0483-9 | Cepacol             | 10 ml      |
| 0597-5 | Gazes               | 10 uni     |

## 4 – TROCA DE BOLSA DE COLOSTOMIA:

| CODIGO | DESCRIÇÃO MAT/MED                                   | QUANTIDADE |
|--------|-----------------------------------------------------|------------|
| 2201-2 | Bolsa de colostomia karaya<br>com grampo 7/7 (dias) | 01 uni     |
| 2054-0 | Soro fisiológico                                    | 125 ml     |
| 0597-5 | Gazes                                               | 10 uni     |

## 5 – SONDAGEM DE DEMORA (Sonda de Foley):

| CODIGO | DESCRIÇÃO MAT/MED                       | QUANTIDADE |
|--------|-----------------------------------------|------------|
| 0597-5 | Gazes                                   | 10 uni     |
| 3322-7 | Luva estéril (PMG)                      | 01 par     |
| 2274-8 | Lidocaina Gel                           | 5 gr       |
| 5230-2 | Degermante Líquido (cloxidina/PVPI)     | 10 ml      |
| 1977-1 | Sonda de Foley                          | 01 uni     |
| 0273-9 | Bolsa coletora de urina sistema fechado | 2000 ml    |

**Obs.:** Sonda e coletor - troca mínima com 08 dias, salvo relatório explicando antecipação da troca e/ou indicação da CCIH.

**6 – SONDAGENS (Nasogástrica ou nasoenteral):**

| <b>CODIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO MAT/MED</b>    | <b>QUANTIDADE</b> |
|---------------|-----------------------------|-------------------|
| 0597-5        | Gazes                       | 10 uni            |
| 1916-0        | Seringa desc. 20 ml.        | 01 un             |
| 2274-8        | Lidocaina gel               | 5 gr              |
| 0864-8        | Esparadrapo                 | 10 cm             |
| 1956-9        | Sonda (enteral ou gástrica) | 01 uni            |
| 3322-7        | Luva Cirúrgica Estéril      | 1 par             |

**7 – INTRACATH:**

| <b>CODIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO MAT/MED</b>              | <b>QUANTIDADE</b> |
|---------------|---------------------------------------|-------------------|
| 0597-5        | Gazes                                 | 20 uni            |
| 0055-8        | Agulha descartável 25x8               | 01 uni            |
| 3322-7        | Luva estéril (PMG)                    | 01 uni            |
| 0054-0        | Agulha desc. 13x4,5                   | 01 uni            |
| 3768-0        | Fio mononylon 2-0 C/AG                | 01 uni            |
| 1916-0        | Seringa desc. 20 ml                   | 01 uni            |
| 2275-6        | Lidocaina 2% sem vasoconstrictor.     | Até 20 ml         |
| 2054-0        | Soro fisiológico 125 ml               | 01 fr.            |
| 5230-2        | Degermante Líquido (Clorexidina/PVPI) | 10 ml             |
| 3289-1        | Equipo polifix 02 vias                | 01 uni            |
| 0051-5        | Intracath Adulto                      | 01 uni            |
| 0052-3        | Intracath Infantil(quando criança)    | 01 uni            |

**08 – MATERIAIS NA UTI:**

- Gazes – até 10 unidades/dia para higiene oral;
- Esparadrapo – até 10 cm para fixação de abocath, SNG e cateter nasal;
- Abocath – 01 unidade a cada 48 horas, devendo ser justificado quando usado em menor intervalo de tempo (ex. Infiltração, extravasamento, etc.);
- Equipo com injetor lateral – 01 unidade a cada 48 horas;
- Equipo para pressão venosa central PVC – 01 unidade a cada 24 horas;
- Polifix 02 vias e/ou torneirinha – se paga 01 unidade a cada 48 horas, devendo existir coerência entre o uso de soluções e/ou medicamentos prescritos;
- Equipo para bomba de infusão – 01 unidade a cada 48 horas, se paga quando prescrito em drogas que necessitem de controle rigoroso da infusão, tais como antiarrítmicos, vasodilatadores, anticoagulantes, vasopressores, etc.
- Nutrição enteral e parenteral – 01 equipo de bomba de infusão ao dia desde que prescrito pelo nutricionista e médico respectivamente, sendo que nutrição enteral prescrever 04 frascos/dia;

Sugerimos o pagamento de seringas agulhadas:

- Agulhas 25x7 – igual ao número de medicamentos endovenosos, IM, aspiração de volumes pequenos e HGT;
- Agulhas 13 x 4,5 – igual ao número de medicamentos SC;
- Agulhas 40x12 – Para a aspiração de grandes volumes e emergência (PCR);
- Cateter nasal para oxigênio – 01 unidade a cada 24 horas (sonda uretral nº 06) ou tipo óculos, a cada 3 dias
- Sonda para aspiração em UTI – até 10 unidades por dia se paciente em ventilação artificial (3/3h);
- Água para umidificador – 250 ml para cateter e máscara/dia ou 500 ml para respirador/dia;
- Bolinha de algodão – até 10 unidades/dia;
- Dersani – 5 a 10 ml/dia para hidratação da pele, desde que prescrito pelo médico e checado pela enfermagem;
- Epitezam 1 gr/vez até 3x/dia.

## **II - CENTRO CIRÚRGICO:**

- Código 3322-7 - Luva cirúrgica - 01 (um) par para cada integrante da equipe. Em algumas cirurgias é necessário mudança de luva durante o ato cirúrgico (ex: cirurgia cardíaca). Estes casos devem ser justificados pelo médico ou pela circulante da sala;
- Tricotomia - 01 (uma) Lâmina e 01 (uma) pacote de gazes;
- Todos os medicamentos usados no centro cirúrgico devem ser prescritos pelo anestesiológista no impresso próprio, assim como todas as soluções parenterais de grande volume;
- Medicações não prescritas não serão pagas;
- Fios utilizados em quantidade superior ao habitual devem ser relatados pelo cirurgião com justificativa;

## **III - MATERIAIS NO QUARTO:**

- Luva cirúrgica – 01 par para cada procedimento que justifique o uso;
- Luvas de procedimento – até 04 unidades/dia
- Álcool a 70% - 05 ml/dia;
- Bolinha de algodão – 05 unidades/dia;
- Equipo simples sem injetor lateral – 01 unidade/dia;
- Equipo com injetor lateral – 01 unidade/a cada 48 horas;
- Equipo polifix – 01 unidade/a cada 48 horas;
- Equipo para bomba de infusão – 01 unidade/a cada 48 horas, somente se prescrito;
- Conexão 02 vias – 01 unidade/48 horas;
- Torneirinha – 01 unidade/48 horas;
- Abocath – 01 unidade/48 horas;
- Espadrado – 10 cm para fixação de scalp ou abocath
- HGT – Pagar até 04 (quatro) vezes por dia, deve ser prescrito pelo médico e checado pela enfermagem. Material: agulha 25x7;
- Bolsa de colostomia simples – 01 unidade por dia;
- Bolsa de colostomia Karaya – 01 unidade a cada 7 dias;

- Tricotomia – 01 lamina e 01 pacote de gazes (10 unidades);

**Obs.:** Relacionar o uso de polifix e torneirinha com a quantidade de medicação prescrita e punção venosa. Numero de seringas iguais ao numero de drogas administradas, numero de agulhas igual ao numero de seringas.

