



Declarações de Utilidade Pública:
MUNICIPAL: Lei nº 961 de 28/08/68 | ESTADUAL: Lei nº 10314 de 13/09/77
FEDERAL: Decreto de 17/09/92 – Proc. MJ nº 14554/90-441

RELATÓRIO MENSAL TÉCNICO ASSISTENCIAL
ASSOCIAÇÃO MAHATMA GANDHI – HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO -
OUROESTE

OUROESTE
DEZEMBRO/2022

RUA DUARTINA, 1311 | JARDIM SOTO | FONE: 17 3524-9070 | CEP: 15810-150 | CATANDUVA-SP
CNPJ: 47.078.019/0001-14 E-MAIL: hospital@mgandhi.com.br



0000344

Apresentação

Este relatório tem como objetivo apresentar uma breve descrição das atividades desenvolvidas entre os dias 01 à 31 de Dezembro/2022 referente as metas e indicadores pactuados no âmbito do contrato emergencial de gestão para gerenciamento e execução das ações e serviços do Hospital Municipal João Velloso aos termos do contrato nº 151/SMS/2022, e processo administrativo 135/SL/2022, firmado entre o Município de Ouroeste/SP e Hospital Mahatma Gandhi.

A Associação Mahatma Gandhi tem sob seu contrato de gestão, no município de Ouroeste o Hospital Municipal João Velloso sob o CNES 2716291, caracterizado por hospital geral nas modalidades ambulatorial e hospitalar de média complexidade e urgência e emergência, sem atividades de ensino.

Conforme descrito na pág. 31 do Anexo III do contrato de gestão, item 3, 4º parágrafo, fica condicionado apresentação dos indicadores propostos no Plano de Trabalho Analítico (Projeto Técnico) da Organização de Social para execução do Contrato Emergencial de Gestão.

Seque o quadro abaixo com os indicadores e metas pactuados no plano de trabalho apresentado pela Associação Mahatma Gandhi.

Quadro de metas de produção e qualidade:

Item	Indicado / descrição	Meta	Valor alcançado no mês de Dezembro/ 2022	Justificativa no mês de Dezembro de 2022	Fonte de verificação
1.	Taxa de cirurgias canceladas	< que 10% das cirurgias agendadas.	0 % de cirurgias canceladas.	Não necessária	Planilha com as cirurgias eletivas agendadas no mês.
2.	Pontualidade na entrega dos relatórios mensais de Prestação de Contas	100% de pontualidade para a entrega dos relatórios até o	Atendida a pontualidade	Não necessária	Protocolo de entrega dos relatórios

	Assistencial e Financeira.	dia 25 do mês subsequente.			
3.	Apresentação e execução do Plano de Educação Permanente conforme cronograma.	90% das atividades previstas, realizadas.	100% das atividades previstas realizadas	Não necessária	Plano de educação permanente. Lista de presença das ações realizadas.
4.	Elaboração e implantação dos Protocolos Clínicos Prioritários de Urgência e Emergência no período de 6 meses, conforme cronograma apresentado e aprovado.	100% dos protocolos elaborados e implantados conforme cronograma apresentado.	100% das atividades previstas realizadas	Não necessária	Cronograma de implantação de protocolos Cópia do protocolo implantado
5.	Acolhimento com Classificação de Risco no Setor de Urgência e Emergência.	85% dos pacientes acolhidos e classificados.	99,5% dos pacientes com risco classificado.	Não necessária	Relatório extraído do sistema de informação
6.	Apresentação do relatório de Pesquisa de Satisfação do usuário	100% das pesquisas apuradas com a demonstração dos resultados por meio de relatório mensal.	100 % da pesquisa de satisfação realizada apurada.	Não necessária	Relatório consolidado da pesquisa de satisfação realizada.
7.	Realização de alta qualificada dos pacientes internados.	85% dos pacientes internados com contrarreferência, demonstrados por meio de relatório mensal.	100% dos pacientes cirúrgicos eletivos com necessidade de contrarreferência	Não necessária	Planilha de entrega de alta responsável.

Detalhamento dos indicadores

A seguir será apresentado o detalhamento dos indicadores mensais, tais como fonte de verificação, resultado alcançado, fonte de comprovação e/ou justificativa pelo não cumprimento da ação.

Indicador 1 – Taxa de cirurgias canceladas

O indicador 1 tem como finalidade monitorar o número de procedimentos eletivos cancelados/suspensos, tais como cirurgias suspensas por falta de material, ausência do cirurgião, ausência do anestesista, falta de salas, falta de acomodações, falta de hemocomponentes, erro de agendamento, com a finalidade de reduzir ao máximo estas ocorrências; A suspensão não deve ultrapassar 10% das cirurgias agendadas.

No mês de Dezembro/2022 foram agendadas 19 cirurgias no Hospital Municipal João Velloso, sendo todas realizadas.

Em anexo, segue a planilha com as cirurgias agendadas no mês de Dezembro de 2022.

Data	Cirurgia agendada	Médico	Realizada	Cancelada	Motivo do cancelamento
01/12/2022	COLECISTECTOMIA	Dra Cleidjane	X		
01/12/2022	HEMORROIDECTOMIA	Dra Cleidjane	X		
01/12/2022	CESÁREA	Dra Jucilene	X		
01/12/2022	CESÁREA	Dra Jucilene	X		
01/12/2022	DESCOMPRESSÃO DE NERVO MEDIANO	Dr Nelson	X		
02/12/2022	CURETAGEM UTERINA PÓS ABORTO	Dra Natalia	X		
08/12/2022	RESSEÇÃO DE CISTO DE BEKER MID	Dr Nelson	X		
08/12/2022	DESCOMPRESSÃO DE NERVO MEDIANO MÃO	Dr Nelson	X		
08/12/2022	HERNIRRAFIA UMBILICAL	Dra Cleidjane	X		
08/12/2022	LAQUEADURA	Dra Jucilene	X		
08/12/2022	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	Dra Natalia	X		
15/12/2022	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DE JOELHO + MENISCECTOMIA D	Dr Nelson	X		

15/12/2022	DESCOMPRESSÃO DE NERVO MEDIANO D	Dr Nelson	X		
15/12/2022	HERNIORRAFIA INGUINAL D	Dra Cleidjane	X		
15/12/2022	HERNIORRAFIA UMBILICAL+ SUPRA UMBILICAL	Dra Cleidjane	X		
15/12/2022	CESÁREAS	Dra Jucilene	X		
15/12/2022	CESÁREAS	Dra Jucilene	X		
15/12/2022	CURETAGEM UTERINA PÓSABORTO	Dra Jucilene	X		
28/12/2022	HISTERECTOMIA VIA ABDOMINAL	Dra Natalia	X		

**Fonte: Livro de registro e agendamento de cirurgias do Hospital Municipal João Veloso.*

Indicador 2 – Pontualidade na entrega dos relatórios mensais de Prestação de Contas Assistencial e Financeira.

O indicador 2 trata de 100% de pontualidade na entrega dos relatórios mensais de prestação de contas assistencial e financeira até o dia 25 do mês subsequente conforme acordado na pág. 31 do Anexo III do contrato de gestão, item 3, 3º parágrafo.

Os relatórios serão entregues até o dia 25 do mês subsequente e a entrega será protocolada no setor responsável, possibilitando a consulta da data de entrega dos mesmos. Caso necessário, fica a critério do município solicitar cópia de tal documento.

Indicador 3 – Apresentação e execução do Plano de Educação Permanente conforme cronograma.

O indicador 3 trata da execução de 90% das atividades previstas no plano de educação permanente conforme cronograma.

A seguir é possível acompanhar o Cronograma de Educação Permanente elaborado pela equipe técnica do Hospital Municipal João Velloso e aprovada pela responsável técnica do corpo clínico.

CRONOGRAMA DE TREINAMENTOS – HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELOSO DO MUNICÍPIO DE OUROESTE				
MÊS	TREINAMENTO	PÚBLICO ALVO	TEMA/REALIZAÇÃO	INDICADOR
OUTUBRO DE 2022	<u>Treinamento 1:</u> "Limpeza Concorrente, Terminal, uso de EPIs e Medidas Sanitárias".	Equipe de higiene e limpeza	CCIH	Livro ata assinado
	<u>Treinamento 2:</u> "Orientações técnicas para equipe da recepção".	Equipe da recepção	Faturamento	Livro ata assinado
	<u>Treinamento 3:</u> "Acolhimento com classificação de risco com acréscimo da prioridade "muito urgente".	Enfermeiros	Protocolo de Classificação	Livro ata assinado
NOVEMBRO DE 2022	<u>Treinamento 1:</u> "Protocolo da dor Torácica e Medidas Assistenciais na S.C.A.".	Enfermeiros	Clínico	Livro ata assinado
	<u>Treinamento 2:</u> "Boas práticas de Higiene e Manipulação de alimentos".	Equipe de Nutrição e dietética	CCIH/Nutrição	Livro ata assinado
DEZEMBRO DE 2022	<u>Treinamento 1:</u> "Manejo no atendimento de vítimas por animais peçonhentos".	Enfermagem	Clinico/cirúrgico	Livro ata assinado
JANEIRO DE 2023	<u>Treinamento 1:</u> "Padronização das Medicções de Alta Vigilância e Padronização do Carrinho de Emergência".	Enfermagem e farmácia	Clínico	Livro ata assinado
FEVEREIRO DE 2023	<u>Treinamento 1:</u> "Manejo assistenciais na PCR".	Enfermagem	Cirúrgico	Livro ata assinado
	<u>Treinamento 2:</u> "Técnicas de lavagem das mão".	Equipe assistencial	CCIH	Livro ata assinado

*OBS: Diante das necessidades que irão surgindo novos treinamentos irão sendo acrescentados.

No mês de Dezembro foi realizado o treinamento do Cronograma de Educação Permanente de acordo com o previsto. Segue abaixo documento que comprove a execução das atividades conforme previsto:

TREINAMENTO1: Protocolo de Atendimento aos Acidentes com Animais Peçonhentos e Antirrábicos.

RUA DUARTINA, 1311 | JARDIM SOTO | FONE: 17 3524-9070 | CEP: 15810-150 | CATANDUVA-SP
CNPJ: 47.078.019/0001-14 E-MAIL: hospital@mgandhi.com.br



0000349



HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO DO MUNICÍPIO DE OUROESTE
Av. dos Bandeirantes, 1026 – CEP: 15.685-000

ATA DE TREINAMENTO

TREINAMENTO: “Protocolo de atendimento aos acidentes com animais peçonhentos e antirrábico”

Público Alvo: Enfermeiros.

Data: 21/12/2022.

Hora: 15:00h às 16:00h.

Administrado pela enfermeira Solange R. Garutti Quadrelli.

Solange R. Garutti Quadrelli
Solange R. Garutti Quadrelli
COREN-SP 83.003
ENFERMEIRA

Assinam a presente ATA os membros participantes:

NOME	CARGO	ASSINATURA
Flávia B do Nascimento	Enfermeira	<i>Flávia B do Nascimento</i>
Satiane F. Marques	Enfermeira	<i>Satiane F. Marques</i>
Stáucia Lopez de Jesus	Enfermeira	<i>Stáucia Lopez de Jesus</i>
Paula C. Fraga	Enfermeira	<i>Paula C. Fraga</i>
Nelmi do S.O de Paula	Enfermeira	<i>Nelmi do S.O de Paula</i>
Natiele R Rosa Fortunato	Enf.ª	<i>Natiele R Rosa</i>
Ana Paula da S. Pigo	Enfermeira	<i>Ana Paula</i>
Raquel Cyda da S. Santos	Enfermeira	<i>Raquel Santos</i>
Camila de Jesus Gomes	Enfermeira	<i>Camila de Jesus Gomes</i>
Vanessa Flávia Costa	Enfermeira	<i>Vanessa Flávia Costa</i>



Indicador 4 – Elaboração e implantação dos Protocolos Clínicos Prioritários de Urgência e Emergência no período de 6 meses, conforme cronograma apresentado e aprovado.

O indicador 4 trata da implantação de 100% dos Protocolos Clínicos Prioritários de Urgência e Emergência conforme previstos no Cronograma de implantação elaborado para os 6 meses do presente contrato emergencial.

No mês de Dezembro foram implantados os Protocolos: “Implantação da Avaliação do Politraumatizado”, “Manejo no Atendimento de Vítimas por Animais Peçonhentos” e “Medidas Assistenciais Imediatas no trauma torácico”. A seguir é possível acompanhar o cronograma para implantação de protocolos elaborado pela equipe técnica do Hospital Municipal João Velloso.



IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS ASSISTENCIAIS			
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELOSO DO MUNICÍPIO DE OUROESTE/SP			
MÊS	TREINAMENTO	PÚBLICO ALVO	INDICADOR
OUTUBRO DE 2022	Implantação 1: "Implantação do protocolo assistencial de classificação de risco contendo as principais queixas clínicas e fluxo interno conforme sua gravidade clínica e inclusão da prioridade "MUITO URGENTE.""	EQUIPE ASSISTENCIAL	APRESENTAÇÃO DAS CÓPIAS DOS PROTOCOLOS COM ATA DE APRESENTAÇÃO E CIÊNCIA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
NOVEMBRO DE 2022	Implantação 2: "Implantação Protocolo da dor torácica e medidas assistenciais na S.C.A." Implantação 3: "Protocolo assistencial na crise convulsiva."	EQUIPE ASSISTENCIAL	APRESENTAÇÃO DAS CÓPIAS DOS PROTOCOLOS COM ATA DE APRESENTAÇÃO E CIÊNCIA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
DEZEMBRO DE 2022	Implantação 4: " Implantação da Avaliação inicial no politraumatizado." Implantação 5: "Medidas assistenciais imediatas no trauma torácico." Implantação 6: " Manejo no Atendimento de vítimas por animais peçonhentos."	EQUIPE ASSISTENCIAL	APRESENTAÇÃO DAS CÓPIAS DOS PROTOCOLOS COM ATA DE APRESENTAÇÃO E CIÊNCIA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
JANEIRO DE 2023	Implantação 7: "Abordagens nas intoxicações exógenas." Implantação 8: Protocolo de atendimento inicial no Acidente Vascular Encefálico."	EQUIPE ASSISTENCIAL	APRESENTAÇÃO DAS CÓPIAS DOS PROTOCOLOS COM ATA DE APRESENTAÇÃO E CIÊNCIA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
FEVEREIRO DE 2023	Implantação 9: "Medidas na intubação rápida e suporte ventilatório." Implantação 10: "Implantação do protocolo assistencial na parada cardiorrespiratória adulto e infantil."	EQUIPE ASSISTENCIAL	APRESENTAÇÃO DAS CÓPIAS DOS PROTOCOLOS COM ATA DE APRESENTAÇÃO E CIÊNCIA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

*Aprovado pela Direção Técnica.

*Novos protocolos poderão ser implantados conforme forem surgindo as necessidades.

A seguir apresentamos o Protocolos que foi implantado no mês de dezembro conforme programado e comprovação da ciência de equipe para o mesmo:

PROTOCOLO DE IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO INICIAL NO POLITRAUMATIZADO:

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:1	

SUMÁRIO



PROTOCOLO XABCDE DO TRAUMA	2
AVALIAÇÃO DA CENA	3
AVALIAÇÃO PRIMÁRIA: REALIZAÇÃO DO XABCDE	5
IMOBILIZAÇÃO COM TALAS E COLAR CERVICAL	18
UTILIZAÇÃO DE KED ADULTO E KED INFANTIL	19
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA DO POLITRAUMATIZADO	21
REFERÊNCIAS	23

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

RUA DUARTINA, 1311 | JARDIM SOTO | FONE: 17 3524-9070 | CEP: 15810-150 | CATANDUVA-SP
 CNPJ: 47.078.019/0001-14 | E-MAIL: hospital@mgandhi.com.br



0000353

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:2	

1. PROTOCOLO XABCDE DO TRAUMA



Utilizado na abordagem ao politraumatizado, o Protocolo “**XABCDE**” do Trauma padroniza o atendimento inicial ao paciente e foi pensado para identificar lesões potencialmente fatais ao indivíduo. O protocolo é aplicável a todas as vítimas com quadro crítico, independentemente da idade.

A técnica significou uma mudança radical na abordagem ao politraumatizado e, em pouco tempo, passou a ser adotada por vários países, a partir de 1978. Em **2019**, mais uma letra foi acrescentada ao protocolo: o “**X**”, referente à hemorragia exsanguinante ou hemorragia externa grave.

OS SIGNIFICADOS DAS LETRAS SÃO:

- **(X) Exsanguinação:** a contenção de hemorragia externa grave deve ser feita antes mesmo do manejo das vias aéreas;
- **(A) Vias aéreas e proteção da coluna vertebral:** avaliação das vias aéreas e proteção da coluna cervical;
- **(B) Boa Ventilação e Respiração:** análise da respiração, para verificar se está adequada e atenção para: frequência respiratória, inspeção dos movimentos torácicos, cianose, desvio de traqueia e observação da musculatura acessória;
- **(C) Circulação com Controle de Hemorragias:** a circulação e a pesquisa por hemorragia são os principais parâmetros de análise. A diferença entre o “**X**” e o “**C**” é que o “**X**” se refere a grandes hemorragias externas. Já o “**C**”, a hemorragias internas, onde deve-se investigar perdas de volume sanguíneo não visível;

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:3	

- **(D) Disfunção Neurológica:** análises do nível de consciência, tamanho e reatividade das pupilas, da presença de hérnia cerebral e dos sinais de lateralização, bem como do nível de lesão medular;
- **(E) Exposição Total do Paciente:** análise da extensão das lesões e o controle do ambiente com prevenção da hipotermia. O socorrista deve analisar, entre outros pontos, sinais de trauma, sangramento e manchas na pele.

2. AVALIAÇÃO DA CENA

Objetivos:


- Identificar as ameaças e riscos que podem ocorrer no cenário de emergência;
- Compreender as etapas que devem ser seguidas para minimizar as ameaças e riscos no cenário de emergência; e
- Analisar a potencialidade da cena de emergência, verificando se poderá evoluir.

Abordaremos a avaliação da cena em qualquer situação de Incidente provocado por evento adverso. A avaliação da cena de emergência é o estudo rápido em que são analisados os diferentes fatores que interferem na ocorrência, sendo indispensável ao socorrista obter essas informações para a tomada de decisão adequada, visando a segurança da equipe de socorro.

O monitoramento da cena de emergência deve ser constante e não apenas na chegada da equipe de socorro, pois a situação pode alterar-se com rapidez, colocando em risco as vítimas que já estavam no cenário, assim como a equipe de socorro que realizará o resgate.

