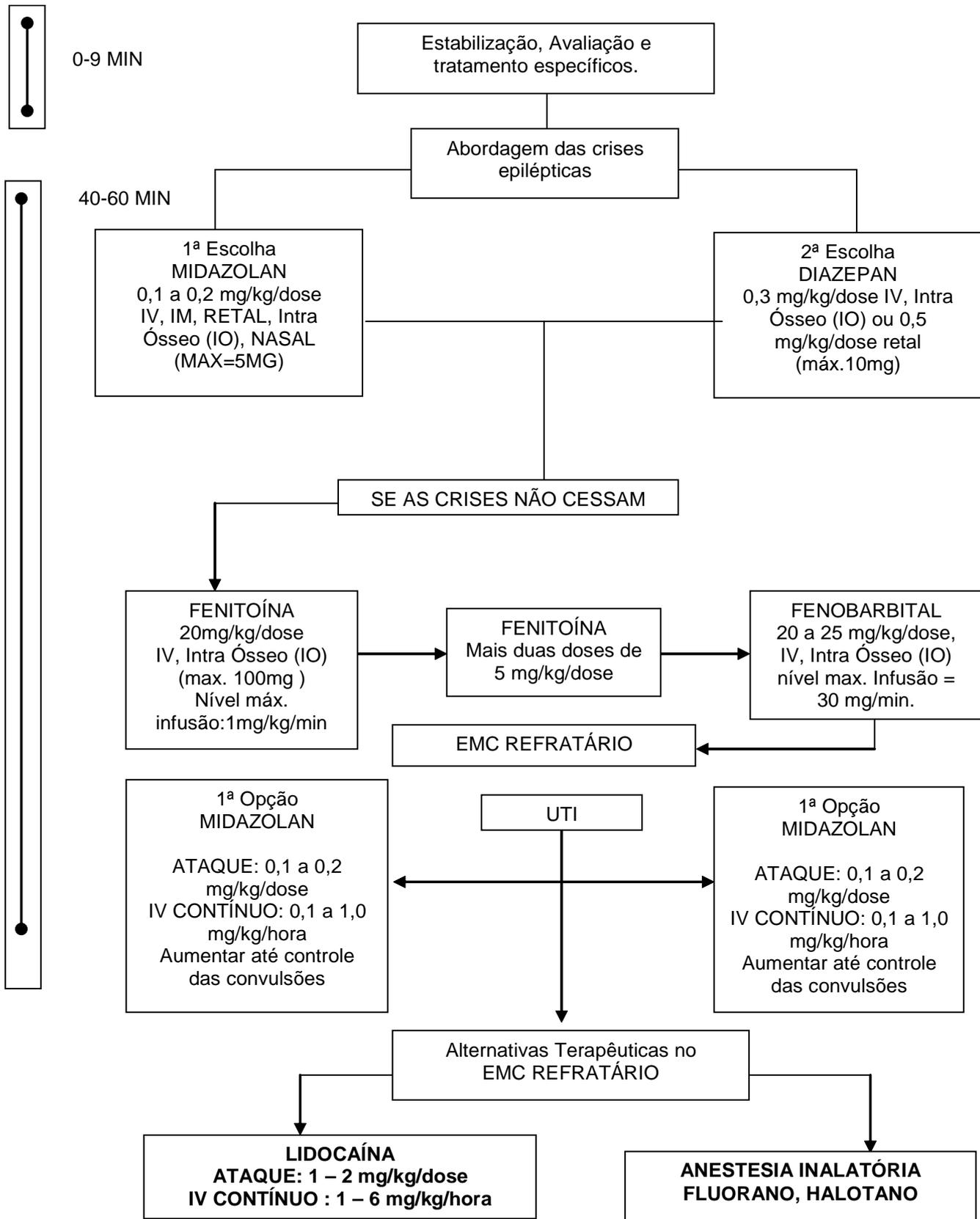


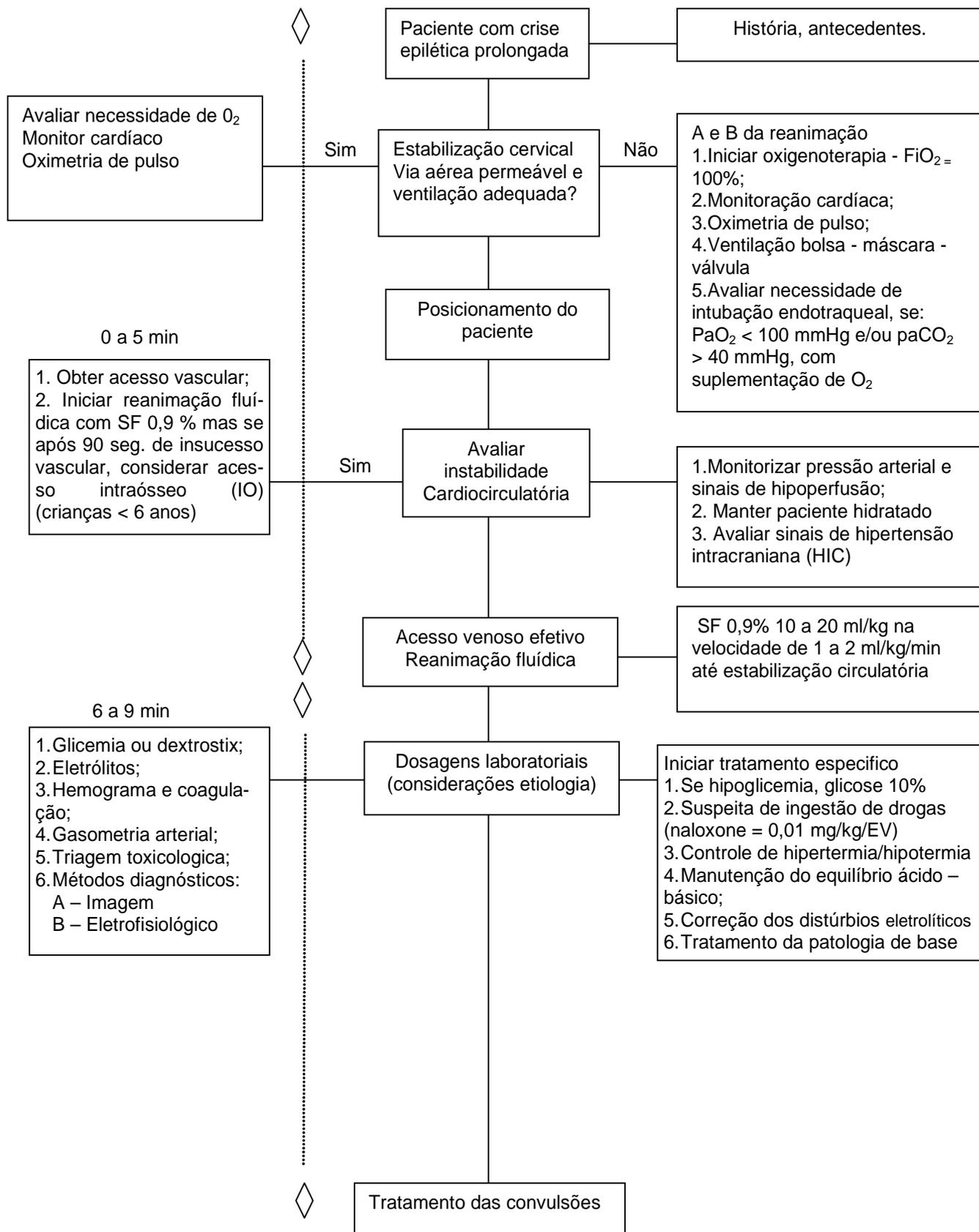
ESTADO DE MAL CONVULSIVO (EMC) NA CRIANÇA

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA CRISE



CRISE EPILÉPTICA AGUDA

SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA



UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - U.T.I.P. HIERARQUIZAÇÃO DO ATENDIMENTO.