### **III – USO DE CATETERES E FILTROS**

## **CATETERES:**

### **1- CATETER MONOLUMEN**

- Uso em todos os pacientes que necessitem de cateter venoso central
- Troca a cada 7 dias ou quando apresentar sinais de infecção
- Associar adesivo plástico para curativo com troca a cada três dias

### **2- CATETER DUPLO LÚMEN**

- Uso em pacientes em uso de mais de duas drogas em infusão contínua
- Uso quando necessitar de nutrição parenteral
- Uso em pacientes com fístulas arteriovenosas periféricas ou outras patologias com difícil acesso venoso (**com justificativa**)

### **3- CATETER DUPLO LUMEN HEMODIÁLISE**

- Uso específico para diálise

### **4- CATETER DE TERMODILUIÇÃO 3 VIAS (SWAN-GANZ)**

- Introdutor 8f – 01 unid.
- Transdutor de pressão (domus) – 01 unid.
- Cateter de termodiluição 3 vias (swan-ganz) – 01 unid.
- Torneirinha – 3 unid.
- Soro Fisiológico 500ml + Heparina 1ml – 01unid

### **5- CATETER DE TERMODILUIÇÃO 5 VIAS (DÉBITO CONTÍNUO)**

- Cateter de Termodiluição 5 vias (swan-ganz) – 01 unid;
- Transdutor de pressão (domus) – 01 unid;
- Introdutor 8f – 01 unid;
- Torneirinha – 3 unid;
- Soro Fisiológico 500ml + Heparina 1ml – 01 unid.

### **6- KIT PAM (Pressão Arterial Média)**

- Transdutor de pressão – 01 unid.

MISSÃO DO IPASGO: Gerenciar, de forma eficiente e eficaz, um sistema de assistência à saúde que proporcione a satisfação de seus clientes. (rev.24/06/08)

- Equipo extensor longo – 01 unid.
- Equipo extensor curto – 01 unid.
- Cateter tipo abocath ou jelco – 01 unid.
- Torneirinha – 03 unid.
- Soro Fisiológico 500ml + Heparina 1ml – 01unid

#### **FILTROS UMIDIFICADOR (HME):**

- 1- Usar em todo paciente em ventilação mecânica
- 2- Realizar troca a cada 3 dias.
- 3- Trocar sempre que estiver contaminado por secreções.
- 4- Não usar se o paciente for hipersecretivo, com comprometimento importante da mecânica respiratória, seja por obstrução grave das vias aéreas, seja por síndrome do desconforto respiratório; neste caso usar umidificadores com água.
- 5- Não usar em pacientes com VNI.
- 6- Manter o filtro (HME) elevado para evitar contaminações.
- 7- Datar os filtros e checar na prescrição médica.
- 8- Comunicar qualquer alteração ou dúvida para a enfermeira ou fisioterapeuta.

## **IV- MEDICAMENTOS, ANTIBIÓTICOTERAPIA E SEDAÇÃO**

## RECOMENDAÇÕES DO IPASGO PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO E CONTROLE DE ANTIMICROBIANOS

### **1. MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO:**

**DEFINIÇÃO:** São aqueles cujo custo diário (total das doses no dia), definido pelo valor pago pelo IPASGO ao prestador, por dia, ultrapassar R\$ 300,00 ou que são regulamentados por portarias ou normativas do próprio convênio ou de órgãos reguladores como ANVISA (p.ex. RDC 115, que regulamenta o uso de albumina). (ANEXO I)

**PROCEDIMENTOS:** É necessária autorização prévia do IPASGO, mediante solicitação em formulário padrão do Instituto, preenchido, de forma legível e completa, pelo médico PRESCRITOR, fornecendo, assim, as informações necessárias para autorização por um auditor do órgão e, no caso dos Antimicrobianos, parecer do Infectologista.

Ex. Agastrat, Granulokine, Albumina, Quimioterápicos, Antimicrobianos de alto custo, Enzimas Trombolíticas, Anestésicos (alto custo), etc.

### **2. MEDICAMENTOS DE USO CONTROLADO:**

**DEFINIÇÃO:** São aqueles cujo custo diário (total das doses no dia), definido pelo valor pago pelo IPASGO ao prestador, por dia, ultrapassar R\$ 100,00. (ANEXO I)

**PROCEDIMENTOS:** É necessária autorização prévia do IPASGO, mediante solicitação em formulário padrão do Instituto, preenchido, de forma legível e completa, pelo médico PRESCRITOR, fornecendo, assim, as informações necessárias para autorização por um auditor do órgão e, no caso dos Antimicrobianos, deverá ser solicitado pelo prescritor em Formulário de solicitação de Antimicrobianos, em formulário próprio do Prestador (Hospital ou Clínica) e anexado ao prontuário do paciente, devidamente JUSTIFICADO PELO INFECTOLOGISTA responsável pelo serviço ou pela CCIH do Hospital, nos municípios que não dispuserem deste especialista, ficando, neste último caso, as possíveis não-conformidades sujeitas aos procedimentos usuais de auditoria da conta nosocomial do paciente, após a alta. O médico assistente deverá fazer a prescrição do medicamento e a devida evolução clínica no prontuário médico do paciente. Um modelo sugerido deste segundo formulário será disponibilizado no site do IPASGO. O infectologista fará criteriosa avaliação do caso, ficando a seu critério, concordar com o esquema proposto pelo médico assistente, sugerir alterações ou até mesmo substituir completamente o efetividade dos Antibióticos.

### **3.MEDICAMENTOS DE USO TERAPÊUTICO CONTROLADO PELA CCIH DO HOSPITAL:**

**DEFINIÇÃO:** São os demais Antimicrobianos terapêuticos que não constam da lista de medicamentos restritos nem controlados, cujo custo diário é menor que R\$ 100,00.

**PROCEDIMENTO:** poderão ser prescritos pelos membros do Corpo Clínico sem a necessidade do parecer do infectologista e sem a obrigatoriedade de preenchimento do formulário padrão do IPASGO, sendo necessário o preenchimento do FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS, ficando o controle interno de uso, a cargo da CCIH do Hospital, que utilizará os dados para elaborar relatórios epidemiológicos, que servirão de base para as ações de prevenção e controle das **Infecções relacionadas à Assistência à Saúde a (IRAS)** em cada estabelecimento.

### **4.MEDICAMENTOS DE USO MONITORADO PELA AUDITORIA DO IPASGO:**

Medicamentos que podem ser prescritos pelo médico assistente, sem a necessidade de preencher solicitação em formulário do IPASGO, estando sujeitos a auditoria analítica e a glosa, caso não haja justificativa para o uso.

As dietas especiais (NPT e Dietas Enterais) deverão ser prescritas pelo médico assistente e formuladas por médicos Nutrologistas e Nutricionistas, com indicação de uso feita na evolução do prontuário do paciente, com as devidas justificativas. Não há necessidade de solicitação no formulário próprio do IPASGO.

A indicação de Fisioterapia deverá ser feita pelo médico assistente e o procedimento executado pelo fisioterapeuta, que deverá fazer sua evolução em formulário próprio no prontuário do paciente. Deve ser feita solicitação no formulário próprio do IPASGO, a **cada dez sessões**, para ser autorizado via fax ou pelo auditor responsável pela auditoria operativa do hospital.

Os Antimicrobianos usados em antibioticoprofilaxia cirúrgica, deverão ser prescritos pelo médico cirurgião ou anestesiológico, de acordo com as **diretrizes para o uso de antibioticoprofilaxia em cirurgia**, elaborado por um grupo de especialistas, que será atualizado e publicado pelo IPASGO periodicamente.