A cena de emergência deve estar segura para que a equipe de socorro possa atuar, caso existam riscos o socorrista deverá buscar os meios e recursos para chegar às vítimas, preocupando-se com a própria integridade física e de toda a equipe, utilizando equipamentos de proteção.

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:4	

individual EPI que correspondam com a situação, e somente após deslocar se em direção às vítimas para o resgate ou mesmo retirar as do local de risco para levá-las a local seguro. Por meio da regra dos três “S” (Security, Situation), buscaremos a compreensão no quesito avaliação da cena de emergência.

A regra dos três “**Scene, Security, Situation**”.

Cena do Acidente (Scene).

Nesta fase, o socorrista já começa a planejar mentalmente as ações antes mesmo de chegar à cena da emergência. O despachante da ocorrência repassa as primeiras informações do evento subsidiando a equipe de socorro com o máximo de informações possíveis, colhidas junto ao solicitante da ocorrência, no local o socorrista deve avaliar todo cenário. A maioria dos dados é obtida somente com a observação da cena e se completa com relatos das testemunhas e vítimas, que contribuem para a tomada de decisão.



A equipe deve analisar a cena observando tudo à volta, os riscos potenciais que o local oferece à operação e se irá necessitar de mais recursos no local, a cena deve ser avaliada constantemente, visando eliminar as ameaças e riscos que o evento oferece, para que não prejudique ainda mais os envolvidos no atendimento às vítimas.

Segurança (Security).

Ao dirigir-se à cena da ocorrência, o principal fator a ser observado é a segurança da equipe. Nenhuma tentativa de resgate deve ser efetuada se qualquer integrante não portar EPI que o cenário

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**



	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:5	

exige, e jamais devem ser autorizadas equipes não preparadas para realizar atividades as quais não estejam ambientadas.

As guarnições de resgate devem preocupar se com o trânsito no local da ocorrência para estes casos, é de extrema importância o bom posicionamento das viaturas e dos dispositivos de sinalização (bem como manter distância segura do local do acidente nestes casos a equipe deverá observar a velocidade da via para estabelecer a distância mais segura.

As condições climáticas e de luminosidade também interferem bastante na segurança das equipes que estejam atuando, por isso devem ser redobrados os cuidados sempre em condições climáticas ou de luminosidade adversas.



Situação (Situation)

A situação é verificada após a análise da segurança da equipe e das vítimas no cenário de emergência, onde se deve analisar o contexto e tentar descobrir o que ocorreu na cena, os motivos que levaram à solicitação, entender ou procurar entender a cinemática do trauma, buscar informações das vítimas (idade, sexo), se será necessário apoio de viaturas e equipamentos no local ou até mesmo apoio de outros órgãos e profissionais, e para onde serão transportadas as vítimas, dentre outras informações julgadas pertinentes pela equipe.

3. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA: REALIZAÇÃO DO XABCDE

(X) – Exsanguinação

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO



	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:6	

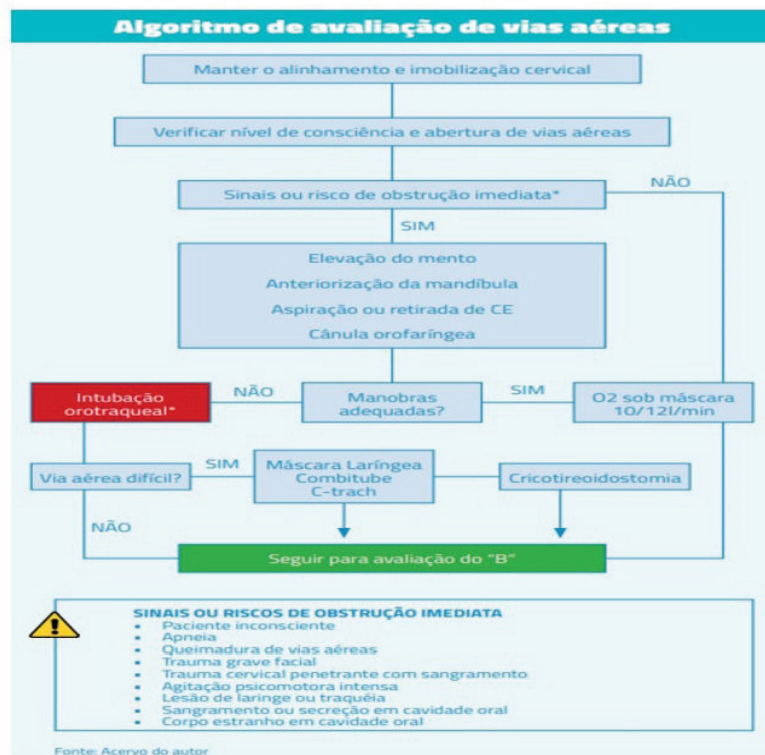
O “X” lembra que a contenção de hemorragia externa grave deve ser feita antes mesmo do manejo das vias aérea uma vez que, epidemiologicamente, apesar da obstrução de vias aéreas ser responsável pelos óbitos em um curto período de tempo, o que mais mata no trauma são as hemorragias graves.

(A) – Vias aéreas e proteção da coluna vertebral



No “A”, deve-se realizar a avaliação das vias aéreas. No atendimento pré-hospitalar, 66-85% das mortes evitáveis ocorrem por obstrução de vias aéreas, para manutenção das vias aéreas utiliza-se das técnicas: “chin lift”: elevação do queixo, uso de aspirador de ponta rígida, “jaw thrust”: anteriorização da mandíbula, cânula orofaríngea (Guedel).

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página: 7	



PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:8	

No “A” também, realiza-se a proteção da coluna cervical. Em vítimas conscientes, a equipe de socorro deve se aproximar da vítima pela frente, para evitar que ela mova a cabeça para os lados durante o olhar, podendo causar lesões medulares, a imobilização deve ser de toda a coluna, não se limitando à coluna cervical. Para isso, uma prancha rígida deve ser utilizada.

Atenção: considere uma lesão da coluna cervical em todo doente com traumatismos multissistêmicos!

A)- Vias aéreas e proteção da coluna vertebral

No A, deve-se realizar a avaliação das vias aéreas. No atendimento pré-hospitalar, 66-85% das mortes evitáveis ocorrem por obstrução de vias aéreas. Para manutenção das vias aéreas utiliza-se das técnicas: “chin lift”: inclinação da cabeça e elevação do queixo, uso de aspirador de ponta rígida, cânula orofaríngea (Guedel). **“jaw thrust”: anteriorização da mandíbula.**



Devemos realizar sempre que possível logo no início do exame primário.

Em pacientes muito agitados ou com hemorragias graves por ex., essa manobra pode não ser viável ou não ser prioridade logo no início do atendimento.



COLAR CERVICAL:

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:9	

Colar Cervical

São possíveis prejuízos que o uso indiscriminado do colar cervical pode causar no paciente:


- Aumento da PIC pela simples compressão das veias jugulares, potencialmente aumento o edema cerebral, o volume dos hematomas e a deterioração neurológica;
- Dificuldade no manejo da via aérea;
- Desconforto e/ou dor;
- Lesão por compressão;
- Aumento da agitação do paciente;
- Aumento o risco de bronco aspiração.

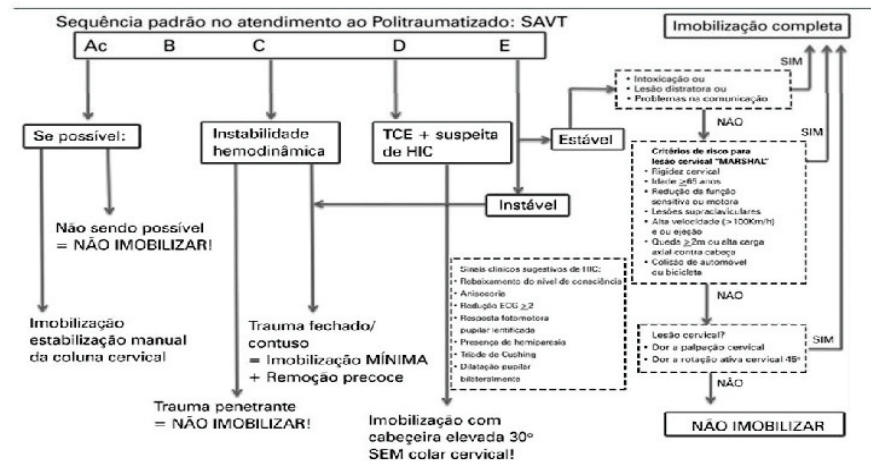
O mesmo deve ser utilizado avaliando cada caso e quando houver indicação.



GUIA PARA UTILIZAÇÃO DO COLAR CERVICAL:

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
 HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:10	





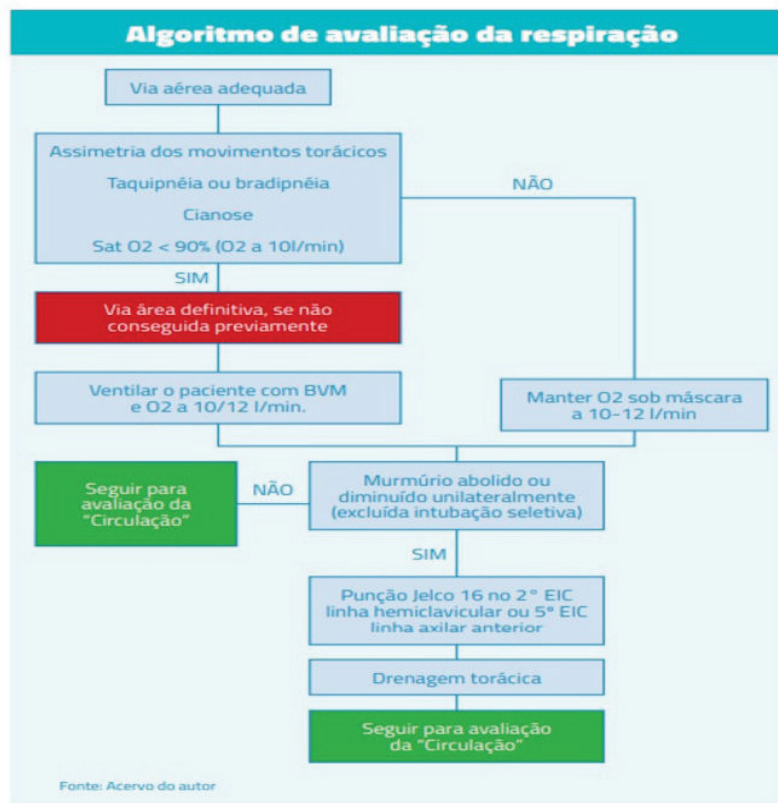
(B) – Boa Ventilação e Respiração

No “B”, o socorrista deve analisar se a respiração está adequada e se atentar para: frequência respiratória, inspeção dos movimentos torácicos, cianose, desvio de traqueia e observação da musculatura acessória. Esses são parâmetros analisados nessa fase.



Para tal, é necessário expor o tórax do paciente, realizar inspeção, palpação, ausculta e percussão. É preciso, também, verificar se a respiração é eficaz e se o paciente está bem oxigenado.

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:11	



PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:12	

B – Respiração

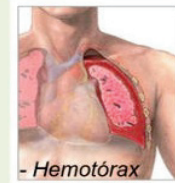
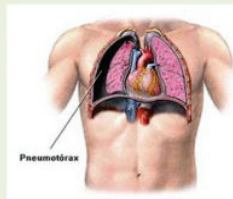
- *Inspeção e palpação*

1. *Sinais de ventilação / oxigenação inadequadas:*

- *Frequência respiratória lenta ou aumentada*
- *Superficial ou profunda*
- *Expansão inadequada ou unilateral*
- *Agitação / confusão mental*
- *Saturação de oxigênio < 90%*
- *Instabilidade da caixa torácica*
- *Ferimentos torácicos.*



2. *Causas para ventilação / oxigenação inadequadas:*

- *Contusão pulmonar*



Fraturas de múltiplos arcos costais

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
 AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
 HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:13	

Déficits de oxigenação são as causas mais frequentes e mais graves de hipoxemia.

- A maneira mais rápida de se tentar corrigir a hipoxemia é $\uparrow FiO_2$

No exame primário devemos ofertar oxigênio à todos os pacientes em maior FiO_2 possível, pois ele não é prejudicial a curto prazo, devendo ser reavaliada a necessidade de manter a FiO_2 fornecida no exame secundário, possível desmame, retirada ou até mesmo a necessidade de VAV.



Fonte: PHTLS 9ª Ed.

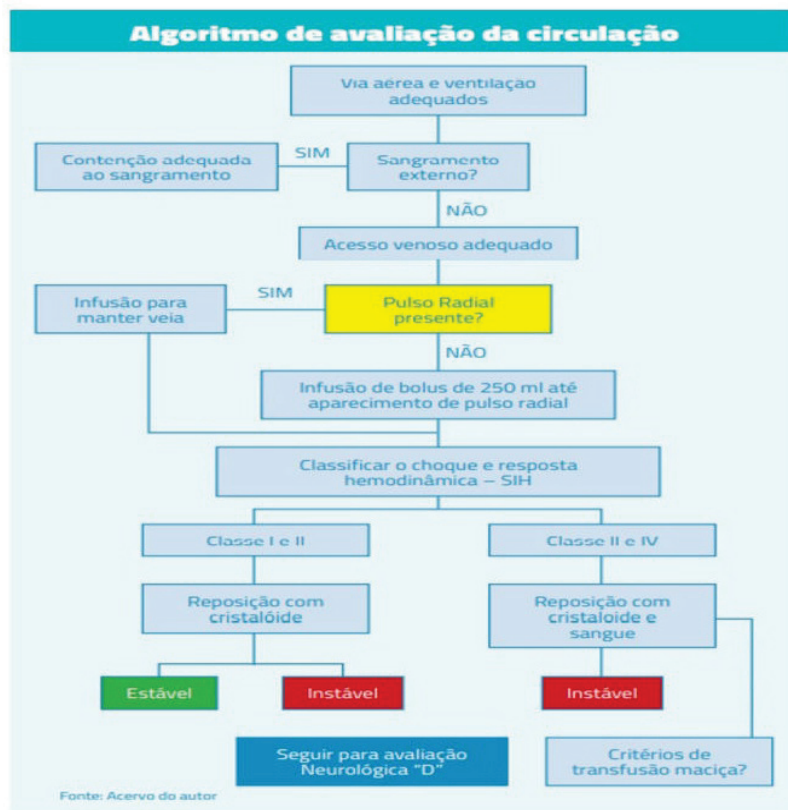


(C) – Circulação com Controle de Hemorragias



No “C”, a circulação e a pesquisa por hemorragia são os principais parâmetros de análise. A maioria das hemorragias é estancada pela compressão direta do foco. A hemorragia é a principal causa de morte no trauma, como já vimos.

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
 AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
 HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:14	



**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:15	

Já o “C” refere-se a hemorragias internas, onde deve-se investigar perdas de volume sanguíneo não visível, analisando os principais pontos de hemorragia interna no trauma (pelve, abdômen e membros inferiores), avaliando sinais clínicos de hemorragia como: tempo de enchimento capilar lentificado, pele fria e pegajosa e comprometimento do nível e qualidade de consciência.

C) – Circulação com Controle de Hemorragias

No C, a circulação e a pesquisa por hemorragia são os principais parâmetros de análise. A maioria das hemorragias é estancada pela compressão direta do foco. A Hemorragia é a principal causa de morte no trauma.

A diferença entre o “X” e o “C” é que o X se refere a hemorragias externas, grandes hemorragias. Já o “C” refere-se a hemorragias internas, onde deve-se investigar perdas de volume sanguíneo não visível, analisando os principais pontos de hemorragia interna no trauma (pelve, abdômen e membros inferiores), avaliando sinais clínicos de hemorragia como tempo de enchimento capilar lentificado, pele fria e pegajosa e comprometimento do nível e qualidade de consciência.

H – Hemorragias

P – Pulso: taquicárdico / filiforme.

P – Pele: fria / pegajosa.



P – Perfusão: > 2seg.

P - Pança = abdômen.

P – Pélve.

P – Pernas (fêmur).

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:16	

Circulação e controle de hemorragias

★ De onde o paciente está perdendo sangue?

Locais que merecem mais atenção:

- Tórax.
- Abdômen (mecanismo do trauma e lesões externas ajudam a identificar hemorragias) / exame físico deve ser realizado.
- Pelve (mecanismo do trauma/instabilidade do anel pélvico)
- Fêmur.
- Muitas vezes todos associados.

Choque Hipovolêmico Hemorrágico

- Estabilizar fraturas (pelve e fêmur) / possíveis fontes de grandes sangramentos.
- Reposição volêmica / acesso venoso periférico (sempre que possível).
- Controle de temperatura (já deve ser pensado durante o controle das hemorragias).

ATENÇÃO: A infusão excessiva de líquidos está associada a maior mortalidade da vítima, aumento do sangramento pelos seguintes mecanismos:

- aumento da pressão arterial (PA).
- diluição dos fatores de coagulação.
- redução da viscosidade do sangue.
- instalação ou agravamento de hipotermia.
- deslocamento de coágulos aderidos no sítio de lesão vascular, retirando o tampão inicial formado por plaquetas e fibrina (coagulação primária) e favorecendo o ressangramento.

O objetivo da reposição volêmica não é elevar a pressão arterial a níveis normais, mas fornecer somente a quantidade de fluido necessária à manutenção da perfusão, levando à efetividade da continuidade de suprimento de hemácias oxigenadas ao coração, ao cérebro e aos pulmões, aumentando desta forma, a sobrevida do paciente.





CINTURA PÉLVICA

(D) – Disfunção Neurológica

No “D”, são feitas análises do nível de consciência, tamanho e reatividade das pupilas, da presença de hérnia cerebral e dos sinais de lateralização, bem como do nível de lesão medular.

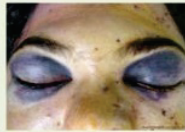
Nessa fase, o objetivo principal é minimizar as chances de lesão secundária pela manutenção da perfusão adequada do tecido cerebral. Importante aplicar a escala de Glasgow atualizada.

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:17	

Disfunção neurológica

- Alteração do nível de consciência
- ✓ Sonolência / letargia
- ✓ Delirium (irritabilidade e desorientação)
- ✓ Abulia
- Diâmetro e reações pupilares
- TCE





Sinal battle

(E) – Exposição Total do Paciente

No “E”, a análise da extensão das lesões e o controle do ambiente com prevenção da hipotermia são as principais medidas realizadas. O socorrista deve analisar, entre outros pontos, sinais de trauma, sangramento e manchas na pele.