Para fins de equacionar o déficit atual no número de leitos, otimizar o atendimento dos pacientes pediátricos que necessitam de internação em UTI - Pediátrica e considerando a disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos de cada Unidade, estabelecemos:

1. ADMISSÃO NOS SERVIÇOS:

As admissões nas U.T.I. Pediátricas da S.E.S.-D.F. obedecerão aos critérios normatizados pela A.M.I.B. (Associação de Medicina Intensiva Brasileira) e pelo Ministério da Saúde, através da portaria nº 3432, no que se referem ao nível de cuidados secundários ou terciários disponibilizados em cada Unidade, baseada na sua estrutura física, recursos materiais e humanos assim como na estrutura do hospital ao qual pertença. Estas Unidades estão atualmente assim classificadas:

A- Unidade Terciária –U.T.I. Pediátrica / H.B.D.F.

Receberá preferencialmente pacientes politraumatizados, que necessitem de atendimento das especialidades neurocirúrgicas, cirurgia cardíaca, cirurgia pediátrica, oncologia, broncoesofagologia, cirurgia vascular.

B- Unidade Secundária –U.T.I. Pediátrica / H.R.A.S.

Receberá preferencialmente pacientes clínicos e de cirurgia pediátrica .

C- Unidade Secundária- U.T.I. Pediátrica / H.R.T.

Receberá preferencialmente pacientes clínicos

2. HIERARQUIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

Os pacientes internados em Unidades Secundárias que necessitem de recursos de uma Unidade Terciária deverão ser transferidos para U.T.I. Pediátrica / H.B.D.F., ou U.T.I. do INCOR. em caso pacientes que necessitem de cirurgia cardíaca a depender da existência de vaga disponível. Caso não haja vagas na rede pública, ver possibilidade de transferência para rede privada.

Caso não haja naquele momento leito disponível na U.T.I.P./ H.B.D.F., avaliar possibilidade de troca de pacientes

Se não houver esta possibilidade o paciente deverá permanecer na U.T.I. de origem aguardando a disponibilidade de leito para remoção com ou sem troca, o que ocorrer primeiro.

Quando não houver leitos suficientes para atender as solicitações concomitantes de internação de diversas Unidades, deverão ser utilizados os critérios de admissão (A.M.I.B.).

Nos casos de remoção com troca de pacientes, avaliar sempre os riscos inerentes ao transporte.

Pacientes fora de possibilidade terapêutica permanecem na Unidade de origem.

Os casos polêmicos que porventura venham a gerar discordância deverão ser dirimidos entre os chefes das U.T.I.

CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

I-INDICAÇÕES PARA INTERNAÇÃO EM U.T.I.P.

Pacientes que necessitam de tratamento intensivo com possibilidade de reversibilidade.

Pacientes que necessitam de monitorização com possibilidade de reversibilidade.

Quando não houver vagas para admissão de todos os pacientes que necessitam de leitos de U.T.I. considerar o critério da prioridade

II-CRITÉRIOS DE PRIORIDADES

PRIORIDADE 1: pacientes com necessidade de tratamento intensivo

Pacientes críticos instáveis que necessitam de tratamento intensivo como suporte ventilatório, infusão de drogas vasoativas, métodos dialíticos. São pacientes que têm por característica a falência de um ou mais sistemas orgânicos. Esses pacientes recebem terapêutica ilimitada, devendo-se dispendir todo esforço necessário para obtê-la.

Os pacientes de prioridade¹ têm prioridade sobre os pacientes com necessidade de monitorização intensiva

PRIORIDADE 2: pacientes que necessitam somente monitorização;

Pacientes cuja condição requer monitorização clínica ou tecnológica freqüente ou contínua, beneficiando-se com a utilização de recursos de vigilância intensiva pelo risco de necessitarem imediato atendimento intensivo. Inclui-se nesta categoria pacientes com doença de base que desenvolvam doença ou procedimento de risco subjacente (cirurgia...). Esses pacientes também não têm limites terapêuticos.