### **5.RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO**

#### **5.1.MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO**

MISSÃO DO IPASGO: Gerenciar, de forma eficiente e eficaz, um sistema de assistência à saúde que proporcione a satisfação de seus clientes. (rev.24/06/08)

Albumina humana Agastrat  
Filgrastima Granulokine  
Imunoglobulina Anti-Rh Matergan  
Levosimedan Tenactepan Actylise

## **5.2.USO CONTROLADO PELO INFECTOLOGISTA/CCIH**

### **Antimicrobianos:**

#### Substância Ativa Nome Comercial

Aciclovir injetável Zovirax  
Anfotericina B liposomal Ambisome  
Anfotericina B (Dispersão Coloidal) Amphocil  
Azitromicina injetável Zitromax IV  
Caspofungina Cancidas  
Cefepima Maxcef  
Ceftazidima Fortaz  
Claritromicina injetável Klaricid  
Ertapenem Invanz  
Fluconazol injetável Zoltec  
Imipenem Tienam  
Levofloxacina injetável Levaquin/Tavanic  
Linezolida Zyvox  
Meropenem Meronem/Meromax  
Moxifloxacino injetável Avalox  
Piperacilina/Tazobactam Tazocin  
Quinupristina/Dalfopristina Synercid  
Sulbactam/Ampicilina Unasyn  
Sulfato de Polimixina B injetável (Ídem)  
Teicoplanina Targocid  
Ticarcilina/Ácido Clavulânico Timentin  
Tigeciclina Tygacil  
Voriconazol VFend

## **6.DIRETRIZES PARA O USO DE ANTIBIOTICOPROFILAXIA EM CIRURGIA IPASGO**

## **6.1.PROFILAXIA ANTIMICROBIANA EM CIRURGIA**

### **Objetivo:**

O objetivo da profilaxia antimicrobiana em cirurgia é prevenir a infecção de sítio cirúrgico, atingindo níveis do antimicrobiano no sangue e nos tecidos, maiores que as concentrações inibitórias mínimas dos microorganismos mais freqüentemente encontrados naquele sítio, durante todo o procedimento cirúrgico, não sendo um substituto para cuidados pré-incisão como a higienização do paciente com Clorexidina degermante após a tricotomia, feita minutos antes da incisão e, nem de cuidados pós-operatórios, como um serviço de curativos bem montado e estruturado no hospital, com orientações aos pacientes e acompanhantes com os cuidados com a ferida cirúrgica.

### **Princípios básicos:**

- *A profilaxia tem um momento preciso para começar e para acabar.*
- Prescreva o antibiótico adequado e na dose certa. A tendência atual é o uso de doses plenas dos ATB, para minimizar a chance de resistência. Exemplo: Cefazolina (Kefazol) 2g EV para adultos ou 25 mg/kg, para crianças, na indução anestésica e repetida a cada 4 horas de cirurgia, mantida por, no máximo 24 h, em cirurgias sem próteses ou 48 h, com próteses.
- Administre a primeira dose do antibiótico em até 1 hora antes de iniciar a incisão, preferencialmente na indução anestésica.
- Repita a dose no intra-operatório se houver indicação.
- Suspenda o antibiótico em 24 horas (excepcionalmente em 48 horas).
- Pare o antibiótico, no prazo acima citado, mesmo se houver drenos e cateteres.
- Salvo raras exceções, como por exemplo o uso de Ciprofloxacino em ATBprofilaxia em biópsia de próstata guiada por USG transretal ou, o uso de Clindamicina ou de Vancomicina em ATBprofilaxia de cirurgias de paciente com história alergia a  $\beta$ -lactâmicos, deve-se evitar o uso terapêutico dos antibiótico que se usa em profilaxia

### **OBS.:**

1. Se o antibiótico indicado for a Vancomicina ou uma Fluorquinolona, administrar a primeira dose dentro de duas horas antes da incisão.
2. No parto cesariana, administrar o antibiótico somente após o clampeamento do cordão umbilical.

3. Devido, principalmente, ao risco de 1/25.000 a 1/40.000 casos de aplasia medular irreversível, independente da dose, que pode ocorrer até meses após a suspensão da droga, com taxa de letalidade, em cinco anos, estimada em 67% e, à evidente existência de melhores e mais seguras opções em ATBprofilaxia cirúrgica, como sugerido adiante, o antimicrobiano Cloranfenicol não será autorizado e deverá ser glosado se prescrito.
4. Sugerimos o uso do antimicrobiano Cefazolina, na dose de 2 g EV de 8/8 h por, no máximo 24 h (sem prótese) ou 48 h (com prótese), iniciado na indução anestésica e, repetido a cada 4 horas de cirurgia, para as cirurgias limpas, do trato genital feminino, incluindo cesareana, tórax, trato biliar e estômago. Nos casos em que se julgar necessária a cobertura de anaeróbios, sugere-se uso do metronidazol, associado com a cefazolina ou, a troca desta por Cefoxitina.
5. Para pacientes alérgicos a beta-lactâmicos, sugere-se o uso Clindamicina (600 mg EV de 6/6 h ou 900 mg EV 8/8h, para pacientes com mais de 80 kg ), ou 10 mg/kg, repetida a cada 6 horas de cirurgia e, também, mantida por até 48 horas.
6. Para cirurgia cardiovascular e neurocirurgia, fica sugerido o uso de Zinacef, sendo que a dose sugerida é de 1,5 g, ou 50 mg/kg, repetida a cada 4 horas no intra-operatório e, mantida por até 48 h, de 8/8 h.
7. Para cirurgias de esôfago e trato digestivo inferior, inclusive apendicectomia, fica sugerido o uso de Cefoxitina, 2 g, repique a cada 2 horas intra-operatórias e, mantida 8/8 h por 24 horas PO. Para alérgicos, suger-se o uso gentamicina(80 mg, sem repique e 8/8 h PO por 48h)+ Clindamicina.
8. Para cirurgias de cabeça e pescoço, limpas, sugere-se a Cefazolina e, as contaminadas ou potencialmente contaminadas, Cefazolina e Metronidazol.
9. Ciprofloxacino é sugerido como profilático, apenas em biópsia de próstata transretal, pelo período 03 dias, 1000 mg/dia, 1 dia antes e 2 dias após o procedimento.

## **7. AGENTES UTILIZADOS COM MAIOR FREQUÊNCIA EM UTI :**

### **7.1. ANTI-INFLAMATÓRIOS:**

- Tenoxicam (Tilatil®) - Dose= 20mg ou 40mg (IV) 12/12 horas.
- Cetoprofeno (Profenid®) - Dose= 100mg (IV)= dose inicial seguida de 60mg (IV) 8/8 horas (Infundir em 30 minutos).

MISSÃO DO IPASGO: Gerenciar, de forma eficiente e eficaz, um sistema de assistência à saúde que proporcione a satisfação de seus clientes. (rev.24/06/08)

Quando creatinina <2 e não houver fatores de risco de hemorragia digestiva.

## **7.2. BENZODIAZEPÍNICOS:**

- Midazolam (Dormonid®) - Dose bolus (IV)= 0,05mg/kg a 0,1 mg/kg.  
Dose infusão (IV)= 0,5µg/kg/min a 1,5µg/kg/min.  
Dose (VO)= 7,5mg a 15 mg 6/6 horas.  
Diazepam (Valium®, Diempax®)- Dose bolus (IV)= 0,1mg/kg a 0,2 mg/kg  
Dose (VO)= 10mg a 20mg 8/8h

## **7.3. HIPNÓTICOS:**

- Propofol (Diprivan®)- Dose bolus (IV)- 1mg/kg a 2mg/kg/h

## **7.4. OPIÓIDES:**

- Fentanil (Fentanil®)- Dose bolus (IV)= 1µg/kg a 3 µg/kg  
Dose infusão (IV)= 2µg/kg/h  
Transdérmico= 25µg/h, 50µg/h, 75µg/h e 100 µg/h
- Alfentanil (Rapifen®)- Dose bolus (IV)= 10µg/kg a 50µg/kg  
Dose infusão (IV)= 0,5µg/kg/min
- Sufentanil (Sufenta®)- Dose bolus (IV)= 1µg/kg a 2µg/kg  
Dose infusão (IV)= 0,01µg/kg/min a 0,03µg/kg/min
- Morfina (Astramorf®)- Dose bolus (IV)= 0,08 mg/kg a 0,12mg/kg  
Dose infusão (IV)=0,05 mg/kg.h a 0,18 mg/kg/h
- Nalbufina (Nubain®)- Dose bolus (IV)= 0,08mg/kg a 0,15mg/kg  
Dose infusão (IV)= 0,06mg/kg/h a 0,18mg/kg/h
- Tramadol (Tramal®)- Dose (IV,SC,VO)= 50mg a 100mg 8/8h