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
 AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
 HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:18	

Vale saber: a parte do corpo que não está exposta pode esconder a lesão mais grave que acomete o paciente.

(E) - Exposição com controle da hipotermia

Reavaliar o XABCD

- *Despir o paciente*
- *Observar fraturas e reconhecer alterações que colocam a vida em risco de morte iminente*
- *Movimentar em bloco (inspecionar e palpar)*
- *Prevenir hipotermia (manta aluminizada/desligar ar condicionado da USB/USA*
- *Infusão de soluções aquecidas quando disponível e se indicado*



Nem sempre o que está escrito nos protocolos é bom/eficaz para “aquela” situação.



4. IMOBILIZAÇÃO COM TALAS E COLAR CERVICAL

Imobilizando a Coluna Cervical

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
 HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:19	



No atendimento à vítima de trauma, a proteção da coluna cervical constitui a medida universal adotada pelo profissional, e a primeira providência deve ser a estabilização manual. Isso deve ser feito segurando a cabeça da vítima com cuidado e movendo-a até uma posição neutra, a menos que seja contraindicado, como por exemplo, quando houver resistência ao movimento, espasmo do músculo do pescoço, aumento da dor, início do aumento do déficit neurológico, como adormecimento, formigamento ou perda de habilidade motora, comprometimento das vias aéreas ou da ventilação (PHTLS, 2019). Na posição alinhada neutra deve ser mantida manualmente sem tração significativa, até que a imobilização mecânica do tronco e da cabeça seja completada (PHTLS, 2019).

A finalidade principal e específica do colar cervical é proteger a coluna cervical de compressão. Quando instalado de forma eficiente ele se apoia sobre o peito, a coluna torácica posterior, a clavícula e o músculo trapézio. A cabeça fica imobilizada sob o ângulo da mandíbula e na região occipital do crânio. Embora não imobilize totalmente, o colar cervical ajuda a limitar o movimento da cabeça. A porção anterior rígida do colar também fornece um local seguro para a aplicação de um tirante de imobilização na parte inferior da cabeça, sobre o mento (PHTLS, 2019).

5. UTILIZAÇÃO DE KED ADULTO E KED INFANTIL

Colete **KED** Fibra Resgate 706 Imobilização Adulto e Infantil dispositivo utilizado em conjunto com o colar cervical para a imobilização da cabeça e coluna em posição anatômica, permitindo que a vítima seja imobilizada e transportada sentada para prevenir lesões adicionais durante as manobras de extricação.

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:20	

Em primeira vista, o nome pode assustar um pouco, mas o KED, nada mais é do que um instrumento de extricação criado por Rick Kendrick em 1978. É interessante como o seu desenvolvimento é recente considerando o quanto esse tipo de ferramenta é importante no dia-a-dia do APH, devido à sua eficiência e segurança. Principalmente porque é usado por profissionais que têm a grande responsabilidade de atender de forma rápida e eficaz para estabilizar um paciente em situação de emergência.

- Como colocar o KED:


- A técnica para colocação do KED exige de dois a três socorristas com treinamento para sua correta utilização, pois o posicionamento incorreto do dispositivo pode causar movimentos bruscos na coluna e, portanto, danos físicos no paciente.

- Feitas a avaliação e a sinalização da cena, a vítima deve ser abordada juntamente com a estabilização manual da cabeça conforme a imagem à esquerda (Abordagem primária rápida), mantendo-a em posição neutra, alinhada à coluna cervical.

- Um segundo socorrista deve então colocar o colar cervical de tamanho adequado e proceder com a Avaliação Primária Completa (XABCDE). A vítima deve ser movimentada em bloco para frente, liberando espaço entre ela e o banco para a passagem do KED, o dispositivo deve ser colocado alinhado à coluna, com as abas posicionadas logo abaixo das axilas.

- Os tirantes devem ser bem presos e ajustados na ordem correta (por isso as cores diferentes) com o objetivo de envolver a vítima de forma uniforme. O primeiro a ser preso é o tirante central (abdominal), seguido pelo tirante inferior (quadril) e o superior (tórax), é preciso ter cuidado nesse momento com casos em que esse método de colocar o dispositivo na vítima deve ser feito de

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página: 21	

maneira diferente. Em gestantes, por exemplo, o tirante abdominal e o torácico não devem ser tracionados, evitando a compressão abdominal.



- Por último, procedemos com a imobilização completa da cabeça. É importante observar se há espaço não preenchido entre a cabeça/coluna e o KED, dificultando o alinhamento correto. Se isso ocorrer, pode-se colocar um acolchoamento entre a cabeça ou coluna e o KED, para mantê-las alinhadas e em posição neutra.

6. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA DO POLITRAUMATIZADO

6.1 PASSO A PASSO DA AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA DO PACIENTE POLITRAUMATIZADO:

– nome e idade;
– verificação dos sinais vitais;
– respiração (frequência, ritmo e amplitude);
– pulso (frequência, ritmo e volume);
– pressão arterial;
– pele (temperatura, cor, turgor e umidade);
– S: sintomas? principal queixa?
– A: tem alergias? problema ou doença atual?
– M: medicamentos e/ou tratamentos em uso?
– P: passado médico/prenhez (gravidez) – problemas de saúde ou doença atual?
– L: ingeriu líquidos ou alimentos? última refeição?
– A: ambiente do evento?
Obs: Em pacientes inconscientes ou impossibilitados de responder, buscar informações com circundantes ou familiares.


PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:22	

6.2 AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR DO PACIENTE POLITRAUMATIZADO:

– oximetria de pulso se disponível;
– glicemia capilar se disponível;
3. EXAME DA CABEÇA AOS PÉS, FRENTE E DORSO
Objetivo específico: localizar ferimentos, sangramentos, afundamentos, desvios, hematomas, alterações na cor da pele ou mucosas, assimetrias, instabilidades, alterações de motricidade e sensibilidade.
Propedêuticas a serem utilizadas: Inspeção seguida de palpação, ausculta e percussão.
Cabeça e face:
– inspecionar e palpar o couro cabeludo, orelhas, ossos da face, olhos, pupilas (verificar diâmetro, reação à luz e simetria pupilar) nariz e boca;
– observar alterações na coloração e temperatura da pele.
Pescoço:
– avaliar região anterior e posterior;
– avaliar em especial se há distensão das veias e/ou desvio de traqueia.
Tórax:
– observar em especial se há uso de musculatura acessória, tiragem intercostal, movimentos assimétricos, afundamentos, ferimentos incluindo o sinal do cinto de segurança etc.
– observar contusões ou lesões abertas, distensão abdominal, dor à palpação e ao rechaço, abdome em tábua e sinal do cinto de segurança.
Pelve:
– observar sangramentos, contusões ou lesões abertas, realizar palpação das cristas ilíacas na busca de dor e/ou instabilidade realizando compressão látero-medial e ântero-posterior.
Membros:
– observar em especial a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros (reenchimento capilar)
– avaliar a força motora, solicitando que o paciente movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez, aperte a mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez, se não houver suspeita de lesão;
– avaliar a sensibilidade;
– sempre realizar a avaliação comparando um membro com o outro.
Dorso (se possível):
– inspecionar a presença de deformidades, contusões, hematomas, ferimentos;
– palpar processos espinhosos durante o posicionamento na prancha longa em busca de dor.



**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página: 23	

7. REFERÊNCIAS

- SAÚDE SANAR. Resumo Prático: XABCDE DO TRAUMA. **PROTOCOLO XABCDE DO TRAUMA: Otimização da abordagem ao politraumatizado**. Sanar, 2021. Disponível em: <https://www.sanarsaude.com/portal/residencias/artigos-noticias/resumo-pratico-abcde-trauma-atendimento-primeiros-socorros-paciente-enfermagem-xabcde-atualizacao>.
- IESPE. Como utilizar o KED. São Paulo, 2016. Disponível em : <https://www.iespe.com.br/blog/como-funciona-o-ked/>.
- DRAKE. Atualizações das diretrizes de RCP no APH. Cmos Drake. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://cmosdrake.com.br/blog/atualizacoes-das-diretrizes-de-rcp/>.



PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO DE TRAUMA: AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:24	

Procedimento Operacional Padrão AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO		
Periodicidade de Revisão: 2 ANOS		
EQUIPE DE DESENVOLVIMENTO		
Elaboração	Data	Função
Dra Natália Amado Santos – CRM: 147050	14/12/2022	R.T MÉDICA
Fábio Cegatti – Coren/SP: 0131903		EQUIPE TÉCNICA
Solange Regina Garutti Quadreli – Coren/SP: 63003		R.T ENFERMAGEM
Revisor	Data	Função
Dra Natália Amado Santos – CRM: 147050	14/12/2022	R.T MÉDICA
Aprovador	Data	Função
Dra Natália Amado Santos – CRM: 147050	14/12/2022	R.T MÉDICA

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
AVALIAÇÃO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

**PROTOCOLO MEDIDAS ASSISTENCIAIS IMEDIATAS NO TRAUMA
TORÁCICO:**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:1	

SUMÁRIO

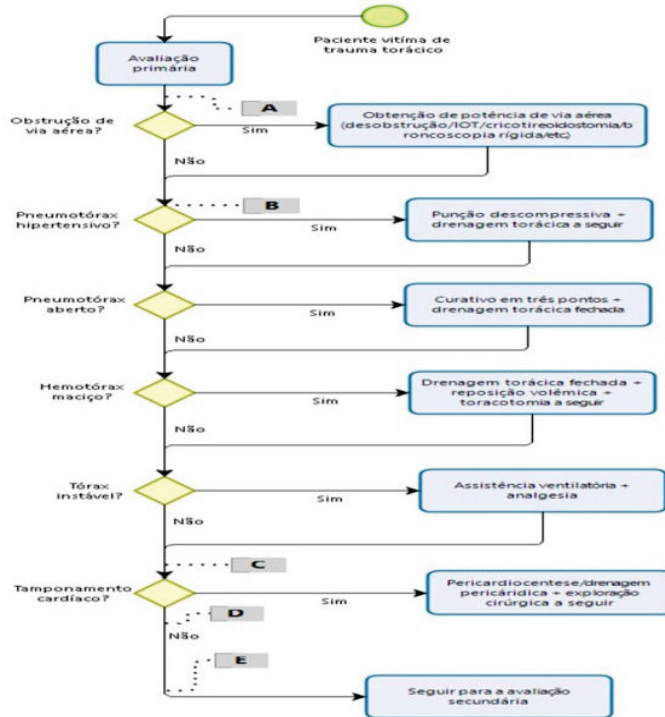
AVALIAÇÃO INICIAL NO TRAUMA TORÁCICO	2
ABORDAGENS ESPECÍFICAS NO TRAUMA TORÁCICO	3
AVALIAÇÃO DO BOM TÓRAX	6
PROCEDIEMTOS INICIAIS	6
CLASSIFICAÇÃO DO CHOQUE HEMORRÁGICO NO TRAUMA	8
INTERVENÇÃO VOLÊMICA NO CHOQUE HEMORRÁGICO	8
TRÍADE LETAL NO TRAUMA	9
FRATURA DE COSTELA	10
TÓRAX INSTÁVEL	11
PNEUMOTÓRAX ABERTO, FECHADO E HIPERTENSIVO	14
HEMOTÓRAX	20
CONTUSÃO PULMONAR	22
TAMPONAMENTO CARDÍACO	23
DRENAGEM TORÁCICA	26
REFERÊNCIAS	29

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:2	

MEDIDAS ASSISTENCIAIS NO TRAUMA TORÁCICO

1. AVALIAÇÃO INICIAL NO TRAUMA TORÁCICO



PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:3	

1.1 ABORDAGENS ESPECÍFICAS NO TRAUMA TORÁCICO

Respiração	Pneumotórax Hipertensivo	Choque circulatório	Se eFAST à mão pode usá-lo para confirmar
		Turgência jugular	Na dúvida, trate como se houvesse! Não perca tempo!
		Desvio traqueia para lado oposto	Drenagem: a edição 2018 recomenda o jelco no quinto espaço intercostal, um pouco anterior à linha axilar média. É praticamente o mesmo local onde depois será colocado o dreno pleural.
		Murmúrio abolido	Se não houver agulha ou isso não for suficiente, abra a pleura com o dedo!!
		Percussão com hipersonoridade	
	Pneumotórax Aberto Não-Hipertensivo	As mesmas dicas cima, mas predomina a insuficiência respiratória em detrimento do choque circulatório	Faça curativo para tapar o orifício. Este curativo deve ter a forma quadrada mas você só oclui/prende com fita três lados, deixando um para o tórax "respirar".
	Choque circulatório	Ressuscitação volêmica	
	Jugular "murcha" (está hipovolêmico!)	Drenagem pleural.	

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:4	

Respiratório e Circulatório	Hemotórax	Choque circulatório	Ressuscitação volêmica
		Jugular "murcha" (está hipovolêmico!)	Drenagem pleural.
		Desvio traqueia para lado oposto	Cirurgia se > 1500 ml ou > 200 ml/hora por 2 a 4 horas
		Murmúrio abolido	
		Percussão maciça	

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
 TRAUMA TORÁCICO
 HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:5	

Circulatório	Tamponamento Cardíaco	Turgência jugular	FAST ajuda muito no diagnóstico e para guiar pericardiocentese.	
		Bulhas hipofônicas		
		Choque circulatório		
		Sinal Kussmaul (turgência jugular aumenta com inspiração)		
	Parada Cardíaca (PCR)	O ritmo mais comum é a atividade elétrica sem pulso		Na dúvida, o ATLS recomenda considerar drenagem pleural bilateral às cegas e toracotomia para massagem cardíaca aberta!
		As causas subjacentes mais comuns são pneumotórax, hemotórax, tamponamento e choque hemorrágico.		Considere interromper esforços após 30 minutos de RCP, desde que a temperatura corporal esteja > 33°C.

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:6	

1.2 AVALIAÇÃO DO BOM TÓRAX

B

AVALIAÇÃO DO BOM TÓRAX

- Expor o tórax
- Realizar a inspeção na busca de:
 - Pescoço – turgência jugular e desvio de traquéia
 - Parede torácica – orifícios com entrada e saída de ar.
 - Deformidades da caixa torácica
- Ausência de murmúrio vesicular

Oxigênio – 10L/min se sat < 92%

Ou em todos os Traumas de Tórax aberto ou fechado com sinais de instabilidade.


OBS: Continue a avaliação primária seguindo a avaliação neurológica e exposição.

2. PROCEDIMENTOS INICIAIS

Tais procedimentos serão realizados de forma simultânea ao exame primário, através de uma adequada coordenação médica.

- | |
|---|
| • Monitorização (Eletrocardiografia e oximetria); |
| • no TRAUMA GRAVE: Gasometria arterial; |

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:7	

• No trauma grave: Sondagem naso / orogástrica quando indicado pelo médico (Atenção no caso de TCE;)

• Reavaliação de fixação de Via aérea e acessos venosos;

A coleta de sangue se dará concomitante ao acesso venoso de grosso calibre durante a avaliação do “C”, e a rotina deverá incluir:

- Tipagem sanguínea;
- Hematócrito e hemoglobina;
- Amilase em traumas abdominais fechados;
- CPK em traumas e queimaduras extensas e esmagamentos;
- Ck-MB e troponina em suspeitas de contusão miocárdica;
- Bioquímica e outros exames devem ser solicitados mediante critérios clínicos;.

A realização de exames de imagem nessa fase, serão circunscritos à rotina de Raio-x de tórax PA e bacia PA, se disponíveis na sala de emergência.

OBS: Em hospitais que não dispõe de raio-x na sala de emergência, os exames radiológicos não fazem parte das medidas auxiliares do exame primário, devendo ser realizados posteriormente quando do encaminhamento do paciente para o setor de radiologia.

A sondagem vesical de demora somente será realizada após avaliação secundária e quando disponível o FAST, descartadas as lesões uretrais.

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
 TRAUMA TORÁCICO
 HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			 QUÊROESTE
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:8	

3. CLASSIFICAÇÃO DO CHOQUE HEMORRÁGICO NO TRAUMA

CLASSIFICAÇÃO DO CHOQUE HEMORRÁGICO NO TRAUMA						
Classe	Vol. Sangue perdido (ml)	Frequência cardíaca (bpm)	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão de Pulso (mmHg)	Diurese (ml/h)	Estado mental
I	< 750	<100	normal	Normal	30 - 50	ansioso
II	>750 <1500	>100 <120	normal	<40 >30	<30 >20	ansioso
III	>1500 <2000	>120 <140	<90	<30	<20 >5	confuso
IV	>2000	>140	<60	Não mensurável	<5	letárgico

4. INTERVENÇÃO VOLÊMICA NO CHOQUE

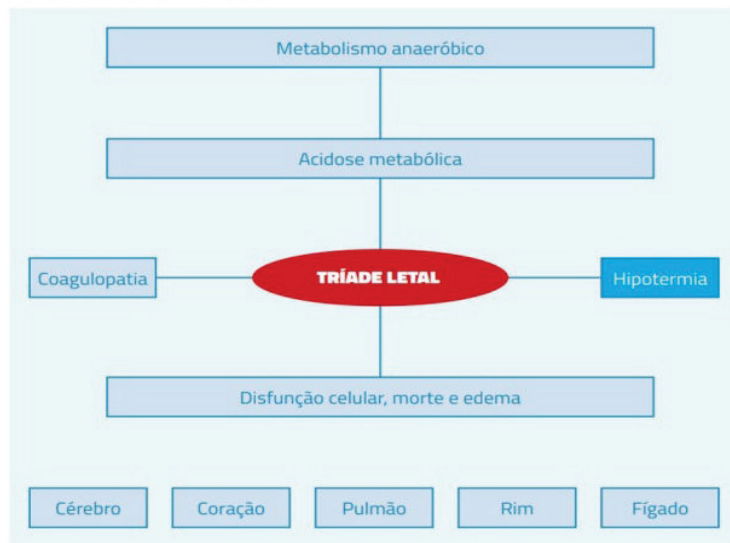
- Iniciar com 01 litro de Cristalóide EV e após iniciar hemoderivados nas indicações que segue a tabela abaixo:

Hemoderivado	Quando utilizar	Como utilizar	Objetivo	Obs
Concentrado de hemácias	Hb < 7 g/dl ou Htc < 21%	Cada bolsa aumenta 1g/dl de Hb ou 3% de Htc	Hb > 8 g/dl	Pacientes cardiopatas podem ter valores mais altos
Plasma fresco congelado	TAP ou TTPa > 1,5 x dos valores normais	01 Unidade de plasma para cada 4 / 5 bolsas de hemácias ou 10 - 15ml/kg	Valores normais de TAP e TTPA	
Crioprecipitado	Fibrinogênio < 150mg/dl	1 Concentrado / 10 kg de peso	Fibrinogênio > 150mg/dl	1 Dose aumenta em 60 ou 80 mg
Plaquetas	Sem sangramento < 10.000/µl Com sangramento < 50.000/µl	1 Unidade CP por cada 10kg de peso corporal	Manter acima de 50.000/µl	1 Unidade = 5,5 x 10 ¹⁰ plaquetas
Ácido tranexâmico	Evidência de sangramento e < 3 h do trauma	1g em 10min e após 1g em 8h		
Fibrinogênio	Fibrinogênio < 150mg/dl	Conforme apresentação local	Fibrinogênio > 150mg/dl	

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:9	

5. TRIÁDE LETAL NO TRAUMA



PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
 HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:10	

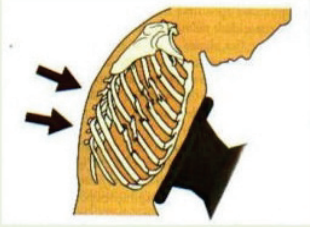
6. FRATURA DE COSTELA

Força considerável.
 •30% dos doentes com fratura de primeira e segunda costelas –morrem.
 •5% destes doentes têm ruptura de aorta.