Os pacientes de Prioridade 2 têm prioridade sobre os pacientes terminais ou com mau prognóstico de recuperação

PRIORIDADE 3: pacientes terminais ou de mau prognóstico

Pacientes críticos, instáveis, cujas condições prévias (básicas ou agravantes) reduzem severamente a possibilidade de recuperação e benefício pelo tratamento intensivo. Esses pacientes recebem tratamento intensivo para resolver as complicações agudas, mas os esforços terapêuticos podem ser suspensos quando houver a necessidade de medidas de exceção.

Em casos de pacientes com mesma classificação de prioridade considerar ordem do pedido de vaga.

Em casos de polêmica considerar a avaliação da comissão de Ética do Hospital, e as chefias.

NORMAS PARA ALTA DA U.T.I.P.

1. Toda alta deverá ser decidida preferencialmente na reunião após discussão com a equipe.
2. Os pacientes deverão ser encaminhados preferencialmente para os serviços de origem
Se necessitar permanecer internado no Hospital, seja para diagnóstico ou tratamento especializado deve ser encaminhado ao setor especializado após consulta ao responsável.
3. A saída da criança só deverá ser efetivada após conversa com os pais ou responsáveis.
4. O hospital ou setor que irá receber a criança deverá ser contactado pela central de regulação e pelo plantonista da U.T.I.P., antes da alta para providenciar as acomodações que o paciente necessitar. O paciente só deverá ser liberado pela U.T.I.P. após a confirmação da vaga pela enfermeira.
5. Todos os pacientes deverão receber alta com dois relatórios: um para o serviço que vai receber a criança, e outro para os pais.
6. No caso do paciente necessitar de transporte, este deve ser feito com medidas de segurança (acesso venoso, tubos, etc.).
7. Marcar o retorno para acompanhamento ambulatorial (marcar na agenda) de todos os pacientes ao receber alta

NORMAS PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES PARA A U.T.I.P.

O contato telefônico (Para a U.T.I. Pediátrica ou Central de Regulação) deverá preceder a transferência que será autorizada pelo plantonista quando o leito e os equipamentos estiverem prontos para receber o novo paciente que deve ser o mais rápido possível (Ideal – 30 min.).

O plantonista da U.T.I. deverá avisar a Unidade de Emergência quando estiver aguardando a transferência de pacientes de outra unidade hospitalar.