## **7.5. AGENTES ANTIPSICÓTICOS:**

- Clorpromazina (Ampectil®)- Dose (IV)= 2mg 2/2 min (de acordo com resposta)
- Haloperidol (Haldol)- Dose (IM)= 25mg a 50 mg 12/12 h  
Agitação leve- (IV)= 1mg a 3mg 10/10 min (de acordo com resposta)  
Agitação moderada- (IV)= 5mg a 7mg 10/10 min (de acordo com resposta)  
Agitação severa- (IV)= 10mg (dobrar a dose a cada 20 min)

## **7.6. RELAXANTES NEUROMUSCULARES:**

MISSÃO DO IPASGO: Gerenciar, de forma eficiente e eficaz, um sistema de assistência à saúde que proporcione a satisfação de seus clientes. (rev.24/06/08)

- Atracúrio (Tracrium®)- Dose bolus (IV)= 0,3mg/kg a 0,6mg/kg  
Dose infusão (IV)= 3µg/kg/min a 5µg/kg/min
- Mivacúrio(Mivacron®)- Dose bolus (IV)= 0,15mg/kg a 0,2mg/kg  
Dose infusão (IV)= 1µg/kg/min a µg/kg/min
- Pancurônio (Pavulon®)- Dose bolus (IV)= 0,04mg/kg a 0,1mg/kg
- Vecurônio (Norcuron®)- Dose bolus (IV)= 0,04mg/kg a 0,1mg/kg

## **V- HEMOTERAPIA**

## **5.1. HEMOTERAPIA EM UTI – PROPOSTA DE CONDUTAS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS**

### **1. CONCEITO GERAIS:**

- UTI : ambiente nosocomial composto de pacientes em situações clínico-cirúrgicas que habitualmente demandam hemoterapia.
- Hemoterapia: tratamento de disfunções orgânicas através de hemocomponentes e/ou hemoderivados.
- Hemocomponentes: produtos obtidos do fracionamento de uma unidade de sangue total, ex.: concentrados de hemácias, plasma, crioprecipitado, concentrados de plaquetas.
- Hemocomponentes por aférese: produtos obtidos de coleta selecionada (aférese) em processadora automática, ex: plaquetaférese, granulocitaférese, eritrocitaférese.
- Hemoderivados: produtos obtidos através de 'pool' de hemocomponentes, geralmente do plasma humano, passando por processo industrial, ex.: albumina, imunoglobulina, concentrados de fator VIII, concentrados de fator IX, complexo protrombínico.
- Hemoderivados recombinantes: produtos artificiais obtidos através de engenharia genética, ex.: eritropoietina, filgrastima, oprelvecina.

### **2. OBJETIVOS:**

- A) Padronização dos processos envolvendo hemoterapia na UTI
- B) Facilitação do rastreamento do processo transfusional
- C) Otimização da relação entre prestador e auditores dos planos de saúde
- D) Redução dos custos e glosas

### **3. PRINCÍPIOS BÁSICOS:**

- A) Prontuário: documentação clínico-laboratorial da demanda transfusional
- B) Hematologista: avaliação crítica do processo transfusional

### **4. INDICAÇÕES DE HEMOCOMPONENTES**

#### **a) Concentrados de hemácias**

- a.1) Anemia aguda por hemorragia ou hemólise

\* Hb  $\leq$  7 g/dl : geralmente transfundir

\* Hb 8-10 g/dl: transfundir se perda sanguínea superior a 20% da volemia, repercussão hemodinâmica, idoso com rápida deterioração clínica, coronariopatia, doença cerebro-vascular, grande queimado, uremia, hipoxemia ou saturação venosa central de O<sub>2</sub> inferior a 70%

\* Hb > 10 g/dl: transfundir se repercussão hemodinâmica, doença pulmonar obstrutiva crônica, recém-nascidos

#### a.2) Anemia crônica

\* Hb < 10 g/dl: transfundir se repercussão hemodinâmica, idoso com rápida deterioração clínica, coronariopatia, doença cerebro-vascular, uremia, hipoxemia ou saturação venosa central de O<sub>2</sub> inferior a 70%

\* Hb > 10 g/dl: geralmente não transfundir

### b) Plasma fresco congelado

b.1) Com “gatilhos” transfusionais: RNI > 1,5 ou TTPa > 1,5 vezes o tempo controle

b.1.1) Correção de deficiências congênitas ou adquiridas de fatores de coagulação

\* deficiências congênitas de Fator VIII ou IX (hemofilias): dar prioridade aos hemoderivados – concentrados de fatores específicos

\* insuficiência hepática: se não houver resposta à vitamina K

b.1.2) Coagulopatia intravascular disseminada (CIVD)

b.1.3) Transfusão maciça de concentrados de hemácias (> 1 volemia/24h)

b.1.4) Intoxicação cumarínica

\* sangramento ativo e com risco de vida: dar prioridade aos hemoderivados – complexo protrombínico

b.2) Sem “gatilhos” transfusionais

b.2.1) Púrpura trombocitopênica trombótica

b.2.2) Edema angioneurótico (Quincke)

### c) Crioprecipitado

c.1) Com “gatilhos” transfusionais: fibrinogênio < 100 mg/dl (<1 g/l) ou tempo de trombina (TT) prolongado

c.1.1) Correção de deficiência quantitativa de fibrinogênio, congênita ou adquirida

MISSÃO DO IPASGO: Gerenciar, de forma eficiente e eficaz, um sistema de assistência à saúde que proporcione a satisfação de seus clientes. (rev.24/06/08)

c.1.2) Correção de deficiência qualitativa de fibrinogênio (disfibrinogenemia), congênita ou adquirida

c.2) Sem “gatilhos” transfusionais

c.2.1) Doença de Von Willebrand

c.2.2) Coagulopatia Urêmica

c.2.3) Correção de deficiência quantitativa ou qualitativa de fator XIII, congênita ou adquirida.

#### **d) Concentrados de plaquetas**

d.1) Com “gatilhos” transfusionais

d.1.1) Transfusão profilática:

\* plaquetas  $< 10.000/\text{mm}^3$ : geralmente transfundir

\* plaquetas  $< 20.000/\text{mm}^3$ : se febre, sepse, CIVD, biópsia óssea, endoscopia digestiva alta, broncoscopia, instalação de cateter venoso central, anestesia peri-dural, raquianestesia, punção líquórica para diagnóstico ou terapia.

\* plaquetas  $< 50.000/\text{mm}^3$ : se trombocitopenia neonatal aloimune, procedimentos invasivos de grande porte, procedimentos invasivos (qualquer tipo) em cirróticos, transfusão maciça de concentrados de hemácias ( $> 1$  volemia/24h)

\* plaquetas  $< 100.000/\text{mm}^3$ : se procedimentos invasivos neurocirúrgicos, oftalmológicos e cardiovasculares

d.1.2) Transfusão sintomática:

\* plaquetas  $< 100.000/\text{mm}^3$ : geralmente transfundir

\* plaquetas  $> 100.000/\text{mm}^3$ : se procedimentos invasivos neurocirúrgicos, oftalmológicos e cardiovasculares

d.2) Sem “gatilhos” transfusionais

d.2.1) Transfusão profilática: procedimentos invasivos

\* Disfunção plaquetária congênita (Glanzmann, Bernard-Soulier, etc)

\* Disfunção plaquetária adquirida (uremia, uso de antiagregantes plaquetários)

d.2.2) Transfusão sintomática: qualquer contagem plaquetária

\* Disfunção plaquetária congênita (Glanzmann, Bernard-Soulier, etc)

\* Disfunção plaquetária adquirida (uremia, uso de antiagregantes plaquetários)

## **5. LAVAGEM DE HEMOCOMPONENTES**

MISSÃO DO IPASGO: Gerenciar, de forma eficiente e eficaz, um sistema de assistência à saúde que proporcione a satisfação de seus clientes. (rev.24/06/08)

Concentrados de hemácias: se anemia hemolítica auto-imune com demanda transfusional, nos casos com reação transfusional não-hemolítica (febril ou TRALI) prévia.