Risco de lesões em órgãos.
 •Mais comum em face lateral da 3ª a 8ª costela.
 •1ª e 2ª costela menos risco de fraturas.
 •Fratura simples, raramente possui risco de morte.

É muito importante!!!!!!
 •Reconhecimento de lesões de estruturas subjacentes.
 •Fraturas (8ª a 12ª) = baço, rim ou fígado.

Sinais e sintomas:
 •Dor a movimentação.
 •Dor a palpação.
 •Eventualmente crepitação óssea.



Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

História de trauma torácico associado a alguns dos seguintes sinais e sintomas abaixo:

- lesões externas na região torácica (equimose, hiperemia ou ferimento local);
- dispnéia (desconforto respiratório);
- dor torácica à inspiração ou expiração, bem como à palpação; e
- crepitação óssea ou enfisema subcutâneo à palpação.

Conduta

1. Realizar avaliação primária com ênfase para:

- presença de dificuldade respiratória: dispnéia (desconforto respiratório);
- presença de murmúrio vesicular alterado; e

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
 HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:11	

- avaliação do tórax (crepitação e presença de sensibilidade/dor).
- 2. Administrar O2 para manter SatO2 _ 94%.
- 3. Monitorizar a oximetria de pulso.
- 4. Realizar avaliação secundária.
- 5. Considerar acesso venoso.
- 6. Considerar analgesia.
- 7. Imobilizar usando o braço do paciente, tábua e faixas.
- 8. Encorajar a inspiração profunda ou a tosse, apesar da dor, para prevenção de atelectasias, pneumonias e alcalose respiratória.
- 9. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
- 10. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

7. TÓRAX INSTÁVEL

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Trauma torácico com dois ou mais arcos costais adjacentes fraturados; pelo menos dois pontos do mesmo arco costal associado a alguns dos sinais e sintomas abaixo:

- dor torácica à inspiração ou expiração, bem como à palpação;
- crepitação óssea ou enfisema subcutâneo à palpação;
- movimentos torácicos paradoxais à respiração (sinal tardio, que pode ser precocemente percebido à palpação do gradil costal);
- lesões externas na região torácica;

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**



 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:12	

- dispnéia (desconforto respiratório);
- taquipnéia (FR > 28 IPM) ou bradipnéia (FR < 8 IPM); e
- hipóxia ou cianose.

Conduta

TÓRAX INSTÁVEL

- Causado por um impacto no esterno ou na parede lateral do tórax.
- Ocorre quando duas ou mais costelas são fraturadas em mais de dois lugares.
- O segmento que está instável perdeu o suporte ósseo e a fixação à caixa torácica.
- Movimentação oposta durante a inspiração e expiração: movimentos paradoxais.

Tórax instável passa a ser considerado uma lesão potencialmente ameaçadora à vida.
ATLS-2018

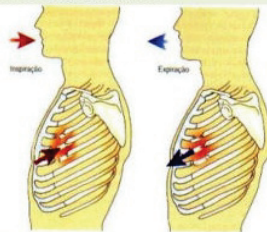


Figura 5-8 Respiração paradoxal. Se a estabilidade da parede torácica for perdida pelo trauma de costelas em dois ou mais locais, quando a pressão intratorácica diminui durante a inspiração, a pressão atmosférica externa empurra a parede torácica para dentro. Quando a pressão intratorácica aumenta durante a expiração, a parede torácica é empurrada para fora.

CONSEQUÊNCIAS:

- 1 – diminuição na capacidade vital.
- 2 – aumento no trabalho da respiração.
- 3 – dor, limitando a expansão.
- 4 – contusão pulmonar, laceração, hemorragia.

TRATAMENTO:

- Oxigenação suplementar.
- Sem resposta com O2 –suporte ventilatório definitivo.
- O ponto chave deste paciente é assistência respiratória: máscara ou IOT.

1. Realizar avaliação primária com ênfase para:

- presença de dificuldade respiratória (taquipnéia com ventilação superficial), hipóxia e/ou cianose;
- necessidade de via aérea avançada; e
- avaliação da condição da parede torácica.

2. Administrar O2 em alto fluxo para manter SatO2 _ 94%.

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

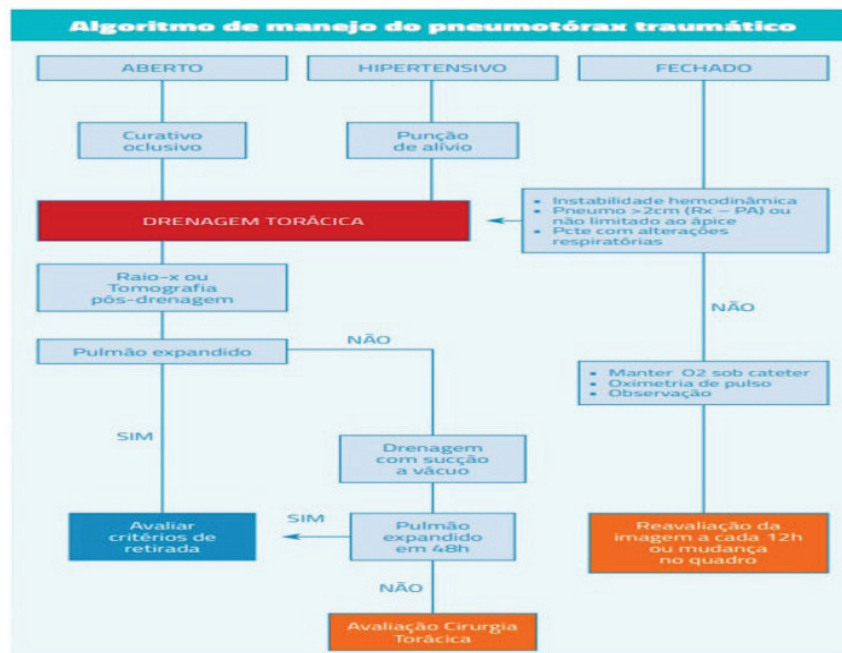
 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:13	

3. Monitorizar a oximetria de pulso.
4. Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, caso não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.
5. Considerar uma via aérea avançada, caso os métodos descritos anteriormente não tenham sucesso em manter uma ventilação ou oxigenação adequadas.
6. Realizar avaliação secundária.
7. Instalar acesso venoso.
8. Realizar a reposição volêmica, se necessária, conforme protocolo do choque.
9. Considerar analgesia.
10. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte.
11. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:14	


8. PNEUMOTÓRAX ABERTO, FECHADO E HIPERTENSIVO



- Pneumotórax simples

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:15	

História de trauma torácico não associado a sinais de choque descompensado (hipotensão), acompanhado de alguns dos seguintes sinais e sintomas:

- lesões externas na região torácica (equimose, hiperemia ou ferimento local);
- dispndia (desconforto respiratório);
- hipóxia; e
- murmúrio vesicular diminuído; percussão normal ou hipertimpânica.

Conduta

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1) com ênfase para:

- avaliação da presença de dificuldade respiratória: dispnéia (desconforto respiratório), taquipnéia (FR >28 IPM) ou bradipnéia (FR < 8 IPM);
- presença de murmúrio vesicular e percussão alterados; e
- presença de hipóxia ou cianose.

2. Administrar O2 em alto fluxo para manter SatO2 _ 94%.

3. Monitorizar a oximetria de pulso.

4. Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, caso não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas.



5. Considerar uma via aérea avançada, caso os métodos descritos anteriormente não tenham sucesso em manter uma ventilação ou oxigenação adequadas.

6. Realizar avaliação secundária.

7. Instalar acesso venoso.

8. Realizar a descompressão torácica de alívio se houver suspeita ou evolução para pneumotórax hipertensivo.

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:16	

OBS: SEGUNDO ATLS 2018 A TORACOCENTESE DE ALÍVIO PASSOU A SER RECOMENDADA NO QUINTO ESPAÇO INTERCOSTAL ENTRE A LINHA AXILAR ANTERIOR E MÉDIA.

9. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento;
10. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento;

- Pneumotórax aberto

PNEUMOTÓRAX ABERTO


Diagnóstico:

- Dispnéia.
- Abaulamento do hemitórax afetado (mais nítido em crianças).
- Hipertimpanismo à percussão.
- Ausência ou diminuição do murmúrio vesicular.
- Assimetria torácica.
- Diminuição da expansão pulmonar.
- Dor torácica.

Tratamento:

- Fechamento do orifício.
- Oxigênio suplementar.
- Ventilação com pressão positiva.
- Drenagem torácica.

Ferimentos penetrantes = lesões abertas. A gravidade é proporcional ao tamanho. Lesões grandes permitem entrada e saída do ar (> 2/3 do diâmetro da traquéia). Enfisema subcutâneo. Dificuldade ou nenhuma expansão pulmonar.



Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

Lesão aberta no tórax com franca comunicação entre o ar ambiente e a cavidade pleural, evidenciada pela visível passagem do ar através do ferimento. Geralmente é produzido por objetos perfurantes ou lesões por armas de fogo ou arma branca e, ocasionalmente, por trauma contuso.

Conduta


1. Realizar avaliação primária (Protocolo AT1) com ênfase para:

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:17	

- avaliar a ventilação: presença de dispneia (desconforto respiratório), taquipnéia (FR > 28 IPM) ou bradipnéia (FR < 8 IPM);
 - presença de sinais de hipóxia ou cianose;
 - avaliar a parede torácica anterior e posterior (se possível) para detecção do ferimento; e
 - cobrir imediatamente o ferimento com curativo oclusivo com plástico ou papel metálico com 3 pontos/ lados de fixação;
2. Administrar O2 em alto fluxo para manter SatO2 _ 94%;
 3. Monitorizar a oximetria de pulso;
 4. Realizar avaliação secundária;
 5. Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, em caso de ventilação ou oxigenação inadequadas após o selamento do ferimento;
 6. Considerar uma via aérea avançada, caso os métodos descritos anteriormente não tenham sucesso em manter uma ventilação ou oxigenação adequadas;
 7. Instalar acesso venoso;
 8. Realizar a reposição volêmica, se necessário, conforme protocolo do choque;
 9. Considerar analgesia;
 10. Caso ocorra piora do esforço respiratório, considerar a possibilidade de pneumotórax hipertensivo e remover o curativo de 3 pontos para permitir a descompressão da tensão acumulada, reposicionando-o a seguir;
 11. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte;

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:18	


12. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

- Pneumotórax hipertensivo

Pneumotórax hipertensivo - Diagnóstico

Exame Clínico


- Estase jugular.
- Desvio de traqueia.
- Hiperexpansibilidade.
- Murmúrio vesicular abolido.
- Hipertimpanismo.



Quando suspeitar ou critérios de inclusão Trauma torácico associado obrigatoriamente a sinais de choque descompensado (hipotensão) e alguns dos seguintes sinais e sintomas abaixo:

- lesões externas na região torácica (equimose, hiperemia ou ferimento local);
- dispnéia (desconforto respiratório);
- taquipneia (FR > 28 IPM) ou bradipnéia (FR < 8 IPM);
- hipóxia ou cianose;
- respiração superficial;
- queixa de dor torácica;
- sinais clínicos precoces: murmúrio vesicular alterado (diminuído ou ausente); timpanismo alterado (aumentado mas de difícil detecção); e

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
 TRAUMA TORÁCICO
 HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:19	

• sinais clínicos tardios: ingurgitamento das veias jugulares externas; desvio da traquéia para o lado contralateral à lesão e sinais de choque.

Conduta:

1. Realizar avaliação primária com ênfase para:

- presença de dispnéia (desconforto respiratório);
- presença de taquipnéia ou bradipnéia;
- murmúrio vesicular e percussão alterados;
- presença de hipóxia ou cianose (e outros sinais de choque); e
- detecção/suspeição do quadro;

Realizar a descompressão torácica de alívio.

OBS: SEGUNDO ATLS 2018 A TORACOCENTESE DE ALVÍO PASSOU A SER RECOMENDADA NO QUINTO ESPAÇO INTERCOSTAL ENTRE A LINHA AXILAR ANTERIOR E MÉDIA.

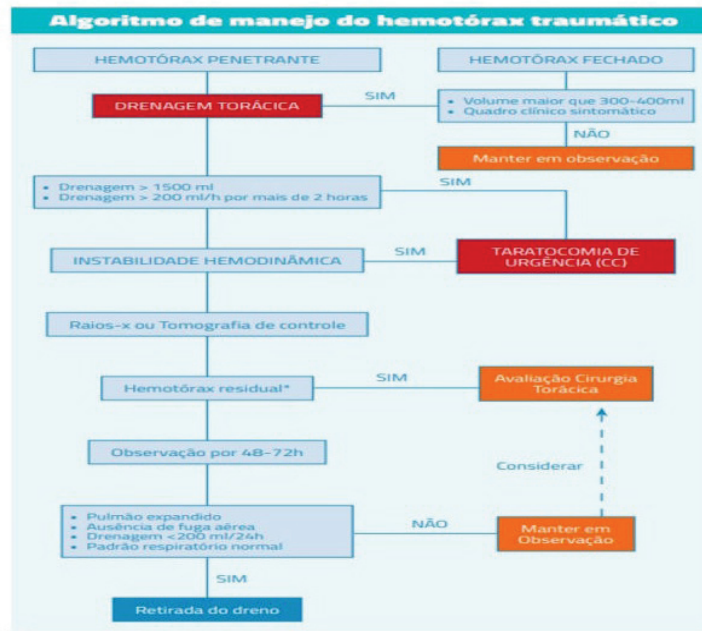
3. Administrar O2 em alto fluxo para manter SatO2 _ 94%;
4. Monitorizar a oximetria de pulso;
5. Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, caso não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas;
6. Considerar uma via aérea avançada, caso os métodos descritos anteriormente não tenham sucesso em manter uma ventilação ou oxigenação adequadas;
7. Realizar avaliação secundária;
8. Monitorizar o ritmo cardíaco;
9. Instalar acesso venoso;
10. Realizar a reposição volêmica, se necessária, conforme protocolo do choque;

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
 TRAUMA TORÁCICO
 HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**


 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:20	

11. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte;
12. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

9. HEMOTÓRAX



PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página: 21	

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:

História de trauma no tórax, de qualquer natureza, associado a um ou mais dos sinais e sintomas abaixo:

- lesões externas na região torácica;
- dispnéia (desconforto respiratório);
- taquipnéia (FR > 28 IPM) ou bradipnéia (FR < 8 IPM);
- murmúrio vesicular ausente ou diminuído;
- macicez à percussão;
- sinais clínicos de choque; e
- hipóxia ou cianose.

Conduta

1. Realizar avaliação primária com ênfase para:

- avaliar presença de dificuldade respiratória: dispnéia (desconforto respiratório);
- taquipnéia (FR > 28 IPM) ou bradipnéia (FR < 8 IPM);
- presença de murmúrio vesicular e percussão alterados (macicez no hemitórax afetado);
- presença de hipóxia ou cianose; e;
- identificação e tratamento do choque;

2. Administrar O2 em alto fluxo para manter SatO2 _ 94%;

3. Monitorizar a oximetria de pulso;

4. Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, caso não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas;

5. Considerar uma via aérea avançada, caso os métodos descritos anteriormente não tenham sucesso em manter uma ventilação ou oxigenação adequadas;

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:22	

6. Realizar avaliação secundária;
7. Monitorizar o ritmo e frequência cardíaca;
8. Instalar acesso venoso;
9. Realizar a reposição volêmica, se necessária, conforme protocolo do choque;
10. Realizar a decompressão torácica de alívio se houver suspeita de Pneumotórax Hipertensivo concomitante;
11. Realizar a mobilização cuidadosa e a imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte;
12. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

10. CONTUSÃO PULMONAR

Quando suspeitar ou critérios de inclusão;

História de trauma torácico associado a alguns dos seguintes sinais e sintomas:

- lesões externas na região torácica;
- fratura de costela;
- dispnéia (desconforto respiratório);
- taquipnéia (FR > 28 IPM) ou bradipnéia (FR < 8 IPM);
- hipóxia ou cianose;
- murmúrio vesicular alterado; e
- fratura de costela;

Conduta

1. Realizar avaliação primária com ênfase para:

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página: 23	

- presença de dificuldade respiratória: dispnéia (desconforto respiratório), taquipnéia (FR > 28 IPM) ou bradipnéia (FR < 8 IPM);
 - presença de crepitação;
 - presença de murmúrio vesicular alterado; e
 - presença de hipóxia ou cianose;
2. Administrar O₂ em alto fluxo para manter SatO₂ _ 94%;
 3. Monitorizar a oximetria de pulso;
 4. Considerar ventilação sob pressão positiva com BVM com reservatório, caso não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas;
 5. Considerar uma via aérea avançada, caso os métodos descritos anteriormente não tenham sucesso em manter uma ventilação ou oxigenação adequadas;
 6. Realizar avaliação secundária;
 7. Instalar acesso venoso;
 8. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte;
 9. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

11. TAMPONAMENTO CARDÍACO

Quando suspeitar ou critérios de inclusão:


Traumatismo torácico penetrante (mais comum) ou fechado, com alguns dos seguintes sinais:

- hipotensão arterial;
- ingurgitamento de jugular;

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:24	

- abafamento de bulhas cardíacas;
- Triade de Beck: ingurgitamento jugular, hipotensão e abafamento de bulhas;
- taquicardia;
- sinais de choque, que pioram progressivamente (por diminuição do débito cardíaco pela compressão ventricular);
- pulso paradoxal (quando a PA sistólica cai mais de 10 mmHg durante a inspiração): pulso radial diminui ou desaparece na inspiração;
- pressão de pulso reduzida;
- diminuição da voltagem no eletrocardiograma;
- dissociação eletromecânica (sinais clínicos de choque na ausência de hipovolemia e de pneumotórax hipertensivo sugere tamponamento cardíaco); e
- AESP.