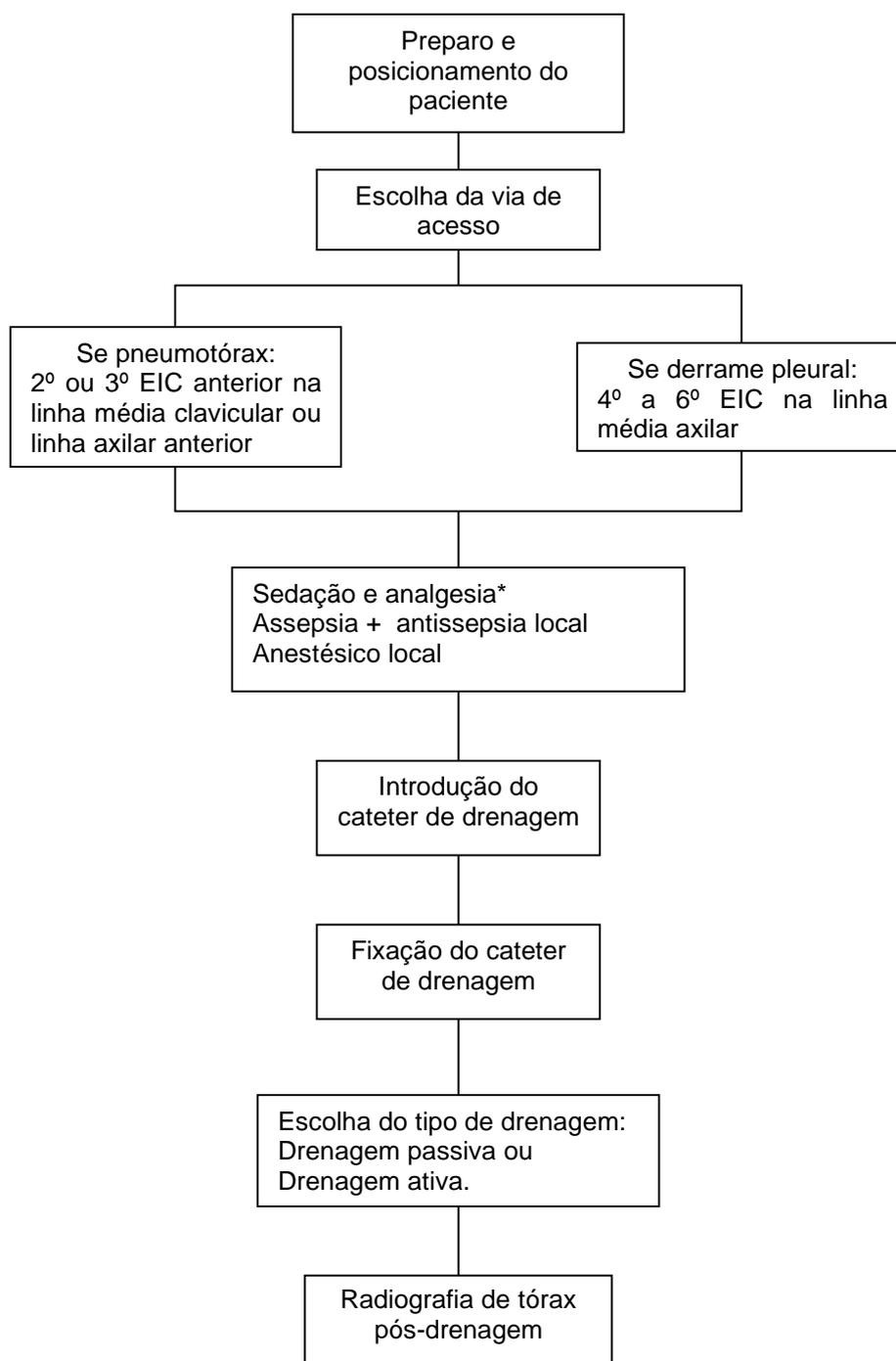
Antes do transporte à U.T.I. deverá ser verificada a estabilidade fisiológica do paciente.

Pacientes com deslocamento de tubo oro-traqueal, bradicárdicos ou em parada cárdio-respiratória deverão ser estabilizados.

O transporte deverá ser feito em MACA de transporte adequada, providas as condições adequadas para manutenção do paciente durante o transporte (i.e., oxigênio, equipamento para ventilação, acesso venoso, cobertores, monitores se disponíveis).

Todos os pacientes devem ser acompanhados por um médico durante o transporte para a U.T.I.. Pacientes provenientes de outros hospitais devem ser acompanhados por um profissional do Hospital destino no trajeto até a U.T.I. com a função de orientá-lo no interior do hospital..