## **6. IRRADIAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES**

Concentrados de hemácias ou plaquetas: se indivíduo com imunodeficiência/supressão congênita ou adquirida (aplasia de medula óssea, neoplasias, transplantados), nas ocasiões em que o doador do hemocomponente for parente de primeiro grau do paciente, nos recém-nascidos com peso inferior a 1.200g, e nas transfusões intra-uterinas.

## **7. LEUCORREDUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES POR FILTRO**

Concentrados de hemácias ou plaquetas: se indivíduo politransfundido, nos casos de imunodeficiência/supressão congênita ou adquirida (aplasia de medula óssea, neoplasias, transplantados), nos casos com reação transfusional não-hemolítica (febril ou TRALI) prévia.

## **8. DOSAGEM DOS HEMOCOMPONENTES**

- \* Concentrados de hemácias: o suficiente para atingir meta clínico-laboratorial.
- \* Plasma fresco congelado: 10-20 ml/Kg/dia.
- \* Crioprecipitado: 1,5UI/10Kg/dia
- \* Concentrados de Plaquetas: 1 UI/10Kg ou 1 UI aférese (se > 50Kg)

## **9. TEMPO DE INFUSÃO DOS HEMOCOMPONENTES**

- \* Concentrados de hemácias: entre 1 e 4 horas, cada UI
- \* Plasma fresco congelado: entre 20 e 30 minutos, cada UI
- \* Crioprecipitado: entre 20 e 30 minutos, cada 'pool'
- \* Concentrados de Plaquetas: entre 20 e 30 minutos, cada 'pool' ou aférese

## **10. CIRCUNSTÂNCIAS ESPECIAIS**

- \* Plasmaférese terapêutica: processo de troca plasmática objetivando remoção e/ou reposição de substâncias envolvidas na fisiopatologia de várias enfermidades. Deverá ser conduzida pelo Hematologista, porém em linhas gerais, o fluido de troca utilizado na maioria das situações é a solução de albumina humana a 5%; ficando o plasma fresco

congelado reservado para os diagnósticos de púrpura trombocitopênica trombótica (CID 10: M 31.1), síndrome de Goodpasture (CID 10: M 31.0), e qualquer outra situação em que houver risco de sangramento.

\* Transfusão de granulócitos: em pacientes neutropênicos. Deverá ser conduzida pelo Hematologista.

\* Sangria terapêutica: em pacientes com policitemia/poliglobulia. Deverá ser conduzida pelo Hematologista.

\* Hemoderivados: as solicitações de albumina humana fora do contexto da plasmaférese terapêutica caberão ao corpo clínico da UTI. Todos os demais casos deverão ser conduzidos pelo Hematologista.

\* Reações transfusionais: deverão ser comunicadas/registradas formalmente ao serviço de Hemoterapia, sendo todas as condutas tomadas com o aval do Hematologista.

## **5.2.MANTEM-SE A RESOLUÇÃO DA Portaria Normativa Nº.003-2006/PR**

### **- PORTARIA NORMATIVA:**

Art. 1º Fica estabelecida a inclusão dos códigos específicos para a realização dos testes de amplificação e detecção de ácidos nucleicos - NAT - para Imunodeficiência Humana. Adquirida - HIV, e Hepatite C - HCV, conforme valores e especificações constantes desta Portaria Normativa.

Art. 2º Os procedimentos hemoterápicos são relacionados em dois grupos, conforme sejam aplicados ao tratamento hospitalar ou ambulatorial, sendo os valores vigentes os estabelecidos na tabela a seguir, observadas as datas discriminadas para sua vigência:

#### **I – Atendimento hospitalar:**

| <b>Código</b> | <b>Descrição</b>                               | <b>Valor em CH<br/>26/04/2006</b> | <b>Valor de CH<br/>26/09/2006</b> |
|---------------|------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 27.06.001-2   | Unidade de<br>Concentrado de<br>Hemácias (NAT) | 1935                              | 2035                              |
| 27.06.002-0   | Unidade de<br>Concentrado de<br>Hemácias       | 1950                              | 2050                              |

|             |                   |      |      |
|-------------|-------------------|------|------|
|             | Lavadas (NAT)     |      |      |
|             | Unidade de        |      |      |
| 27.06.003-9 | Plasma Fresco     | 1386 | 1486 |
|             | (NAT)             |      |      |
|             | Unidade de        |      |      |
|             | Concentrado de    |      |      |
| 27.06.004-7 | Plaquetas         | 1437 | 1537 |
|             | (randômicas)      |      |      |
|             | (NAT)             |      |      |
|             | Unidade em        |      |      |
|             | Aférese de        |      |      |
| 27.06.005-5 | Concentrado de    | 3470 | 3470 |
|             | Plaquetas (NAT)   |      |      |
|             | 3 Unidade de      |      |      |
| 27.06.006-3 | Crioprecipitado – | 1371 | 1471 |
|             | Fator Anti-       |      |      |
|             | Hemofílico (NAT)  |      |      |

## II – Atendimento Ambulatorial:

| <b>Código</b> | <b>Descrição</b> | <b>Valor em CH<br/>26/04/2006</b> | <b>Valor de CH<br/>26/09/2006</b> |
|---------------|------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
|               | Unidade de       |                                   |                                   |
| 27.07.008-5   | Concentrado de   | 2205                              | 2305                              |
|               | Hemácias (NAT)   |                                   |                                   |
|               | Unidade de       |                                   |                                   |
| 27.07.009-3   | Concentrado de   | 2200                              | 2320                              |
|               | Hemácias         |                                   |                                   |
|               | Lavadas (NAT)    |                                   |                                   |
|               | Unidade de       |                                   |                                   |
| 27.07.010-7   | Plasma Fresco    | 1656                              | 1756                              |
|               | (NAT)            |                                   |                                   |
|               | Unidade de       |                                   |                                   |
| 27.07.011-5   | Concentrado de   | 1500                              | 1600                              |

|             |                                                                                                     |      |      |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
|             | Plaquetas<br>(randômicas)<br>(NAT)<br>Unidade em<br>Aférese de<br>Concentrado de<br>Plaquetas (NAT) |      |      |
| 27.07.012-3 |                                                                                                     | 3770 | 3770 |

Art. 3º Os procedimentos enumerados nas tabelas do Art. 2º serão aplicadas, exclusivamente, aos Bancos de Sangue credenciados, desde que comprovem habilitação técnica, certificada pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por meio de recursos próprios ou de contrato de prestação de serviço com instituição habilitada.

Parágrafo único. Para os bancos de sangue não credenciados aplicar-se-à o referencial de remuneração estabelecido pela Portaria Normativa nº 057-2003/PR.

Art. 4º O procedimento de “Concentrado de Plaquetas em Aférese”, será autorizado segundo os seguintes requisitos:

I - O procedimento para as solicitações de até 05 (cinco) unidades de plaquetas a ser autorizado em regime hospitalar ou indenizado em regime ambulatorial, será o de Unidade de Plaquetas Randômicas (Cód. 27.06.004-7 ou Cód. 27.07.011-5), respectivamente.