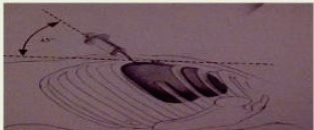
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">PUNÇÃO DE MARFAN:</td> <td style="width: 75%;">MATERIAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NECESSÁRIO:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Material de sutura</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Lâmina de bisturi</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Seringa de 20, 30 ou 60 mL</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Fio-guia</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Cateter monolúmen 6 ou 7, com preferência para "pigtail"</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Fio guia flexível</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Agulha longa nº 16 , 18 ou 20</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Conector tipo "jacaré"</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Sistema de drenagem fechado</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Anestésico local (lidocaína 1 a 2%)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Campos estéreis</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Clorexidina</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Gases</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Monitorização com ECG</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Ecocardiograma para guiar o procedimento (opcional)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">• Kit de parada cardiopulmonar</td> </tr> </table>	PUNÇÃO DE MARFAN:	MATERIAL	NECESSÁRIO:		• Material de sutura		• Lâmina de bisturi		• Seringa de 20, 30 ou 60 mL		• Fio-guia		• Cateter monolúmen 6 ou 7, com preferência para "pigtail"		• Fio guia flexível		• Agulha longa nº 16 , 18 ou 20		• Conector tipo "jacaré"		• Sistema de drenagem fechado		• Anestésico local (lidocaína 1 a 2%)		• Campos estéreis		• Clorexidina		• Gases		• Monitorização com ECG		• Ecocardiograma para guiar o procedimento (opcional)		• Kit de parada cardiopulmonar	
PUNÇÃO DE MARFAN:	MATERIAL																																				
NECESSÁRIO:																																					
• Material de sutura																																					
• Lâmina de bisturi																																					
• Seringa de 20, 30 ou 60 mL																																					
• Fio-guia																																					
• Cateter monolúmen 6 ou 7, com preferência para "pigtail"																																					
• Fio guia flexível																																					
• Agulha longa nº 16 , 18 ou 20																																					
• Conector tipo "jacaré"																																					
• Sistema de drenagem fechado																																					
• Anestésico local (lidocaína 1 a 2%)																																					
• Campos estéreis																																					
• Clorexidina																																					
• Gases																																					
• Monitorização com ECG																																					
• Ecocardiograma para guiar o procedimento (opcional)																																					
• Kit de parada cardiopulmonar																																					
<p>RECONHECIMENTO: Triade de Beck, composta por hipotensão arterial, abafamento de bulhas cardíacas e distensão venosa jugular.</p>																																					
<p>• Se a agulha penetrar no epicárdio, o traçado no monitor de ECG pode revelar supradesnivelamento do segmento ST ou extrasístoles ventriculares. Tracione a agulha. • Aspire o líquido com calma. • Caso haja indicação de drenagem contínua, retire a seringa, faça uma pequena incisão na pele junto à agulha, introduza o fio-guia através da agulha, retire a agulha, introduza o cateter "pigtail" ou C.V.C até o pericárdio, retire o fio-guia, conecte o cateter ao sistema de drenagem fechado, suture o cateter na pele.</p>																																					

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:25	

ATENÇÃO NA PERICARDIOCENTESE:


- Monitorar paciente (ECG).
- Preparação cirúrgica (se possível).
- Seringa 20ml + agulha grosso calibre + torneira 3 vias.
- 1 a 2cm abaixo e à E da junção xifocondral, 45º com pele.
- Punção em direção à escápula E.
- Se ECG acusa alterações (corrente de lesão), recuar agulha e observar normalização ECG. Se alteração persiste, retirar catéter.
- Retirar sangue (15 as 20ml), deixar catéter com torneira fechada.
- Se necessário, nova aspiração até tratamento definitivo.

Conduta

1. Realizar a avaliação primária com ênfase para:
 - presença de sinais de choque sem causa hemorrágica aparente.
2. Administrar O2 em alto fluxo para manter SatO2 _ 94%;
3. Considerar uma via aérea avançada, caso os métodos descritos anteriormente não tenham sucesso em manter uma ventilação ou oxigenação adequadas;
4. Realizar avaliação secundária;
5. Realizar monitorização cardíaca contínua;
6. Instalar acesso venoso;
7. Repor volemia rapidamente durante o transporte;
8. Realizar a mobilização cuidadosa e considerar a necessidade de imobilização adequada da coluna cervical, tronco e membros, em prancha longa com alinhamento anatômico, sem atraso para o transporte;

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
 TRAUMA TORÁCICO
 HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:26	

9. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

12. DRENAGEM TORÁCICA

12.1. CONCEITOS

- A drenagem torácica é o procedimento indicado quando se deseja evacuar o conteúdo aéreo ou líquido anômalo da cavidade pleural.

As principais indicações incluem: pneumotórax, hemotórax, derrame parapneumônico complicado, empiema, quilotórax e pós-operatório de toracotomias.

- Tipos de sistemas de drenagem: há vários tipos de sistemas de drenagem no mercado em uso de acordo com a necessidade e padronização de cada Instituição.

Habitualmente é utilizado o sistema de um frasco para drenagem de conteúdos líquidos ou aéreo, composto por:

- dreno tubular multiperfurado, siliconizado, de consistência firme, com a presença de uma linha radiopaca para verificar posicionamento, com calibre de acordo com a indicação: 20 a 40 French (5 a 11 mm);
- conector: peça tubular transparente que une o dreno à extensão intermediária;
- extensão intermediária: peça tubular, que une o frasco coletor com o restante do sistema;
- frasco coletor plástico, graduado para controle do aspecto e volume drenado que,

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página: 27	

- o comunica-se: com o ambiente, por meio do respiro, para a saída de ar do interior do frasco;
- o com o sistema por um tubo longo, cuja extremidade fica imersa 2 cm dentro do selo d'água (água destilada ou Soro Fisiológico (SF) 0,9% estéril).



PROCEDIMENTO DE PASSAGEM DO DRENO:

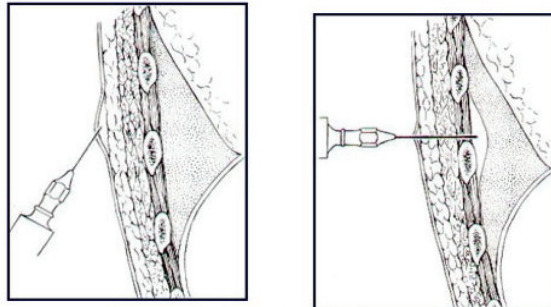
ETAPA 1. Determinar o local da drenagem usualmente no nível do mamilo (5º espaço intercostal) imediatamente anterior à linha axilar média do lado afetado. Em caso de hemotórax, pode ser usado um segundo dreno torácico.

ETAPA 2. Preparar cirurgicamente o tórax no local predeterminado para a inserção do dreno e cobrir com os campos cirúrgicos.

ETAPA 3. Anestesiá localmente a pele e o periósteeo do arco costal - Localmente, deve ser empregada a lidocaína 2% sem adrenalina, anestesiando por planos a derme e infiltrando profusamente o intercosto onde será inserido o dreno, locais estes de dor mais intensa

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:28	



Anestesia local por planos na drenagem de tórax

ETAPA 4. Fazer uma incisão transversa (horizontal) de 2 a 3cm, no local predeterminado, e dissecar de forma romba as partes moles junto à borda superior do arco costal.

ETAPA 5. Perfurar a pleura parietal com a ponta de uma pinça hemostática e introduzir o dedo enluvado na incisão para evitar lesões de outros órgãos e para remover aderências, coágulos, etc. Quando o tubo estiver no local adequado, remover o clampe do tubo.

ETAPA 6. Pinçar a extremidade proximal do dreno de toracostomia e introduzi-lo no espaço pleural na extensão desejada. O tubo deve ser direcionado posteriormente junto à parede interna da caixa torácica.

ETAPA 7. Observar o embaçamento do tubo torácico com a expiração ou prestar atenção para verificar se existe fluxo de ar.

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:29	

ETAPA 8. Conectar a extremidade do dreno de toracostomia a um sistema de selo d'água.

ETAPA 9. Fixar o dreno no local com fio de sutura.

ETAPA 10. Aplicar um curativo oclusivo e fixar o dreno ao tórax com esparadrapo.


ETAPA 11. Fazer uma radiografia do tórax.

ETAPA 12. Obter gasometria arterial e/ou conectar um monitor de oximetria de pulso, se necessário.

13.REFERÊNCIAS

- American College of Surgions Committee on trauma. Advanced Trauma. Advanced Trauma Life Support – ATLS 9° ed., 2018.
- Damiani, D. Uso rotineiro do colar cervical no politraumatizado: revisão crítica. Rev. Soc. Bras. Clin Med. 2017, abr-jun;15(2):131-6.
- Cipriano, F.G; Dessote, L.U. Drenagem Pleural. Medicina (Ribeirão Preto) 2011;44(1): 70-8.
- Mendes, C.A; Hirano, E.S. Fatores preditores de complicações da drenagem de tórax em pacientes vítimas de trauma. Rev. Col. Bras. Cir. 2018; 45(2):e1543.



**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO TRAUMA TORÁCICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:30	

Procedimento Operacional Padrão TRAUMA TORÁCICO		
Periodicidade de Revisão: 2 ANOS		
EQUIPE DE DESENVOLVIMENTO		
Elaboração	Data	Função
Dra Natália Amado Santos – CRM: 147050 Fábio Cegatti – Coren/SP: 0131903 Solange Regina Garutti Quadreli – Coren/SP: 63003	06/12/2022	R.T MÉDICA EQUIPE TÉCNICA R.T ENFERMAGEM
Revisor	Data	Função
Dra Natália Amado Santos – CRM: 147050	06/12/2022	R.T MÉDICA
Aprovador	Data	Função
Dra Natália Amado Santos – CRM: 147050	06/12/2022	R.T MÉDICA

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL
TRAUMA TORÁCICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO



**PROTOCOLO MANEJO NO ATENDIMENTO DE VÍTIMAS POR ANIMAIS
PEÇONHENTOS:**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:1	

SUMÁRIO

ESCORPIANISMO	2
ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO ACIDENTE COM ESCORPIÃO	3
TABELA DE CONDUTA NO ACIDENTE COM ESCORPIÃO	4
CHECK-LIST NO ATENDIMENTO COM ACIDENTE ESCORPIÔNICO	5
ACIDENTE OFÍDICO	8
CHECK-LIST DE ATENDIMENTO NO ACIDENTE OFÍDICO	9
ACIDENTE LOMONIA	10
ACIDENTE COM ARANHA ARMADEIRA	10
CHECK-LIST NO ACIDENTE ARACNÍDEO	10
FLUXOGRAMA RESUMIDO NOS ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS	12
ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO	14
FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO	15
REFERÊNCIAS	17

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL: GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS E ANTIRRÁBICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:2	

ANIMAIS PEÇONHENTOS

ESCORPIANISMO

PONTOS CRÍTICOS:

Pontos Críticos - Escorpionismo no ESP:

- 1 - Alta Infestação de Escorpiões;
- 2 - Grupo de Risco;
- 3 - Tempo Decorrido para o Atendimento:
1º Tempo: picada do escorpião / chegada e ser atendido no primeiro atendimento;
- 2º Tempo: primeiro atendimento / aplicação da soroterapia antiveneno;
- 4 - Diagnóstico e Conduta terapêutica.



Pontos Críticos - Escorpionismo no ESP:

- 1 - Alta Infestação de Escorpiões;
- 2 - Grupo de Risco;
- 3 - Tempo Decorrido para o Atendimento:
1º Tempo: picada do escorpião / chegada e ser atendido no primeiro atendimento;
- 2º Tempo: primeiro atendimento / aplicação da soroterapia antiveneno;
- 4 - Diagnóstico e Conduta terapêutica.



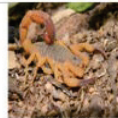
Pontos Críticos - Escorpionismo no ESP:

- 1 - Alta Infestação de Escorpiões;
- 2 - Grupo de Risco;
- 3 - Tempo Decorrido para o Atendimento:
1º Tempo: picada do escorpião / chegada e ser atendido no primeiro atendimento;
- 2º Tempo: primeiro atendimento / aplicação da soroterapia antiveneno;
- 4 - Diagnóstico e Conduta terapêutica.





Pontos Críticos - Escorpionismo no ESP:

- 1 - Alta Infestação de Escorpiões;
- 2 - Grupo de Risco;
- 3 - Tempo Decorrido para o Atendimento:
1º Tempo: picada do escorpião / chegada e ser atendido no primeiro atendimento;
- 2º Tempo: primeiro atendimento / aplicação da soroterapia antiveneno;
- 4 - Diagnóstico e Conduta terapêutica.



**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL: GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS E ANTIRRÁBICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:3	

Pontos Críticos - Escorpionismo no ESP:

1 - Alta Infestação de Escorpiões;

2 – Grupo de Risco;

3 – Tempo Decorrido para o Atendimento:

1º Tempo: picada do escorpião / chegada e ser atendido no primeiro atendimento;

2º Tempo: primeiro atendimento / aplicação da soroterapia antiveneno;

4 – Diagnóstico e Conduta Terapêutica.



ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO ACIDENTE COM ESCORPIÃO



2. Organização dos Níveis de Assistência:



Todo município do Estado terá apenas **um** ponto estratégico como referência, que por sua vez, tem suas referências terciárias (adulto e pediátrica) pré-definidas ou via CROSS



**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL: GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS E ANTIRRÁBICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:4	

3. Fluxo Operacional de Atendimento ao Acidentado:

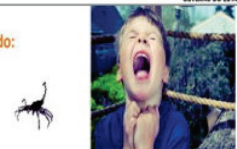


Tempo máximo para atendimento da criança:

40min para o deslocamento do acidentado até o primeiro atendimento e assistência inicial e **50min** para o deslocamento da vítima, após o primeiro atendimento, até o ponto estratégico = **1h30min**

40min + 50min = 1h30min

3. Fluxo Operacional de Atendimento ao Acidentado:





➤ Criança com **≤ 10 anos** com história compatível de picada de escorpião e quadro clínico de envenenamento local ou sistêmico nas primeiras **6 horas** (a partir da picada) atendida no serviço de saúde (PA, PS, SAMU, UBS, Unidade Mista, serviço privado, etc) deve ser encaminhada **imediatamente** ao PE para administração do antiveneno se necessário;

➤ Caso a **criança ≤ 10 anos** já apresente sintomatologia sistêmica grave no primeiro atendimento, proceder com o encaminhamento para um **PE com UTI ou UTI** com envio do antiveneno (ponderando o tempo de 50min).

TABELA DE CONDUTA NO ACIDENTE COM ESCORPIÃO

	Antivenenos	Classificação do caso / Manifestações Clínicas	Conduta
Acidente Escorpiônico	SAEsc ^a ou SAA ^b	Leve - Apenas quadro local: dor, eritema, parestesia, sudorese. - Ocasionalmente: agitação e taquicardia discretas, relacionadas à dor.	*Observação clínica por 4 a 6h; *Analgésico e compressa local quente e/ou bloqueio anestésico local.
		Moderado Quadro local associado a algumas das seguintes manifestações sistêmicas de pequena intensidade : sudorese, náuseas, alguns episódios de vômitos, ↑ ou ↓ da FC, ↑ PA, agitação.	*SAEsc: 3 ampolas, IV; *Internação, Monitorização; *Analgésico e compressa local quente e/ou bloqueio anestésico local.
		Grave Manifestações sistêmicas intensas : inúmeros episódios de vômitos, sudorese profusa, ↑ ou ↓ da FC, ↑ ou ↓ PA, sialorreia, agitação alternada com sonolência, taquidispnea, priapismo, convulsões, insuficiência cardíaca, EPA, prostração, convulsão, edema pulmonar, coma e choque.	*SAEsc: 6 ampolas, IV; *Internação; *Monitorização contínua; *Cuidados de CT; *Analgésico e compressa local quente e/ou bloqueio anestésico local.


**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL: GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS E ANTIRRÁBICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**


	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:5	

OBSERVAÇÃO:

Para Quadro Clínico Moderado: Nas crianças acima de 10 anos, adolescentes e nos adultos com quadro clínico moderado de escorpionismo, tratar inicialmente a dor e avaliar o paciente. Se persistirem as manifestações sistêmicas, mesmo após analgesia/anestesia, iniciar soroterapia antiveneno. Nas **crianças até 10 anos**, com quadro clínico moderado a aplicação do antiveneno deve ser imediata.
Todo paciente submetido ao tratamento com antiveneno deve ficar em observação por, no mínimo, **24hs.**
LEGENDA: SAEsc - Soro antiescorpionico, IV – Intra venoso, CTI – Centro de Terapia Intensiva.