DRENAGEM TORÁCICA FECHADA NA CRIANÇA



*Ver protocolo Sedação e analgesia

SEDAÇÃO E ANALGESIA NOS PACIENTES INTERNADOS EM UTIP

I- INDICAÇÕES:

Procedimentos diagnósticos	Procedimentos terapêuticos	Procedimentos cirúrgicos
Punção arterial/venosa	Cateterização vesical	Acessos venosos profundos
Broncoscopia	Intubação e extubação traqueal	Traquestomias
Punção lombar	Inserção de sondas	Debridamentos
Exames de imagem (CT; RM)	Ventilação mecânica	Curativos
Aspiração traqueal	Inserção/remoção de dreno	

II- SUGESTÕES TERAPÊUTICAS:

- 1) paciente em ventilação mecânica:
 - a) analgesia-fentanil, morfina
 - b) sedação-midazolam, diazepam
 - c) miorelaxante- rocurônio, pancurônio
- 2) pacientes sem ventilação mecânica:
 - a) dor moderada ou intensa-pós-operatório de grandes cirurgias, queimaduras, fraturas: fentanil, morfina, meperidina. Se necessário AINH (naproxen, diclofenaco de sódio, ibuprofeno).
 - b) dor moderada e leve-paracetamol, codeína, dipirona, AINH.
- 3) procedimentos dolorosos:
 - ketamina, fentanil,
- 4) intubação e indução anestésica:
 - atropina, thionembutal, fentanil, ketamina, se necessário curare. Todo paciente curarizado deve estar sedado e com analgesia.
- 5) insuficiência hepática:
 - Para sedar - fentanil
 - nas convulsões - hidantal
 - para curarizar - rocurônio.
 - evitar benzodiazepínico
- 6) hipertensão intracraniana:
 - sedação -midazolam droga de escolha
 - propofol (> 3anos)
 - analgésico-fentanil
- 7) broncoespasmo:
 - sedação -midazolam,
 - analgésico-fentanil*, ketamina, propofol (pode ter efeito broncodilatador, e é contraindicado para crianças menores do que 03 anos)
- 8) insuficiência cardíaca congestiva:
 - sedação -midazolam,
 - analgésico-fentanil, morfina(escolha na crise hipoxêmica)
- 9) insuficiência renal:
 - sedação -midazolam,
 - analgésico-fentanil

OBS: antes de qualquer procedimento doloroso, realizar medidas que diminuam a dor e ou estresse, como: oferecer glicose oral não nutritiva dois minutos antes do procedimento nos recém nascidos e lactentes, aplicar anestésico local tópico (EMLA) quando procedimento não for urgente ou infiltração cutânea tópica nos casos urgentes.

III)-AVALIAÇÃO DA DOR E DO GRAU DE SEDAÇÃO/ANALGESIA

ESCALA COMFORT COMPORTAMENTAL

1 – Alerta	
Sono Profundo	1
Sono leve	2
Cochilando	3
Totalmente acordado e alerta	4
Hiperalerta	5
2-Calma/agitação	
calmo	1
Levemente ansioso	2
Ansioso	3
Muito ansioso	4

3- Resposta respiratória	
Sem tosse e respiração espontânea	1
Respiração espontânea com pouca ou nenhuma resposta à ventilação	2
Tosse ocasionalmente ou resistência ao respirador	3
Respira ativamente contra o respirador ou tosse regularmente	4
Briga com o respirador , tosse ou sufocação	5
4- Movimento físico	
Sem movimento	1
Movimento leve ocasional	2
Movimento leve freqüente	3
Movimentos vigorosos limitado às extremidades	4
Movimento vigoroso incluindo tronco e cabeça	5
7- Tônus muscular	
Músculos totalmente relaxados sem tônus	1
Tônus reduzido	2
Tônus normal	3
Tônus aumentado e flexão de extremidades	4
Rigidez muscular extrema e flexão de extremidades	5
8- Tensão facial	
Músculos faciais totalmente relaxados	1
Músculos faciais com tônus normal , sem tensão facial evidente	2
Tensão evidente em alguns músculos da face	3
Tensão evidente em todos os músculos da face	4
Músculos faciais contorcidos	5

Avaliação:

valores = ou < 10 = sedação excessiva

de 11 a 22 = sedação adequada, mas necessita avaliações

= ou > 23 = sedação insuficiente.

As medidas avaliativas devem ser aferidas a cada 6 ou 8 horas e devem ser documentadas.