II - O procedimento para as solicitações acima de 05 (cinco) unidades será autorizado ou indenizado, preferencialmente, em plaquetas por aférese (Cód. 27.06.005-5 ou 27.07.012-3), respectivamente se em regime hospitalar ou ambulatorial.

Art. 5º No Sistema de Emissão de Guias deverá ser liberado o procedimento com código 27.03.003-2 – *Operação de processadora automática de sangue em aférese – Honorários Médicos*, a ser autorizado pela auditoria em conjunto com a solicitação do “Kit para aférese plamaférese terapêutica” sob o código nº 54275.

### **5.3. MANTEM-SE A RESOLUÇÃO DA Portaria Normativa Nº 16-2006/DIASS**

#### **- PORTARIA NORMATIVA:**

Art. 1º-A responsabilidade da execução dos procedimentos hemoterápicos é do médico hematologista ou hemoterapeuta do serviço;

Art. 2º-A indicação do uso de produtos hemoterápicos deve ser analisada pelo hematologista ou hemoterapeuta em conjunto com o médico assistente em responsabilidade solidária pelo procedimento;

Art. 3º-A remuneração dos serviços hemoterápicos é provida, de acordo com tabela do Ipasgo e os serviços devem ser faturados para pagamento de acordo com as determinações deste artigo.

§ 1º-Hemoterapia Ambulatorial - de acordo com a documentação relacionada:

I-Solicitação médica em formulário padrão do Ipasgo, assinado, carimbado e datado pelo médico assistente, com indicação clínica precisa, diagnóstico CID, especificação dos produtos hemoterápicos prescritos com sua codificação e quantidades, informando ainda os dados de prescrição para aplicação.

II-Guia de atendimento emitida de acordo com a solicitação apresentada, autorizada pela auditoria do Ipasgo, com pagamento comprovado da co-participação.

III-Comprovante de aplicação do produto hemoterápico em formulário próprio do prestador, constando assinatura e carimbo do hematologista ou hemoterapeuta responsável;

IV-Apresentação da conta de acordo com normas estabelecidas e protocolo para recebimento.

§ 2º-Hemoterapia Hospitalar – de acordo com as normas relacionadas:

I-Atendimento mediante solicitação do médico assistente, previamente avaliada pelo hematologista/hemoterapeuta responsável.

II-Autorização da auditoria do Ipasgo por meio remoto ou diretamente nos serviços próprios do Ipasgo.

III-Comprovantes dos serviços prestados anexados ao prontuário hospitalar, constando de: solicitação médica autorizada, comprovante da aplicação do produto hemoterápico prescrito, emitido pelo banco de sangue, prescrição do médico assistente, checada pela enfermagem e com o carimbo do técnico perfusionista.

IV-O prontuário deve conter ainda, informações clínicas e exames laboratoriais essenciais a avaliação e aprovação, pela auditoria, dos produtos hemoterápicos aplicados.

V-É facultado ao hematologista credenciado, emitir parecer especializado, registrado no prontuário, corroborando ou alterando a conduta hemoterápica inicialmente indicada, em conferência com o médico assistente, sendo remunerado pelo parecer de acordo com a tabela Ipasgo.

VI- Os serviços hemoterápicos prestados, serão cobrados na conta hospitalar, como serviços de terceiros e pagos diretamente ao serviço de hemoterapia de acordo com os lançamentos e códigos destes.

VII- Os prestadores de serviços hemoterápicos devem elaborar “Relação Fatura” dos serviços prestados e sua apresentação para protocolo, com a finalidade de controle dos valores a receber e para registro no sistema financeiro do Ipasgo. Este faturamento deve incluir a seguinte documentação: Relação dos pacientes atendidos com matrícula Ipasgo, nome completo, local (hospital) de atendimento, data do atendimento e valor a receber. Anexar cópia do pedido médico autorizado e cópia da prescrição com os comprovantes de aplicação do produto indicado.

Art. 4º-A Taxa de Irradiação de Unidade Hemoterápica –

Cód 442, será paga mediante autorização específica, quando solicitado pelo hemoterapeuta responsável, justificado dentro das situações relacionadas:

Pacientes politransfundidos, crianças menores de 12 anos, pacientes imunodeprimidos, pacientes em tratamento quimioterápico, pacientes com Insuficiência renal crônica, paciente em programa de transplantes, pacientes com histórico de reação transfusional.

Art. 5º-O Filtro de Leucócitos – Cód. 36684 – poderá ser pago em conjunto com o produto hemoterápico administrado, tendo como norma para a sua utilização as condições enumeradas no Art. 4º.

## **VI- FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA**

### **6.1. ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA HOSPITALAR:**

Mantêm-se a resolução da Portaria Normativa nº. 004-2008.

Dispõe sobre a Normatização da Fisioterapia Hospitalar.

Art.1º Regulamentar o atendimento de Fisioterapia Hospitalar prestado aos beneficiários do IPASGO, que passa a vigorar da seguinte forma:

| <b>Códigos</b> | <b>Descrição do procedimento</b>                                                           | <b>Indicação tipo</b>                                                    | <b>Local</b>                                               |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 25.03.001-9    | Distúrbios circulatórios<br>Artéριοvenosos e Linfáticos                                    | PREVENÇÃO/<br>COMPLICAÇÃO,<br>TVP                                        | Fisioterapia motora,UTI, apartamento ou enfermaria         |
| 25.04.001-4    | Assistência Fisiátrica respiratória em paciente clínico internado                          | PREVENÇÃO/<br>COMPLICAÇÕES,<br>RESPIRATÓRIAS                             | Fisioterapia, respiratória, UTI, apartamento ou enfermaria |
| 25.04.002-2    | Assistência Fisiátrica respiratória em paciente clínico internado com ventilação mecânica. | PREVENÇÃO/<br>COMPLICAÇÕES,<br>RESPIRATÓRIAS,<br>EM VENTILAÇÃO MECÂNICA. | Fisioterapia respiratória em UTI.                          |

Art.2º Para o atendimento em Fisioterapia Motora (código: **25.03.0019**) ao paciente internado, compete a sua aplicação da seguinte forma:

§ 1º 01 (uma) sessão por dia em apartamento ou enfermaria.

§ 2º Até 02 (duas) sessões por dia em UTI, caso necessário.

Art.3º Para o atendimento em Fisioterapia Respiratória (código: 25.04.0014) compete a sua aplicação da seguinte forma:

§ 1º 01 (uma) sessão por dia em apartamento ou enfermaria.

§ 2º Até 02 (duas) sessões por dia em UTI, caso necessário.

Art.4º Quando o paciente em UTI estiver sob ventilação mecânica, admite-se a aplicação do código **25.04.0022** até 02 (duas) sessões por dia, caso necessário.

Art.5º Quando forem necessárias mais sessões por dia além do pré estabelecido, só serão liberadas perante análise do auditor médico in loco , e, única e exclusivamente, para realização de procedimento de fisioterapia respiratória em paciente submetido à ventilação mecânica (código: **25.04.0022**).

§ 1º A liberação de mais de 02 (duas) sessões diárias será possível apenas para pacientes em processo de desmame da ventilação mecânica.

§ 2º O numero de sessões autorizadas e a quantidade de dias será determinado pelo auditor, após a analise do quadro clínico do paciente.

§ 3º A solicitação deverá ser feita no formulário preenchido adequadamente, com justificativa clínica detalhada, CID 10, carimbo e assinatura do médico solicitante, quantidade de sessões e código de acordo com a tabela do IPASGO, que deverá ser anexado junto ao prontuário do paciente durante seu período de internação até a alta hospitalar, e também na apresentação da fatura/mês.

§ 4º Será indispensável à prescrição médica no prontuário, solicitando o atendimento e quantidade de sessões a serem realizadas diariamente, assim como evolução diária pelo profissional fisioterapeuta com data, hora, assinatura, carimbo e descrição do procedimento realizado.