CHECK-LIST NO ATENDIMENTO COM ACIDENTE ESCORPIÔNICO


Centro de Vigilância Epidemiológica
"Prof. Alexandre Heringer"


GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
CHECKLIST ACIDENTE ESCORPIÔNICO

PONTO ESTRATÉGICO DE SOROS ANTIVENENOS: _____

NOME DO PACIENTE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ ADMISSÃO: ____/____/____ HORA: ____h ____min

DATA DA PICADA ____/____/____ HORA DA PICADA ____h ____min LOCAL DA PICADA: _____ O ESCORPIÃO FOI ENCONTRADO/VISTO: NÃO SIM

IDADE ATÉ 10 ANOS? SIM (ATENÇÃO! RISCO PARA ESCORPIONISMO GRAVE!) NÃO

A - SINTOMAS LOCAIS (Quadro Clínico Leve)

DOR NO LOCAL DA PICADA: NÃO (MESMO QUE TOTALMENTE ASSINTOMÁTICO MANTER SOB OBSERVAÇÃO MÍNIMA POR 4 HORAS)
 SIM (TRATAR A DOR E MANTER SOB OBSERVAÇÃO MÍNIMA POR 6 HORAS)

TRATAMENTO DA DOR: COMPRESSA MORNIA ANALGÉSICO VIA ORAL E/OU PARENTERAL BLOQUEIO ANESTÉSICO, Nº DE INFUSÕES: ____ e HORÁRIOS: ____h ____min/ ____h ____min/ ____h ____min

OUTROS ACHADOS LOCAIS: ERITEMA EDEMA SUDORESE LOCAL PARESTESIA LOCAL DOR COM IRRADIAÇÃO SINAL DA PICADA

B - SINTOMAS SISTÊMICOS MODERADOS (Quadro Clínico Moderado)

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS ISOLADAS E BRANDAS, COMO: SUDORESE, NÁUSEAS, VÔMITOS OCASIONAIS, AUMENTO OU DIMINUIÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA, HIPERTENSÃO ARTERIAL, AGITAÇÃO

NÃO (RETORNAR AO ITEM A) SIM (OBSERVAR A IDADE DO PACIENTE)

IDADE? ATÉ 10 ANOS COMPLETOS → ADMINISTRAR 3 AMPOLAS DE SAEsc OU SAAr, INTERNAÇÃO E MONITORIZAÇÃO MÍNIMA POR 24H
 ACIMA DE 10 ANOS → TRATAR A DOR CONFORME ITEM "A" E REAVALIAR DE PERMANÊNCIA DOS SINTOMAS SISTÊMICOS CONFORME O ITEM "B" → ADMINISTRAR 3 AMPOLAS DE SAEsc OU SAAr, INTERNAÇÃO E MONITORIZAÇÃO MÍNIMA POR 24H

ATENÇÃO - OBSERVAR SE O PACIENTE EVOLUI COM SINTOMAS GRAVES CONFORME O ITEM "C"

C - SINTOMAS SISTÊMICOS GRAVES (Quadro Clínico Grave)

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS SISTÊMICAS EVIDENTES E INTENSAS, COMO: VÔMITOS PROFUSOS E FREQUENTES (SINAL PREMONITÓRIO E SENSÍVEL DE GRAVIDADE), SUDORESE GENERALIZADA E ABUNDANTE, SENSIBILIDADE DE FIBRO PELE ABRETIADA, PALUZEZ, AGITAÇÃO PSICOMOTORA ACENTUADA (PODE ESTAR ALTERNADA COM SONOLÊNCIA), HIPOTERMIA, AUMENTO OU DIMINUIÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA, AUMENTO OU DIMINUIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL, TAGLIDISPNÉIA, PRIAPISMO, TREMORES E ESPASMOS MUSCULARES, CONVULSÕES, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, EXTRA-SÍSTOLIAS, EDEMA AGUDO DE PULMÃO

NÃO
 SIM → ADMINISTRAR 6 AMPOLAS DE SAEsc OU SAAr OU COMPLEMENTAR COM 3 AMPOLAS DE SAEsc OU SAAr, CASO JÁ TENHA SIDO ADMINISTRADO 3 AMPOLAS ANTERIORMENTE.

INTERNAÇÃO EM CTI

SAEsc = SORO ANTIESCORPIÔNICO; SAAr = SORO ANTIARRACÍDICO



RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO: DR(a) _____ CRM: _____

Fonte: Nota Técnica do Ministério da Saúde nº 64/2021 – CGZV/DEIDT/SVS/MS; Deliberação CIB-SP nº29/2021

Divisão de Zoonoses/Centro de Vigilância Epidemiológica – DIVZOO/CVE/CCD – SES/SP
Av. Dr. Arnaldo, 351 – GP Andar, Sl. 604, CEP: 012460-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8296/8762

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL: GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS E ANTIRRÁBICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**



	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:6	

- NÃO É INDICADO ANTI-HISTAMÍNICO E CORTICÓIDE ANTES DA ADMNISTRAÇÃO DO SORO;
- NÃO NECESSITA DILUIR O SORO, FAZER ENDOVENSO;
- NÃO É NECESSÁRIO FAZER TESTE DE COAGULAÇÃO.



BLOQUEIO EM CASOS LEVES:

Dor no local da picada – CASOS LEVES: fazer bloqueio 1 a 2 ml com lidocaína 2% sem vaso em crianças E 3-4ML NO ADULTO, repetir até 3x com intervalo de 01 hora – OBSERVAÇÃO POR 06 HORAS.

ANALGÉSICOS:

- ANALGÉSICO SISTÊMICO;
- DAPIRONA/PARACETAMOL;
- CODEÍNA/TRAMAL/MORFINA;
- XYLOCAÍNA TÓPICA NO LOCAL DA PICADA OU BLOQUEIO COM INFILTRAÇÃO DE XYLOCAÍNA 2%.

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL: GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
 ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS E ANTIRRÁBICO
 HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:7	

Quadro local:

Analgesia



- Dor leve (0-4): analgésico VO (dipirona, paracetamol)
- Dor moderada (5-7): analgésico EV ou opióide
- Dor intensa (8-10): bloqueio anestésico (lidocaína 2% sem vc) + analgésico EV
- Todos: compressa morna

ALTERAÇÕES QUE PODEM ACONTECER:

- DEXTRO: **ATENTAR!** - pode ocorrer hiperglicemia;
- HEMOGRAMA: **ATENTAR!** - pode ocorrer leucocitose;
- ALTERAÇÕES DE ENZIMAS CARDÍACAS;
- ECG: pode diagnosticar arritmias, bradi ou taquicardia; alterações típicas de isquemia com tendência a normalizar após estabilização do caso.

ACIDENTE OFÍDICO



PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL: GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS E ANTIRRÁBICO
 HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:8	

ACIDENTE	GRAVIDADE	SORO	Nº AMPOLAS
BOTRÓPICO JARARACA	LEVE: edema local de até 2 segmentos; sangramento de pele e mucosa(podendo haver apenas distúrbio de coagulação)	ANTIBOTRÓPICO SAB	3
	MODERADO: edema que atinge 3 a 4 segmentos; sangramento sem comprometimento do estado geral e hemodinâmico, teste de coagulação normal e/ou alterado.		6
	GRAVE: edema que atinge 5 segmentos; hemorragia grave, hipotensão/choque, teste de coagulação normal e/ou alterado.		12
CROTÁLICO CASCABEL	LEVE: fáceis miastêmicapouco evidente; mialgia, urina escura discreta; teste de coagulação normal ou alterado.	ANTICROTÁLICO SAC	5
	MODERADO: fáceis miastêmica evidente, mialgia; urina escura discreta; teste de coagulação normal ou alterado.		10
	GRAVE: fáceis miastêmica evidente; mialgia intensa; urina escura; pode haver insuficiência respiratória; teste de coagulação normal ou alterado.		20
LAQUÉTICO SURUCUCU	Quadro local presente; pode haver sangramento; sem manifestações vagas.	ANTIBOTRÓPICO LAQUÉTICO	10
	Quadro local intenso, pode haver sangramento; manifestações vagas presentes.	SABL	20
ELPÍDICO	Considerar todos os casos potencialmente graves.	ANTIELAPÍDICO	10

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL: GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS E ANTIRRÁBICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

Declarações de Utilidade Pública:
MUNICIPAL: Lei nº 961 de 28/08/68 | ESTADUAL: Lei nº 10314 de 13/09/77
FEDERAL: Decreto de 17/09/92 – Proc. MJ nº 14554/90-441

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:9	

CORAL VERDADEIRA		SAE	
---------------------	--	-----	--

CHECK-LIST ATENDIMENTO NO ACIDENTE OFÍDICO




GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
CHECKLIST ACIDENTE OFÍDICO – BOTRÓPICO / CROTÁLICO

PONTO ESTRATÉGICO DE SOROS ANTIVENENOS: _____

NOME DO PACIENTE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ ADMISSÃO: ____/____/____ HORA: ____ h ____ m

DATA DA PICADA ____/____/____ HORA DA PICADA ____ h ____ m LOCAL DA PICADA: _____ HOUE IDENTIFICAÇÃO DA SERPENTE: NÃO SIM

TRATAMENTO INICIAL - ADMISSÃO DO PACIENTE

HIDRATAÇÃO VENOSA ADEQUADA (DIURESE ENTRE 30 e 40 ml/hora NO ADULTO E 1 e 2 ml/hora NA CRIANÇA)

ANALGESIA (NÃO UTILIZAR AAS)

MANter MEMBRO ACOMETIDO ELEVADO

SOLICITAR EXAMES: HMG COMPLETO / URÉIA / CREATININA / CPK / URINA I / FIBRINOGENO/COAGULOGRAMA: NA ADMISSÃO, 12H APÓS O SORO E 24H APÓS O SORO

INTERNAÇÃO POR NO MÍNIMO 24 HORAS

PROFILAXIA ANTITÉTANICA (APÓS CORREÇÃO DO COAGULOGRAMA) QUANDO NECESSÁRIA

SINAIS DE INFECÇÃO: NÃO SIM (PRESCREVER ANTIBIÓTICO)

<p>BOTRÓPICO (JARARACA)</p> <p>DOR:</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> SIM, EXTENSÃO: <input type="checkbox"/> 1 SEGMENTO <input type="checkbox"/> 2 SEGMENTOS <input type="checkbox"/> 3 SEGMENTOS</p> <p>HEMORRAGIA:</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO/AUSENTE</p> <p><input type="checkbox"/> SIM: <input type="checkbox"/> DISCRETA <input type="checkbox"/> INTENSA LOCAL: _____</p> <p>SINAIS VITAIS: PA: _____ FC: _____</p> <p>COAGULOGRAMA: NA ADMISSÃO: _____ NA ALTA: _____</p> <p style="text-align: center;">SORO ANTIBOTRÓPICO (SAB)</p> <p><input type="checkbox"/> RECEBEU SORO ANTIVENENO EM OUTRA UNIDADE. Nº AMPOLAS SAB: _____</p> <p>LEVE: <input type="checkbox"/> EDEMA 1 SEGMENTO, HEMORRAGIA DISCRETA OU AUSENTE – ADMINISTRAR 3 AMPOLAS SAB E AVALIAR SE HOUE MELHORA DO COAGULOGRAMA APÓS 24H</p> <p>MODERADO: <input type="checkbox"/> EDEMA 2 SEGMENTOS, HEMORRAGIA DISCRETA OU AUSENTE – ADMINISTRAR 6 AMPOLAS SAB E AVALIAR SE HOUE MELHORA DO COAGULOGRAMA APÓS 24H</p> <p>GRAVE: <input type="checkbox"/> EDEMA 3 SEGMENTOS OU HIPOTENSÃO/CHOQUE OU HEMORRAGIA GRAVE – ADMINISTRAR 12 AMPOLAS SAB</p> <p>CRITÉRIO PARA SOROTERAPIA ANTIVENENO ADICIONAL: administrar 2 ampolas de SAB se houver incoagulabilidade sanguínea após 24h</p>	<p>CROTÁLICO (CASCAVEL)</p> <p>PTOSE PALPEBRAL/MANDIBULAR (FÁSCIES MIASTÊNICA):</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM: <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> EVIDENTE <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>VISÃO TURVA/DIPLÓPIA:</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>MIALGIA:</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM: <input type="checkbox"/> DISCRETA <input type="checkbox"/> SIM</p> <p><input type="checkbox"/> INTENSA</p> <p>ERITEMA:</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM: <input type="checkbox"/> DISCRETA <input type="checkbox"/> SIM</p> <p><input type="checkbox"/> INTENSA</p> <p>COLÚRIA:</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM: <input type="checkbox"/> DISCRETA <input type="checkbox"/> SIM</p> <p><input type="checkbox"/> INTENSA</p> <p style="text-align: center;">SORO ANTICROTÁLICO (SAC)</p> <p><input type="checkbox"/> RECEBEU SORO ANTIVENENO EM OUTRA UNIDADE. Nº AMPOLAS SAC: _____</p> <p>LEVE: <input type="checkbox"/> FÁSCIES MIASTÊNICA LEVE E SEM MIALGIA E SEM COLÚRIA – ADMINISTRAR 5 AMPOLAS SAC</p> <p>MODERADO: <input type="checkbox"/> FÁSCIES MIASTÊNICA EVIDENTE E MIALGIA E COLÚRIA DISCRETAS – ADMINISTRAR 10 AMPOLAS SAC</p> <p>GRAVE: <input type="checkbox"/> FÁSCIES MIASTÊNICA EVIDENTE E INTENSA MIALGIA E COLÚRIA E/OU INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA. – ADMINISTRAR 20 AMPOLAS SAC</p> <p style="text-align: right;">ATENDIDO POR DR./DRA. _____ CRM: _____</p>
---	--

Divisão de Zoonoses/Centro de Vigilância Epidemiológica – DVZOO/CVE/CCD – SES/SP
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar, Sl. 604, CEP: 012460-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8296/8762

Fonte: Nota Técnica do Ministério da Saúde nº 64/2021 – CGZV/DEIDT/SVS/MS



ACIDENTE POR LONOMIA

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL: GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS E ANTIRRÁBICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

RUA DUARTINA, 1311 | JARDIM SOTO | FONE: 17 3524-9070 | CEP: 15810-150 | CATANDUVA-SP
CNPJ: 47.078.019/0001-14 E-MAIL: hospital@mgandhi.com.br



0000415



 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:10	

ACIDENTE	GRAVIDADE	SORO	Nº AMPOLAS	ORIENTAÇÕES
ACIDENTE POR LONOMIA TATUTANA	LEVE: apenas quadro local; teste de coagulação normal.	ANTILONÔMICO SALON	0	Compressa de gelo ou água gelada e analgesia de acordo com a intensidade da dor.
	MODERADO: quadro local presente ou não; sangramento pode ou não ocorrer (quando presente em pele e/ou mucosa); teste de coagulação alterado.		5	Expansão com cristalóide e monitoramento da função renal.
	GRAVE: independente do quadro local, presença de sangramento em vísceras com complicações com risco de morte ao paciente; teste de coagulação alterado.		10	Expansão com cristalóide; monitoramento da função renal; reposição de hemácias caso haja necessidade. Obs: não administrar plasma, fatores de coagulação ou vitamina K como alternativa ao antiveneno.

ACIDENTE COM ARANHA ARMADEIRA

ACIDENTE	GRAVIDADE	SORO	Nº AMPOLAS	ORIENTAÇÕES
	LEVE: dor, edema, eritema, sudorese, parestesia local.		0	- Calor local; - Analgésico oral. Em dor intensa: infiltração/bloqueio anestésico associado ou não a opióide.



**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL: GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS E ANTIRRÁBICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:11	

FONEUTRISMO ARMADEIRA	MODERADO: quadro local associado a sudorese, vômitos ocasionais, agitação, HAS.	ANTIARACNÍDIO SAA	3	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoramento dos parâmetros vitais; - Hidratação parenteral cautelosa.
	GRAVE: sudorese profunda, priapismo, vômito requentes, arritmia, choque, edema agudo de pulmão.		6	<ul style="list-style-type: none"> - Internação em UTI; - Hidratação parenteral cautelosa; - Diurético de alça; - Oxigenoterapia; - Dobutamina; - Ventilação mecânica; - Noradrenalina S/N.

CHECK-LIST NO ACIDENTE ARACNÍDEO

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL: GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS E ANTIRRÁBICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO		
	PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO		
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:12

CHECKLIST ACIDENTE ARANEÍDEO – FONÉUTRICO / LOXOSCÉLICO

PONTO ESTRATÉGICO DE SOROS ANTIVENENOS: _____

NOME DO PACIENTE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ ADMISSÃO: ___/___/___ HORA: ___h___
DATA DA PICADA ___/___/___ HORA DA PICADA ___h___ LOCAL DA PICADA: _____ HOUVE IDENTIFICAÇÃO DA ARANHA: NÃO SIM

FONÉUTRICO (ARANHA ARMADEIRA)

A) SINTOMAS LOCAIS – QUADRO LEVE
DOR: NÃO (Mesmo que assintomático, manter sob observação por 4 horas)
 SIM (Tratar a dor e manter sob observação por 6 horas)

Tratamento da dor: COMPRESSA MORNIA; ANALGÉSICO – VO E/OU PARENTERAL;
 INFILTRAÇÃO ANESTÉSICA, QUANTIDADE: _____ HORÁRIOS: _____

Outros achados no local da picada: EDEMA ERITEMA SUDORESE PARESTESIA IRRADIAÇÃO DA DOR SINAL DA PICADA

B) SINTOMAS SISTÊMICOS – QUADRO MODERADO: Manifestações clínicas isoladas e brandas – sudorese, náuseas, vômitos ocasionais, taquicardia, taquipneia, hipertensão e agitação: NÃO (RETORNAR AO ITEM A)

SIM (OBSERVAR A IDADE DO PACIENTE)
 ATÉ 7 ANOS: 3 AMPOLAS DE SAAr, INTERNAÇÃO E MONITORIZAÇÃO MÍNIMA POR 24H
 ACIMA DE 7 ANOS: TRATAR A DOR E REAVALIAR. SE PERMANECER OS SINTOMAS SISTÊMICOS: 3 AMPOLAS DE SAAr, INTERNAÇÃO E MONITORIZAÇÃO MÍNIMA POR 24H

ATENÇÃO: OBSERVAR SE O PACIENTE EVOLUI PARA O QUADRO GRAVE

C) SINTOMAS SISTÊMICOS – QUADRO GRAVE: Manifestações clínicas sistêmicas evidentes e intensas, como: vômitos profusos e frequentes, sudorese generalizada e abundante, sensação de frio, pele arrepiaada, palidez, agitação (pode alternar com sonolência), hipotermia, taquipneia, taquicardia, hipotensão arterial, taquidispnéia, priapismo, tremores e espasmos musculares, convulsões, insuficiência cardíaca, extra-sístolas, edema agudo de pulmão:

NÃO
 SIM – ADMINISTRAR 6 AMPOLAS DE SAAr OU COMPLETAR 3 AMPOLAS DE SAAr, SE JÁ HOUVER ADMINISTRADO 3 AMPOLAS ANTERIORMENTE. INTERNAÇÃO EM CTI.

ATENÇÃO: NA DÚVIDA ENTRE ACIDENTE FONÉUTRICO OU ESCORPIÔNICO, OPTAR PELO USO DO SAAr.

LOXOSCÉLICO (ARANHA MARROM)

LESÃO CARACTERÍSTICA:
 SIM, APRESENTA (dependendo da fase de evolução): ERITEMA ENDURAÇÃO PLACA MARMÓREA DOR EM QUEIMAÇÃO (geralmente intensa) BOLHA NECROSE
 NÃO (só é possível afirmar que é acidente loxoscélico se houver a identificação do animal)

ALTERAÇÃO DO ESTADO GERAL:
 NÃO
 SIM: CEFALÉIA FEBRE NAS PRIMEIRAS 24 HORAS MIALGIA NÁUSEAS VÔMITO EXANTEMA

HEMÓLISE: NÃO SIM, APRESENTA: PALIDEZ CUTÂNEO-MUCOSA ICTERICÍCIA URINA ESCURA. **CONFIRMADO POR:** HEMOGRAMA DHL BILIRRUBINAS

TRATAMENTO E SORO ANTIARACNÍDICO (SAA)

QUADRO LEVE: LESÃO NÃO CARACTERÍSTICA, SEM ALTERAÇÃO DO ESTADO GERAL, SEM HEMÓLISE: SAAr NÃO INDICADO, ANALGÉSICO, SE NECESSÁRIO, RETORNO DIÁRIO POR 3 DIAS.