OBS: SEDAÇÃO EXCESSIVA ASSIM COMO INSUFICIENTE, SÃO PREJUDICIAIS AO PACIENTE. AJUSTAR SEMPRE PARA A DOSE IDEAL.**IV—drogas mais usadas em UTIP para sedoanalgesia**

SEDATIVOS E ANALGÉSICOS MAIS UTILIZADOS EM PEDIATRIA				
Medicação	Via de Administração	Dose (mg/kg)	Dose Máxima (mg)	Precauções
Analgésico e aspirina	VO	10 -15	975	Doença viral Úlcera péptica
Ibuprofeno	VO	5 -10	800	Úlcera péptica Usado no RN para fechamento canal arterial
Acetaminofeno	VO	10 - 15	975	
Indometacina	VO	0,3 – 1	150	
Cetorolaco	IV , IM	Dose ataque 0,4 a 1,0 Manutenção 0,2 a 0,5 a cada seis horas	150	Pode ser dado por via oral
Sedativos Analgésicos Morfina	IV,IM,VO VR (não recomendado)	0,1 – 0,3	10	Depressão Respiratória
Fentanil	IV,IM	0,001 – 0,005 com aumentos de 0,5 – 1mg/kg/min	0,05	1/3 da dose em paciente < seis meses

Medicação	Via de Administração	Dose (mg/kg)	Dose Máxima (mg)	Precauções
Codeína Sedativos Diazepam	VO IV, VR IM (não recomendado)	0,2 0,05 – 0,2 0,5	7, 5 10	
Lorazepam Midazolam	IV,IM IV,IM	0,02 -0,05 0,01 -0,08	2 4	Cuidado com a associação com narcóticos
Hidrato de cloral Pentobarbital	VO IV,IM		1.000 200	Doença hepática
Tiopental Propofol	IV IV	3 - 5 0,025 – 0,130mg/min	500	Hipotensão Depressão Cardio-respiratória

SEDAÇÃO E ANALGESIA EM UTIP

PACIENTES SEM VENTILAÇÃO MECÂNICA	PACIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA
<p>ANALGESIA</p> <p>DOR LEVE: Dipirona ou acetaminofen - 10mg/kg-6/6hs</p> <p>DOR MODERADA: Morfina - 0,1 a 0,3 mg/kg IV- 6/6hs ou 4/4hs</p> <p>DOR INTENSA: Fentanil - 0,1ucg/kg/h</p> <p>SEDAÇÃO Midazolam - 0,05 a 0,1 mg/kg-IV ou propofol - 0,5 mg/kg IV</p> <p>SEDOANALGESIA Dexmedetomidina - 0,2ucg/kg-IV</p>	<p>LONGO PRAZO \geq 48HS Midazolam - 0,05mg/kg/h + Fentanil 1ucg/kg/h ou Morfina - 0,1 mg/kg/h</p> <p>CURTO PRAZO \leq 48HS Iniciar: Midazolam - 0,05 mg/kg/h + Fentanil 1ucg/kg/h ou Propofol - 1mg/kg/h + fentanil 1ucg/kg/h ou Dexmedetomidina - 0,4ucg/kg/h (Indicado em pós - operatório)</p>

SITUAÇÕES ESPECÍFICAS:	
<p>1 - Pacientes com asma grave e/ou instabilidade hemodinâmica</p> <p>Com hipotensão: Quetamina - 1 a 2 mg/kg/h + midazolam - 0,1-mg/kg/h</p> <p>Sem hipotensão: Fentanil + midazolam ou propofol</p>	<p>2 - Pacientes com tolerância as drogas</p> <p>Adicionar clonidina - 0,05 a 2 ucg/kg/d ou Dexmedetomidina - 0,2 a 0,7 ucg/kg/h</p>

Monitorar a sedoanalgesia com avaliação com uso de escalas a cada 6 horas. Adotar a escala mais pratica e conhecida pela equipe.
Sugestões para uso da S A S e a Escala COMFORT comportamental.