Art.6º Não será autorizado o atendimento para aqueles pacientes submetidos a procedimentos que não tiverem indicação e necessidade de fisioterapia motora e/ou respiratória.

Art.7º Esta PORTARIA entra em vigor na data de sua assinatura.

## **6.2. ATENDIMENTO EM FONOAUDIOLOGIA HOSPITALAR:**

Alteração do Art. 8º da Portaria Normativa nº. 06/2007.

MISSÃO DO IPASGO: Gerenciar, de forma eficiente e eficaz, um sistema de assistência à saúde que proporcione a satisfação de seus clientes. (rev.24/06/08)

**Art.8º-**Determina-se a criação e implementação, na tabela Ipasgo, do código **60.07.001-3** com a seguinte redação:

“Atendimento Fonoaudiológico Hospitalar” (incluindo período neonatal), com remuneração de 76,5 CH's ou R\$ 15,30 (quinze reais e trinta centavos) por sessão.

**Parágrafo Primeiro:**O código definido neste artigo deve ser aplicado nas condições a seguir:

**I-**Atendimento à pacientes, internados em UTI adulto, UTI pediátrica, leito de apartamento ou enfermaria, atendendo prescrição médica.

**II-**estimulação sensório-motora-oral neonatal para desmame de sonda, sendo pré-autorizado 01 (uma) sessão ao dia;

**III-**pacientes com risco de aspiração e/ou disfagia, sendo préautorizado 01 (uma) sessão ao dia. Caso necessário mais de 01 (um) atendimento ao dia, enviar solicitação via fax à Auditoria Médica ou de Fonoaudiologia;

**IV- Não se aplica aos pacientes sedados em ventilação mecânica.**

**Parágrafo Segundo:** O prontuário médico deve conter, obrigatoriamente:

**I-**A indicação médica do atendimento fonoaudiológico com a devida justificativa em Solicitação de Atendimento padrão do Ipasgo, sendo no máximo 10 (dez) sessões por solicitação, em concordância com o Parágrafo Segundo deste artigo;

**II-**O fonoaudiólogo deve registrar diariamente a evolução do paciente, conforme a indicação médica, acompanhada da assinatura e carimbo profissional.

## **VII- AVALIAÇÃO LABORATORIAL DIÁRIA**

### **7.1. AVALIAÇÃO LABORATORIAL DIÁRIA EM TERAPIA INTENSIVA**

## RECOMENDAÇÕES:

- As diretrizes abaixo relacionadas referem-se a um modelo padrão para solicitações de exames laboratoriais em unidades de terapia intensiva e que podem sofrer alterações de acordo com necessidade clínica de cada paciente, não se traduzindo em rotina específica.
- A coleta de exames sem justificativa clínica pode trazer mais danos do que resultados positivos aos pacientes
- A coleta desnecessária traduz-se em danos físicos aos pacientes devendo ser realizada com bom senso e sempre após examinar o paciente
- Exames realizados de forma composta não devem se tornar padrão (Ex. gasometria + todos os eletrólitos+ Ht +Hb+ lactato).
- Exame automatizados so será aceito a gasometria
- Verifique sempre se o exame que você está solicitando não foi colhido no mesmo dia por outro plantonista
- Antes de colher culturas cheque se estas não foram realizadas nos últimos dois dias
- Não é por estar em uma UTI que o paciente necessita de exames rotineiros, muitos precisam só de monitorização
- Algumas funções orgânicas necessitam de um tempo maior que 24 horas para se manifestar em um exame
- Sinais clínicos e a monitorização nos mostram funções vitais normais que muitas vezes dispensam coleta de exames – Ex. Diurese das ultimas 24h em paciente sem prévia patologia renal;

## EXAMINE – PENSE – SINAIS VITAIS - REAVALIE

- A boa prática aqui recomendada fica vinculada à justificativa de exames solicitados além da padronização abaixo

## 7.2. PADRONIZAÇÃO MÍNIMA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES

### 1. ELETROLITOS

- Na<sup>+</sup> e K<sup>+</sup> diário.
- Ca<sup>++</sup>, Mg no máximo em dias alternados.
- Cl pode ser até diário desde que haja distúrbio ácido - básico que justifique.

MISSÃO DO IPASGO: Gerenciar, de forma eficiente e eficaz, um sistema de assistência à saúde que proporcione a satisfação de seus clientes. (rev.24/06/08)

- Fósforo máximo 2X por semana.

**2. Hemograma** Em dias alternados, evitar pedir diariamente.

**3. Gasometria: Arterial:**

- Uma vez ao dia – pacientes com O2 suplementar, estáveis
- Duas vezes ao dia
- Pacientes sob ventilação mecânica, VNI, instáveis com drogas vasoativas
- Após Procedimentos:
- PCR, Transporte para exames, Retorno de cirurgias, instalação de diálise, mudança nos parâmetros do ventilador devido piora: Justificar exames extras

**4. Gasometria Venosa Central:**

- Pacientes com quadros de choque até normalização – 2 x dia

**5. TAP e TTPA: 1 x semana**

Exceto:

- pacientes com anticoagulação plena
- distúrbios da coagulação
- hepatopatas
- Uso de Nutrição parenteral

Solicitação 2 x semana ou antes de procedimentos invasivos

**6. Uréia e Creatinina:**

- A cada três dias
- pacientes crônicos e sem fator risco para nefro toxicidade ou injúria renal.
- Diariamente
- renais crônicos agudizados
- injúria renal aguda do paciente crítico
- pacientes em diálise (Dia sim, dia não)
- uso de drogas vasoativas com instabilidade hemodinâmica
- fatores de risco para lesão renal: mioglobínúria, intoxicações, choque

**7. Proteinograma: 1 x semana**

MISSÃO DO IPASGO: Gerenciar, de forma eficiente e eficaz, um sistema de assistência à saúde que proporcione a satisfação de seus clientes. (rev.24/06/08)

Pacientes sob nutrição parenteral: 2x semana

Hepatopatas, sépticos, nefropatas: 2x semana

#### **8. TGO e TGP: 1 x semana**

Hepatopatas, sépticos, DHEG, nutrição parenteral: 2 x semana

#### **9. Amilase**

Bilirrubinas

Fosf. Alcalina 1 x semana

GAMA GT

#### **10. EAS: 1 x semana**

Se alterado pedir urocultura

#### **11. Hemocultura/Urocultura -**

- Em toda admissão com quadro infeccioso grave e/ou febril
- Em toda necessidade (antes) de troca de ATB.

#### **12. Cultura de secreção Traqueal**

- Pacientes intubados com suspeita de pneumonia
- Em toda admissão com quadro infeccioso grave e/ou febril
- Em toda necessidade (antes) de troca de ATB.

#### **13. Cultura de ponta de cateter + hemocultura:**

Toda Troca de Cateter Venoso Central com suspeita de infecção ou febre a esclarecer

#### **14. Raios-X de tórax:**

- No máximo a cada dois dias. (ou seja em dias alternados).
- Após realizar procedimentos: IOT, Instalação de cateteres, cirurgias,
- Descompensação aguda com justificativa no pedido

#### **15. Lactato Sérico**

- até 4x dia pacientes nas primeiras 48 de choque séptico
- até 2x dia - nos demais quadros de choque, até normalização

MISSÃO DO IPASGO: Gerenciar, de forma eficiente e eficaz, um sistema de assistência à saúde que proporcione a satisfação de seus clientes. (rev.24/06/08)

**16. Outros Exames:** Uma vez e depois sob justificativa, conforme caso clínico.

**17.** TCC, Resonância magnética, doppler e demais exames de alto custo quando necessário e com justificativa detalhada.