QUADRO MODERADO: LESÃO CARACTERÍSTICA COM PLACA MARMÓREA < 3CM, COM OU SEM ALTERAÇÃO DO ESTADO GERAL, SEM HEMÓLISE: SAAr NÃO INDICADO. PREDINISONA 5 DIAS (ADULTO 40MG/DIA; CRIANÇA 0,5-1MG/KG/DIA - MAX 40MG/DIA);

QUADRO GRAVE – CUTÂNEA: LESÃO CARACTERÍSTICA COM PLACA MARMÓREA > 3CM, COM OU SEM ALTERAÇÃO DO ESTADO GERAL, SEM HEMÓLISE: ADMINISTRAR 5 AMPOLAS DE SAAr. PREDINISONA 7 DIAS (ADULTO 40MG/DIA; CRIANÇA 0,5-1MG/KG/DIA - MAX 40MG/DIA).



QUADRO GRAVE – CUTÂNEO-HEMOLÍTICA: INDEPENDENTE DO TAMANHO E CARACTERÍSTICA DA LESÃO, PRESENÇA DE HEMÓLISE: ADMINISTRAR 10 AMPOLAS DE SAAr. PREDINISONA 7 DIAS (ADULTO 40MG/DIA; CRIANÇA 0,5-1MG/KG/DIA - MAX 40MG/DIA). HIDRATAÇÃO ADEQUADA.

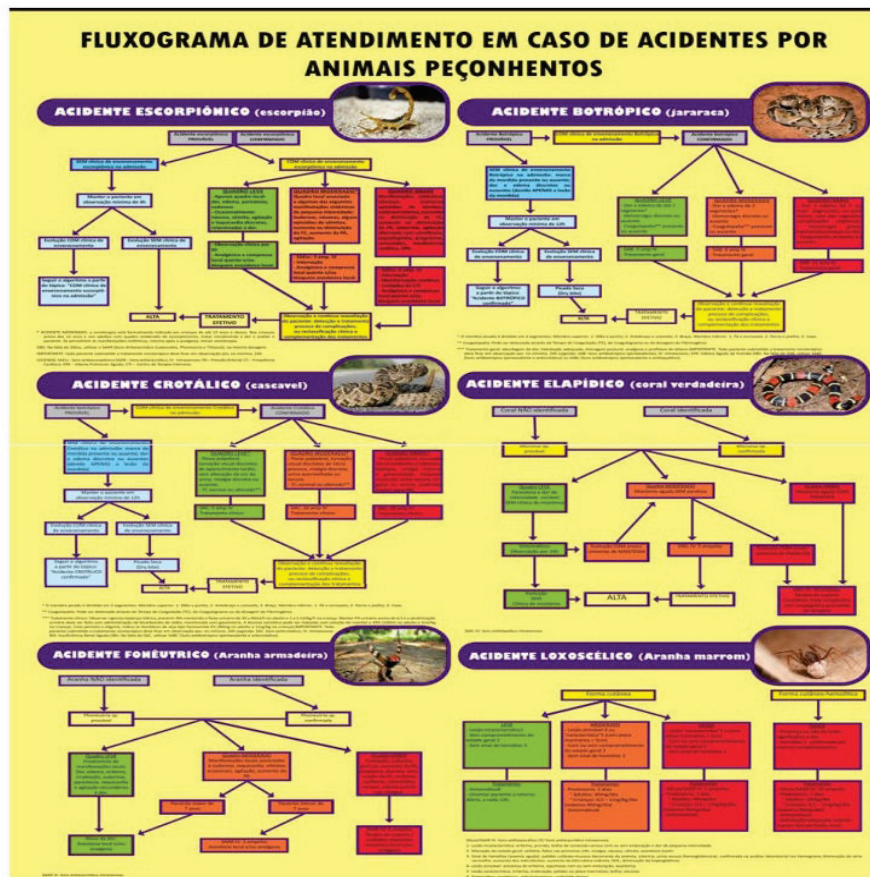
Divisão de Zoonoses/Centro de Vigilância Epidemiológica – DVZOO/CVE/CCD – SES/SP
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar, Sl. 604, CEP: 012460-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8296

ATENDIDO POR DR./DRA. _____ CRM: _____
Fonte: Nota Técnica do Ministério da Saúde nº 64/2011 – CGZU/DFIT/VSUS/MS



FLUXOGRAMA RESUMIDO NO ATENDIMENTO NOS ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL: GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS E ANTIRRÁBICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:13	





**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL: GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS E ANTIRRÁBICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:14	

ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO

PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA PÓS-EXPOSIÇÃO				
ANIMAL AGRESSOR				
TIPO DE EXPOSIÇÃO	CÃO OU GATO		MAMÍFERO DOMÉSTICO DE INTERESSE ECONÔMICO: bovidos, equídeos, caprinos, suínos e ovinos	MORCEGOS E OUTROS MAMÍFEROS SILVESTRES (inclusive os domiciliados)
	Animal passível de observação por 10 dias e sem sinais sugestivos de raiva	Animal não passível de observação por 10 dias ou com sinais sugestivos de raiva		
CONTATO INDIRETO - tocar ou dar de comer para animais - lambedura em pele íntegra - contato em pele íntegra com secreções ou excreções de animal, ainda que raivoso ou de caso humano	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • NÃO INDICAR PROFILAXIA 		<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • NÃO INDICAR PROFILAXIA 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • NÃO INDICAR PROFILAXIA
LEVE - ferimento superficial no tronco ou nos membros, exceto mãos e pés - lambedura de lesões superficiais	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • NÃO INICIAR PROFILAXIA. Manter o animal em observação por 10 dias. Se permanecer vivo e saudável, suspender a observação no 10º dia e encerrar o caso. Se morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva, indicar VACINA* dias 0, 3, 7 e 14 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • INICIAR PROFILAXIA: VACINA* dias 0, 3, 7 e 14 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • INICIAR PROFILAXIA: VACINA* dias 0, 3, 7 e 14 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão.
GRAVE - ferimento nas mucosas, no segmento cefálico, nas mãos ou nos pés - ferimentos múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo - ferimento profundo, mesmo que puntiforme - lambedura de lesões profundas ou de mucosas, mesmo que íntactas - ferimento causado por mamífero silvestre	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • NÃO INICIAR PROFILAXIA. Manter o animal em observação por 10 dias. Se permanecer vivo e saudável, suspender a observação no 10º dia e encerrar o caso. Se morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva indicar VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)* 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • INICIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)* 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • INICIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)* 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • INICIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)*
OBSERVAÇÕES:				
<p>A vacina deverá ser administrada por Via Intradérmica ou Via Intramuscular.</p> <p>Via Intradérmica: Volume da dose: 0,2ml. O volume da dose deve ser dividido em duas aplicações de 0,1ml cada e administradas em dois sítios distintos, independente da apresentação da vacina, seja 0,5 ml ou 1,0 ml (dependendo do laboratório produtor). Local de aplicação: inserção do músculo deltoide ou no antebraço.</p> <p>Via Intramuscular: Dose total: 0,5ml ou 1,0 ml (dependendo do laboratório produtor). Administrar todo o volume do frasco. Local de aplicação: no músculo deltoide ou vasto lateral da coxa em crianças menores de 2 (dois) anos. Não aplicar no glúteo.</p> <p>O SAR ou a IGHAR, deve ser administrado no dia 0. Caso não esteja disponível, aplicar o mais rápido possível até o 7º dia após a aplicação da 1ª dose de vacina. Após esse prazo é contraindicado. Existindo clara identificação da localização da(s) lesão(ões), recentes ou cicatrizadas, deve-se infiltrar o volume total indicado, ou o máximo possível, dentro ou ao redor da(s) lesão(ões). Se não for possível, aplicar o restante por via IM, respeitando o volume máximo de cada grupo muscular mais próximo da lesão.</p> <p>Soro antirrábico (SAR): 40 UI/kg de peso Imunoglobulina humana antirrábica (IGHAR): IGHAR 20 UI/kg de peso</p>				
<p>*VACINA 4 (quatro) doses, nos dias 0, 3, 7 e 14</p>				
<p>*SORO (SAR ou IGHAR)</p>				

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL: GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS E ANTIRRÁBICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:15	

SORO ANTIRRÁBICO (SAR) E IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTIRRÁBICA (IGHAR)



Quanto ao volume da dose e local da administração da IGHAR e do SAR:

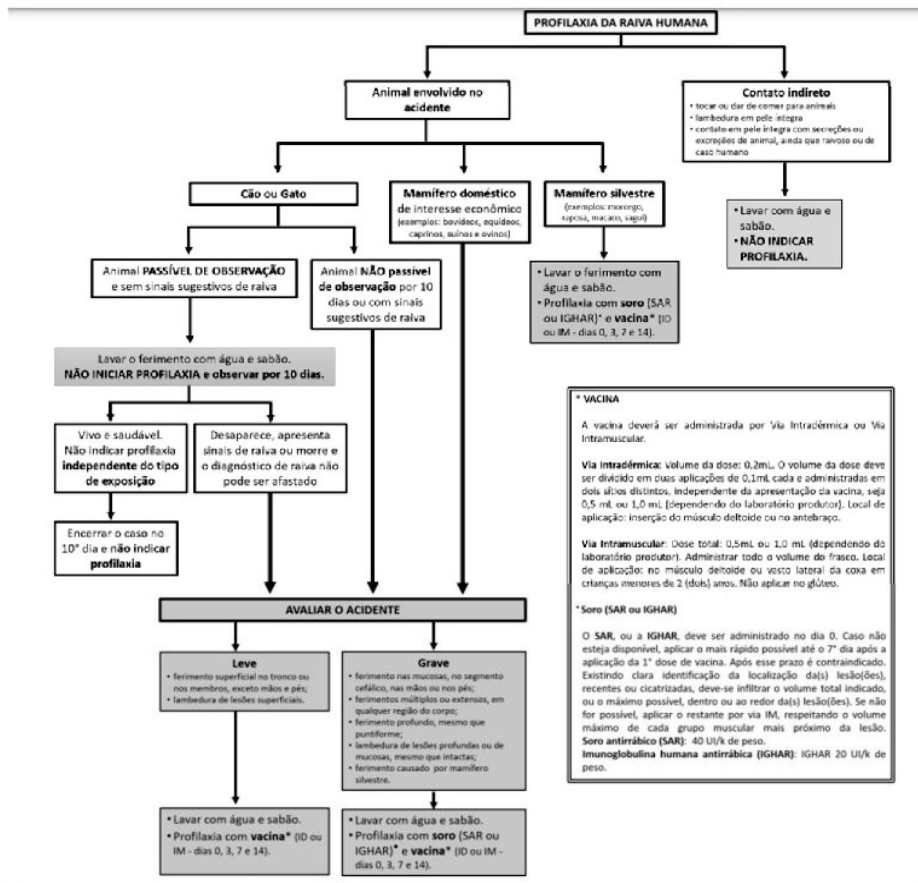
A dose da IGHAR é de 20 UI/Kg de peso.

A dose do SAR é de 40 UI/Kg de peso.



FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL: GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS E ANTIRRÁBICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:16	





**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL: GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS E ANTIRRÁBICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:17	

REFERÊNCIAS

- Acidentes por escorpiões de importância médica no Estado de São Paulo Capacitação 2021, GVEs: XII (Araraquara), XVII (Campinas), XX (Piracicaba) e XXVI (São João da Boa Vista) Fábio Bucarechi Departamento de Pediatria, CIATox, FCM/HC/Unicamp.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. e atual.
- <https://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/>. Acesso em: 05/12/2022.

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL: GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS E ANTIRRÁBICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO**

	MANUAL DE TRABALHO			
	PROTOCOLO CLÍNICO ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO			
	Código: 001	Versão: 12/2022	Página:18	

Procedimento Operacional Padrão ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS ANTIRRÁBICO		
Periodicidade de Revisão: 2 ANOS		
EQUIPE DE DESENVOLVIMENTO		
Elaboração	Data	Função
Dra Natália Amado Santos – CRM: 147050 Fábio Cegatti – Coren/SP: 0131903 Solange Regina Garutti Quadreli – Coren/SP: 63003	06/12/2022	R.T MÉDICA EQUIPE TÉCNICA R.T ENFERMAGEM
Revisor	Data	Função
Dra Natália Amado Santos – CRM: 147050	06/12/2022	R.T MÉDICA
Aprovador	Data	Função
Dra Natália Amado Santos – CRM: 147050	06/12/2022	R.T MÉDICA

PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL: GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS E ANTIRRÁBICO
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO

ATA – Ciência dos profissionais sobre o protocolo Trauma Torácico e Atendimento de Vítimas por Animais Peçonhentos



HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO DO MUNICÍPIO DE OUROESTE
Av. dos Bandeirantes, 1026 – CEP: 15.685-000

ATA DE CIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS

No mês de dezembro de 2022 foram implantados os protocolos:

- “Atendimento aos acidentes com animais peçonhentos e antirrábico.”
- “Protocolo de trauma torácico”

Assinam a presente ATA os profissionais dando ciência que os protocolos encontram-se disponíveis para consulta no Pronto Socorro e na Sala administrativa de Enfermagem.

Solange K. Garutti
Solange K. Garutti Quadr.
COREN-SP 63.003
ENFERMAGEM

NOME	CARGO	ASSINATURA
Flávia B. do Nascimento	Enfermeira	<i>[Assinatura]</i>
Patrícia J. Amaral	Enfermeira	<i>[Assinatura]</i>
Stênio Lopez Almeida	Enfermeiro	Stênio Lopez
Paula C. Fraga	Enfermeira	Paula C. Fraga
Nezmi del Santos Oliveira de Melo	Enfermeira	Nezmi del S.O. de Melo
Natália R. Rêgo	Enf.ª	Natália R. Rêgo
Ana Paula da S. Puga	Enfermeira	Ana Paula
Raquel Cyda da S. Santos	Enfermeira	Raquel Santos
Camila de Oliveira Juno	Enfermeira	<i>[Assinatura]</i>
Vanessa Flávia Costa	Enfermeira	<i>[Assinatura]</i>



Indicador 5 – Acolhimento com Classificação de Risco no Setor de Urgência e Emergência.

O indicador trata da realização de acolhimento com classificação de risco em 85% dos usuários que dão entrada no serviço de pronto atendimento. O Pronto Socorro do Hospital Municipal João Velloso atualmente possui classificação de risco implantada 24h por dia, realizada por um profissional enfermeiro e com protocolo próprio, baseado na classificação de Manchester. As cores utilizadas são: Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde e Azul.

No mês de Dezembro/2022, foram realizados **2.175** atendimentos médicos no Pronto Socorro e **249** atendimentos de enfermagem contabilizando total de **2.424** pacientes atendidos dentre estes **11** fora da classificação de risco realizada, mantendo a taxa de **99,50%** dos usuários acolhidos com classificação de risco.

Reitero que os pacientes ambulatoriais programados para acompanhamento pós-cirúrgico passam pela triagem, mas, não são classificados risco por serem pacientes eletivos e com agendamento de horário.

Segue o relatório consolidado extraído do sistema de informação com o quantitativo dos atendimentos e das classificações de risco realizadas:

Tabela. Quantitativo de atendimentos por classificação de risco. Hospital Municipal João Velloso - Ouroeste/SP. Dezembro/2022.

Prioridade classificada	nº de classificados por prioridade	Taxa de classificados por prioridade
Vermelho - emergência	4	0,2%
Laranja – muito urgente	48	1,8%
Amarelo – urgência	358	15%
Verde – pouco urgente	1.594	65,5%
Azul – não urgente	409	17%
Não classificados:	11	0,5%
Total	2424	100%

Tabela quantitativa/comparativa detalhada do número de atendimentos no pronto socorro e classificação de risco com justificativa da meta contratual. Hospital Municipal João Velloso. Dezembro/2022.


nº de atendimentos no pronto socorro que necessitam de acolhimento com classificação de risco		
Descrição	nº de atendimentos	Descritivo/justificativa
Médico	2.175	o acolhimento com classificação de risco ocorreu em 99,5% dos atendimentos referentes a urgência/emergência no pronto socorro definindo prioridade em conformidade com a política de humanização do sus.
Enfermagem	249	
Total	2.424	
Acolhimento com classificação de risco	2.413	
nº de atendimentos eletivos/ambulatoriais com agendamento de horários para acompanhamento médico ou procedimento		
Descrição	nº de atendimentos	Descritivo/justificativa
Ortopedia ambulatorial	35	trata-se de atendimentos eletivos e ambulatoriais com agendamento programado. essa demanda passa pela triagem, mas, não há necessidade de classificar o risco uma vez que não consta de atendimento de urgência/emergência.
Pequenas cirurgias ambulatoriais	14	
Consultas de avaliação cirúrgica eletiva	70	
Internações	32	

Indicador 6 – Apresentação do relatório de Pesquisa de Satisfação do usuário


O Indicador 6 trata de 100% das pesquisas apuradas com a demonstração dos resultados por meio de relatório mensal.