### **7.3. ROTEIRO DE PADRONIZAÇÃO PARA USO DE HGT**

1. Rotina em todos os pacientes sob suporte nutricional enteral: 3 x dia
2. Pacientes não diabéticos com dieta oral: 2 x dia
3. Pacientes em uso de insulina contínua:
  - 1/1h com G > 300mg/dl,
  - 2/2h < 300mg/dl.
  - Depois de retirada da Insulina passar para até 6x dia
  - HGT – Conforme prescrição e checagem até 06 (seis) vezes ao dia. Exceto para paciente comprovadamente grave (sépticos e etc.), justificado através de relatório médico.
4. Pacientes sob fator de risco de injúria tecidual aguda (SIRS, Sepses, politrauma, queimados, AVC, cirurgia de grande porte) ou INPH ou Hipoglicemiantes orais – 4xdia.

## **VIII- HEMODIÁLISE**

### **MANTEM-SE A RESOLUÇÃO DA PORTARIA NORMATIVA nº 008-2006:**

Normatiza o atendimento de hemodiálise em UTI e define valores e códigos específicos para este atendimento.

Art. 1º Implantar o procedimento descrito como: “Hemodiálise em UTI” que deve ser aplicado para pacientes agudos, internados em regime de UTI e que em função do quadro clínico, não possam ser transportados às instalações do serviço credenciado em hemodiálise.

§ 1º Será pago por sessão realizada e efetivamente comprovada no prontuário da internação, de acordo com o valor e codificação abaixo, incluindo honorários médicos, assistência de enfermagem e custos de operacionalização de equipamento de hemodiálise convencional.

| <b>Código</b> | <b>Descrição</b>                | <b>Quantidade CH</b> | <b>Valor</b> |
|---------------|---------------------------------|----------------------|--------------|
| 15.01.002-3   | Hemodiálise em UTI (por sessão) | 2.600                | 650,00       |

§ 2º Taxa de instalação: em função da logística necessária para execução do procedimento, com transferência de equipamentos e profissionais para instalação, institui-se para pagamento destes custos a taxa abaixo especificada e codificada, paga uma única vez por paciente atendido.

| <b>Código</b> | <b>Descrição</b>                                                      | <b>Valor</b> |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------|
| 4.45          | Taxa operacional para instalação de equipamento de hemodiálise em UTI | 150,00       |

§ 3º Os códigos definidos nos parágrafos anteriores, serão pagos exclusivamente aos serviços credenciados em hemodiálise, devendo ser cobrados na conta nosocomial do hospital onde ocorreu a internação, com o código do prestador terceirizado.

§ 4º O serviço de hemodiálise apresentará relatório do médico nefrologista e do acompanhamento técnico, além do descritivo dos materiais utilizados, para inclusão no prontuário principal do paciente.

Art. 2º Os materiais e medicamentos de uso comum, não específicos da hemodiálise, serão incluídos e cobrados na fatura hospitalar, juntamente com os demais itens da internação.

Art. 3º Fica parametrizado o código 15.01.002-3, para emissão de guia tipo GIH, com demais parâmetros definidos em formulário, em anexo.

Parágrafo único. Este procedimento será autorizado mediante solicitação de atendimento preenchida pelo médico nefrologista responsável, com indicação do número de sessões necessárias, especificando as informações clínicas e resultados de exames que comprovem a indicação.

Art. 4º Esta portaria retroagirá seus efeitos a 01 de fevereiro de 2006, revogadas as disposições em contrário.

## **IX - OXIGENIOTERAPIA**

### **9.1. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA**

### **-PRINCIPAIS INDICAÇÕES:**

- Insuficiência respiratória aguda.
- Extubação precoce em pacientes em pós-operatório.
- Edema agudo de pulmão
- Insuficiência cardíaca congestiva crônica com distúrbios respiratórios de sono.
- Doenças neuromusculares e doenças restritivas do tórax
- DPOC agudizado
- Mal asmático
- Evitar reintubação
- Pneumonias intersticiais
- Embolia Gordurosa
- Descrever sempre o uso da VNI
- Pagar uso/hora do ventilador – máximo de 12horas/dia

### **9.2. OXIGENIOTERAPIA**

- Cateter tipo óculos : 2 l/min ( troca a cada 3 dias)
- Máscara facial : 3 -5 l/min
- Ventilação não invasiva : 6 l/min + taxa de respirador para ventilação não invasiva: meio valor da taxa do respirador por hora.
- Oxigênio deve ser prescrito pelo Anestesiologista (Cateter Nasal = 2 l/min / Máscara = até 5 l/min) para anestesia tipo bloqueio. Nas anestесias gerais justifica-se qualquer vazão de O2 de 01 a 08 l/min desde que prescrita pelo na anestesista.

Sempre devera ser checado pela enfermagem com horário de ligado e desligado, na UTI e quarto.

### **9.3. SISTEMA ASPIRAÇÃO FECHADO**

- Uso em pacientes com SARA ou PEEP > 10
- Troca a cada 3 dias;

## **X - DEFINIÇÃO DE SIGLAS**

**ADO: ANTIDIABETICO ORAL**

ATB: ANTIBIOTICO TERAPIA

AVC: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

BAVT: BRADICARDIA ATRIO VENTRICULAR

Ca: CALCIO

CAD: CETOACIDOSE DIABETICA

CCIH: COMISSAO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CIVD: COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA

CO2: DIOXIDO DE CARBONO

CPAP: CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE

CT: TOMOGRAFIA DE CRANIO

DHEG: DOENÇA HIPERTENSIVA DA GESTAÇÃO

DPI: DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE

DPOC: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRONICA

EAP: EDEMA AGUDO DE PULMAO

ECG: ELETROCARDIOGRAMA

EPC: EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO COLETIVA

EV: ENDOVENOSO

FC: FREQUENCIA CARDIACA

FIO2: FRAÇÃO INSPIRADA DE OXIGENIO

FR: FREQUENCIA RESPIRATORIA

GAMA GT: GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE (EXAME LABORATORIAL)

H2O: ÁGUA

HAD: HORMÔNIO ANTIDIURÉTICO

Hb: HEMOGLOBINA

HCV: VIRUS EPATITE C

HGT: HEMOGLUCOTESTE

HIC: HIPERTENSÃO INTRACRANIANA

HSA: HEMORRAGIA SUARACIDEIA

HT: HEMATÓCRITO

IAM: INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO

IPM: INCURSÕES POR MINUTO

IOT: INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

K: POTÁSSIO

Mg: MAGNÉSIO

MISSÃO DO IPASGO: Gerenciar, de forma eficiente e eficaz, um sistema de assistência à saúde que proporcione a satisfação de seus clientes. (rev.24/06/08)

Na: SÓDIO

NPT: NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL

O2: OXIGÊNIO

PAM: PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA

PAS: PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA

PCR: PARADA CARDIO RESPIRATORIA

PEEP: PRESSAO POSITIVA EXPIRATORIA FINAL

pH: POTENCIAL HIDROGENIONICO

PIC: PRESSÃO INTRACRANIANA

PO: POS OPERATORIO

PO2: PRESSAO DE OXIGENIO

OS: PRESSÃO SISTOLICA

PSV: PRESSAO SUPORTE VENTILAÇÃO

PVC: PRESSÃO VENENOSA CENTRAL

PVPI: POLIVINIL PIRROLIDONA IODO

RDC: RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA (ANVISA)

RN: RECEM NASCIDO

SARA: SINDROME ANGUSTIA RESPIRATÓRIA AGUDA

SNC: SISTEMA NERVOSO CENTRAL

SNG: SANGUE

SO2: SATURAÇÃO DE OXIGENIO

TEP: TROBOEMBOLISMO PULMONAR

TOT: TUBO OROTRAQUEAL

TT: TERAPIA TROMBOPLASTINA

TVP: TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

USG: ULTRASONOGRAFIA

UTI: UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

VM: VENTILAÇÃO MECANICA

VNI: VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

VO: VIA ORAL