No mês de Dezembro/2022 foram realizadas **170** pesquisas de satisfação aos usuários no pronto atendimento, **28** usuários da internação, **49** do atendimento laboratorial e **21** do atendimento do raio x; estas seguem abaixo tabuladas e apresentadas:


Atendimento urgência/emergência:

DESCRIÇÃO	QUANTITATIVO						TAXA				
	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Não sei informar	TOTAL	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Não sei informar
	 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !										
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELOSO – PESQUISA DE SATISFAÇÃO – URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - NOVEMBRO/2022											
Como você avalia o atendimento prestado pela recepção?	81	80	3	2	4	170	48%	47%	2%	1%	2%
Como você avalia a limpeza e organização do setor de Urgência e Emergência?	77	86	3	0	4	170	45%	51%	2%	0%	2%
Como você avalia o atendimento prestado pela equipe de enfermagem?	85	77	3	1	4	170	50%	45%	2%	1%	2%
Como você avalia o atendimento médico?	67	86	8	2	7	170	39%	51%	5%	1%	4%
Como você avalia o tempo de espera para o primeiro atendimento?	43	95	19	10	3	170	40%	56%	11%	6%	2%
Como você avalia o tempo que permaneceu no setor de Urgência e Emergência?	44	93	18	7	8	170	26%	54%	10%	4%	5%
Como você avalia a qualidade do atendimento prestado no setor de Urgência e Emergência?	59	95	3	4	9	170	35%	56%	2%	2%	5%
Teve seu problema resolvido?	167	0	0	0	3	170	98%	0%	0%	0%	2%

Atendimento internação:

DESCRIÇÃO	QUANTITATIVO					TAXA					
	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Não sei informar	TOTAL	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Não sei informar
	 ASSOCIAÇÃO Mahatma Gandhi SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ !										
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELOSO – PESQUISA DE SATISFAÇÃO – INTERNAÇÃO - NOVEMBRO/2022											
Como você avalia o atendimento prestado pela recepção?	17	11	0	0	0	28	60%	39%	0%	0%	0%
Como você avalia o tempo de espera para a internação, entre o atendimento da recepção e ser direcionado à enfermaria (leito)?	12	16	0	0	0	28	43%	57%	0%	0%	0%
Como você avalia o atendimento prestado pela equipe de enfermagem (atendimentos, procedimentos e medicamentos) durante a internação?	22	6	0	0	0	28	79%	21%	0%	0%	0%
Como você avalia as informações/ orientações fornecidas pelo médico durante a internação?	16	11	1	0	0	28	57%	39%	3%	0%	0%
Como você avalia as trocas de roupas de camas e pijamas?	16	12	0	0	0	28	57%	43%	0%	0%	0%
Como você avalia a oferta e a qualidade das refeições servidas?	16	9	1	0	2	28	57%	32%	3%	0%	7%
Como você avalia a limpeza e organização do setor de internação?	15	11	2	0	0	28	54%	39%	7%	0%	0%

Atendimento laboratorial:

HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELOSO – PESQUISA DE SATISFAÇÃO – LABORATÓRIO - NOVEMBRO/2022								TAXA				
								Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Não sei informar
DESCRIÇÃO	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Não sei informar	TOTAL	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Não sei informar	
Como você avalia o atendimento prestado pela recepção?	24	25	0	0	0	49	49%	51%	0%	0%	0%	
Como você avalia o tempo de espera para realizar o exame?	12	34	3	0	0	49	24%	69%	6%	0%	0%	
Como você avalia o atendimento prestado pela equipe do laboratório?	26	22	0	1	0	49	53%	45%	0%	2%	0%	
Como você avalia a limpeza e organização do laboratório?	23	26	0	0	0	49	47%	53%	0%	0%	0%	

Atendimento radiologia:

HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELOSO – PESQUISA DE SATISFAÇÃO – RAIOS-X - NOVEMBRO/2022								TAXA				
								Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Não sei informar
DESCRIÇÃO	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Não sei informar	TOTAL	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Não sei informar	
Como você avalia o atendimento prestado pela recepção?	12	9	0	0	0	21	57%	43%	0%	0%	0%	
Como você avalia o tempo de espera para realizar o exame?	7	7	4	3	0	21	33%	33%	19%	14%	0%	
Como você avalia o atendimento prestado pela equipe da radiologia?	8	7	1	5	0	21	38%	33%	5%	23%	0%	
Como você avalia a limpeza e organização do setor de radiologia?	7	12	2	0	0	21	33%	57%	10%	0%	0%	

PESQUISA DE SATISFAÇÃO:

Durante o mês de Dezembro/2022 foi realizado o instrumento para pesquisa de satisfação e os resultados foram demonstrados nas tabelas acima.

No decorrer do mês de Dezembro foram traçadas diretrizes para obter maior número de participação e adesão do usuário na pesquisa de satisfação envolvendo serviço social (com atuação no P.S. e leitos de internação na enfermaria) e equipe de recepção.

OUVIDORIA EXTERNA: No mês de Dezembro de 2022 obtivemos 01 ouvidoria externa formalizada e devidamente respondida. No dia 03/11/2022 recebemos a ouvidoria e foi respondida no dia 16/11/2022, foi realizado o retorno a paciente por via física impressa e contato telefônico.

Indicador 7 – Realização de alta qualificada dos pacientes internados.

O indicador 7 trata de 85% dos pacientes internados receberem alta hospitalar com contrarreferência para os demais pontos da rede de saúde do município.

A partir do mês de Dezembro de 2022 já seguimos em novo modelo desenvolvido pela Associação Mahatma Gandhi para a monitorização do processo de trabalho aprimorado.

A seguir apresentamos os registros de monitorização da Alta Responsável no mês de Dezembro/2022 do Hospital Municipal João Veloso.

Dentro do quantitativo de internações, houve a necessidade de realizar 18 contrarreferências para posterior acompanhamento médico, dentro deste processo, foram entregues 18 altas responsáveis atingindo 100% dos usuários que necessitaram de acompanhamento após alta hospitalar.



PLANILHA CONTROLE
ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELOSO DO MUNICÍPIO DE OUROESTE



IDENTIFICAÇÃO		Nº INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA	ASSINATURA
PACIENTE: Gabriela Cristina Pereira E/OU	ACOMPANHANTE: Kelly Cristina		25/11	Kelly Cristina P. Rago
PACIENTE: Mariana Pereira de Vasconcelos E/OU	ACOMPANHANTE: Mariana Simões		25/11	Mariana Simões
PACIENTE: Claudineia Maldonado E/OU	ACOMPANHANTE:		01/12	Claudineia Maldonado
PACIENTE: Helena Maria da Silva Gomes E/OU	ACOMPANHANTE:		02/12	[Signature]
PACIENTE: Antônio Carlos Pereira J. E/OU	ACOMPANHANTE: Mayara Borges da Silva		02/12	Antônio Carlos Pereira J.
PACIENTE: Gabriela Fomaz E. Brito E/OU	ACOMPANHANTE:		02/12	Gabriela Fomaz E. Brito
PACIENTE: Viviana Castilho do Silveira E/OU	ACOMPANHANTE:		02/12	Viviana Castilho
PACIENTE: Elenita da Silva Aliogi E/OU	ACOMPANHANTE:		08/12	Elenita S. Aliogi
PACIENTE: Marcos Antônio Dreus de Lima E/OU	ACOMPANHANTE:		09/12	Marcos Lima



PLANILHA CONTROLE
ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELOSO DO MUNICÍPIO DE OUROESTE



Recebo no momento da alta hospitalar informações constando: resumo do quadro clínico; destino do paciente (encaminhamentos necessários); necessidades do paciente; necessidades de recursos técnicos; necessidade de cuidados multiprofissionais e observações.

IDENTIFICAÇÃO	Nº INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA	ASSINATURA
PACIENTE: Janilson Guerra de Carvalho E/OU ACOMPANHANTE:		09/12	<i>[Signature]</i>
PACIENTE: Eglei Brangy Santos E/OU ACOMPANHANTE:		09/12	<i>[Signature]</i>
PACIENTE: Jovaina Ramacholi de Souza E/OU ACOMPANHANTE: Maria Alvir Ramacholi de Souza PACIENTE: Marcel Elias Boaro E/OU ACOMPANHANTE:		09/12	<i>Maria Leni R. de Souza</i>
PACIENTE: Heloisa Pantaleão Maggi E/OU ACOMPANHANTE:		15/12	<i>[Signature]</i>
PACIENTE: Cristiana Reulino Gonçalves E/OU ACOMPANHANTE:		16/12	<i>Heloisa Maggi</i>
PACIENTE: Janaina Cristiana de Macedo E/OU ACOMPANHANTE: Edson Costa PACIENTE: Ana Letícia de Souza E/OU ACOMPANHANTE:		16/12	<i>Antonio P. Gonçalves</i>
PACIENTE: Cristiane Cristina de Oliveira E/OU ACOMPANHANTE:		16/12	<i>Edson Costa Torres</i>
Paciente: Edna Regina Pestoni		16/12	<i>[Signature]</i>
		16/12	<i>Janaina Cole Oliveira</i> <i>Edna RSD</i>

Declarações de Utilidade Pública:
 MUNICIPAL: Lei nº 961 de 28/08/68 | ESTADUAL: Lei nº 10314 de 13/09/77
 FEDERAL: Decreto de 17/09/92 – Proc. MJ nº 14554/90-441



PLANILHA CONTROLE
 ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL
 HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELOSO DO MUNICÍPIO DE OUROESTE



IDENTIFICAÇÃO		Nº INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA	ASSINATURA
PACIENTE: <i>Siliana Melo</i>				
E/OU ACOMPANHANTE: <i>ADALBERTO L. MELO</i>			<i>29/12/22</i>	<i>[Signature]</i>
PACIENTE: _____				
E/OU ACOMPANHANTE: _____				
PACIENTE: _____				
E/OU ACOMPANHANTE: _____				
PACIENTE: _____				
E/OU ACOMPANHANTE: _____				
PACIENTE: _____				
E/OU ACOMPANHANTE: _____				
PACIENTE: _____				
E/OU ACOMPANHANTE: _____				
PACIENTE: _____				
E/OU ACOMPANHANTE: _____				

Recebo no momento da alta hospitalar informações constando: resumo do quadro clínico; destino do paciente (encaminhamentos necessários); necessidades do paciente; necessidades de recursos técnicos; necessidade de cuidados multiprofissionais e observações.











Considerações relevantes

1. Quantitativo Do Hospital Municipal João Veloso. Dezembro/2022.

PROCEDIMENTOS HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO - SUS - 2022				
DESCRIÇÃO		UNIDADE	PROFISSIONAL	DEZ
PLANTÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	CONSULTAS	24 horas	VÁRIOS	1946
	SUTURAS			17
	ECG			93
INTERNAÇÕES	TOTAL DE INTERNAÇÕES	24 horas	VÁRIOS	32
	CIRÚRGICAS			9
	OBSTÉTRICAS			4
	CLÍNICA			19
	PEDIÁTRICA			0
ORTOPEDIA AMBULATORIAL		ELETIVO	DR. NELSON	35
PEQUENAS CIRURGIAS AMBULATORIAL		ELETIVO	DRA CLEIDJANE	14
CONSULTA DE AVALIAÇÃO CIRÚRGICA		ELETIVO	DRA CLEIDJANE	70
PEDIATRIA NO PRONTO SOCORRO		SOBRE AVISO MENSAL	DRA.TELMA	0
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA EM PRONTO SOCORRO		SOBRE AVISO MENSAL	DRA.JUSCILENE	0
ORTOPEDIA EM PRONTO SOCORRO		SOBRE AVISO MENSAL	DR.NELSON	0
CLÍNICA P/ INTERNAÇÃO E CIRURGICA EM PRONTO SOCORRO		SOBRE AVISO MENSAL	DRA CLEIDJANE	0
ANESTESIA EM CIRURGIAS		CIRURGIAS	DR.ALFONSO	16
PROCEDIMENTOS DE ENFERMEIROS		24 horas	VÁRIOS	8462
PROCEDIMENTOS DE TÉCNICOS EM ENFERMAGEM				2817
PROCEDIMENTOS DE AUXILIARES EM ENFERMAGEM				448
EXAMES DO LABORATÓRIO CLÍNICO				3213
EXAMES DE RADIOLOGIA				383

4. Ata da Reunião e Revisão dos óbitos ocorridos no mês de Dezembro de 2022

	<p>HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELOSO COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS</p>																																																			
ATA DE REUNIÃO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS																																																				
<p>Em 23_ de Dezembro de 2022 às 10:30 __hora(s), foi realizada Reunião da Comissão de Controle de Revisão de Óbito do Hospital Municipal João Veloso do Município de Ouroeste, Referindo-se:</p> <p>Não foi analisado prontuário de internação nessas declarações , somente a ficha de atendimento no PS pois todos evoluíram a óbito após entrada nesse setor.</p> <p>Análise das declarações de óbitos:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%;">35142460-1</td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td>35142461-0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>35142462-8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>*OBS: Não foram analisados os óbitos atestados em residência.</p> <p>Principais pontos observados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foi observado há alguns meses a melhora no preenchimento das declarações de óbito, pois havia muito erro no preenchimento principalmente na definição da causa base. • Houve melhora também na definição na definição final da causa da morte. <p>Às _11:00 h. a reunião deu-se por encerrada, onde os membros assinam a presente ata:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">NOME</th> <th style="width: 50%;">ASSINATURA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px; vertical-align: bottom;">Cláudia Ferreira Marques</td> <td style="height: 40px; vertical-align: bottom;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px; vertical-align: bottom;">Nelson Issao Misugi</td> <td style="height: 40px; vertical-align: bottom;"> Nelson Issao Misugi CRM 58.031</td> </tr> <tr><td style="height: 40px;"> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 40px;"> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 40px;"> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 40px;"> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS – HOSPITAL MUNICIPAL JPÃO VELOSO DO MUNICÍPIO DE OUROESTE</p>			35142460-1						35142461-0						35142462-8																								NOME	ASSINATURA	Cláudia Ferreira Marques		Nelson Issao Misugi	 Nelson Issao Misugi CRM 58.031								
35142460-1																																																				
35142461-0																																																				
35142462-8																																																				
NOME	ASSINATURA																																																			
Cláudia Ferreira Marques																																																				
Nelson Issao Misugi	 Nelson Issao Misugi CRM 58.031																																																			

5.





HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR



ATA DE REUNIÃO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Em 21 de Dezembro de 2022 às 14:30h, foi realizada a Reunião Da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Municipal João Velloso do Município de Ouroeste, Referindo-se:

1. Permaneço até o momento sem retorno dos médicos para que seja realizado a atualização do Manual de Controle de Antibiótico;
2. Foi resolvido por mim como Enfermeira da CCIH e pela Dra.Cleijdane como médica da CCIH, que fica como uso obrigatório o uso da mascara N95 para todos os funcionários. Sendo realizada a troca da mesma a cada 7 dias , exceto a enfermagem se participar de uma IOT. Na reunião passada eu já havia reforçado com a Equipe de enfermagem sobre o uso da mascara N95;
3. Em Janeiro estaremos com a escala da Equipe de Apolo com uma funcionaria a menos e como não será possível a contratação de outra pessoa neste momento, os plantões ficaram com apenas uma funcionaria fixa e uma que ira intercalar 6 horas por dia nos plantões diurnos. Por esse motivo as vexas o cronograma delas não sejam realizado corretamente por completo.
4. Foi passado em reunião para a enfermagem dos vídeos ilustrativos e simples para que possamos relembrar a técnica da lavagem das mãos e da paramentação e desparamentação no atendimento ao paciente com covid 19 ou ate mesmo de outras doenças infectocontagiosas. Contando com a participação do Tecnico em Segurança do Trabalho Wallace;
5. As Enfermeiras de cada plantão ficaram responsável por repassarem em reunião com as suas equipes os vídeos com os treinamentos e também cobrar delas o uso da máscara N95 da sua equipe;
9. O Wallace estará fiscalizando a conduta dos profissionais quanto ao uso da máscara, adornos e etc;
10. Será providenciado para que seja colocado nos setores uma plaquinha com o passo a passo das lavagem das mãos ;

Outros















assuntos: _____

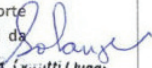
As 15:30 h. a reunião deu-se por encerrada, onde os membros assinam a presenta ata:

NOME	MEMBRO	ASSINATURA
Rain da J. Garcia		<i>Rain da J. Garcia</i>
Roberta Baptista		<i>Roberta Baptista</i>
Bianca Freitas		<i>Bianca Freitas</i>
Vanessa Flavia Costa		<i>Vanessa F. Costa</i>
Camilla de Oliveira		<i>Camilla de Oliveira</i>
Anna Paula da S. Pinheiro		<i>Anna Paula da S. Pinheiro</i>
Paula C. Franco		<i>Paula C. Franco</i>
Natiele R. R. R. R.		<i>Natiele R. R. R. R.</i>
Renata do S. O. de Paula		<i>Renata do S. O. de Paula</i>

CCIH – HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELLOSO DO MUNICÍPIO DE OUROESTE

5. Ata de Reunião do Núcleo de Segurança do Paciente do Mês de Dezembro de 2022

	HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VELOSO COMITÊ DE SEGURANÇA DO PACIENTE	
ATA DE REUNIÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		
Em vinte um de dezembro de 2022 às 14:00 hora (s), foi realizada Reunião do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Municipal João Veloso do Município de Ouroeste, referindo-se:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação do protocolo de medicação de alta vigilância atualizado. 2. Com a ajuda do técnico de segurança do trabalho e a enfermeira da CCIH, durante o mês de janeiro e fevereiro, será feito a abordagem da técnica de lavagem das mãos e dispor da técnica visível em todos os setores, reforçar técnica de paramentação e desparamentação com auxílio de vídeo, bem como o uso obrigatório da máscara N-95 e troca a cada 7 dias. 3. Apresentação da etiqueta de identificação de paciente e acompanhante do pronto socorro e o fluxo será descrito no protocolo de identificação de paciente. 		
Principais pontos observados e outros assuntos:		
-No mês de outubro foi notificado no notivisa,1(uma) queda da própria altura.		
-A identificação do paciente internado é feita com pulseira escrita manual, solicitado impressora própria.		
- Quanto ao protocolo de queda necessita adequar camas com grades, pois a maioria não tem suporte para encaixar a grade, as manivelas não funcionam. Os leitos foram checados pelo responsável da manutenção e aos poucos sendo concertados.		
Às 15:00hs a reunião deu-se por encerrada, onde os membros assinam a presente ata:		
NOME	ASSINATURA	
Flaviana B. dos Nascimento		
Catiane Pereira Marques		
Stênio Cooper Almeida		
Paula C. Froese da Silva		
Nelmi dos Santos Oliveira de Paula		
Natiele Raiane Rosa		
Daniela de Oliveira Guimarães		
Wallace Benedito Teodoro		
Lain da Silva Souza Garcia		
Ana Paula da S. pugis		
Raquel Lyda da Silva Santos		
Vanessa Flavio Costa		


Solange K. Cavutti Quaar
COREN-SP 63.003
ENFERMEIRA

6. Ata da Reunião da equipe de Recepção no mês de Dezembro de 2022

7. Comparativo de Revitalização do corredor no Pronto Atendimento:



8. Comparativo de Revitalização do corredor na Ala:



9. Uniformização da Equipe Administrativa e Técnica :



Declarações de Utilidade Pública:
MUNICIPAL: Lei nº 961 de 28/08/68 | ESTADUAL: Lei nº 10314 de 13/09/77
FEDERAL: Decreto de 17/09/92 – Proc. MJ nº 14554/90-441



Renan Jácomo
Gerente Administrativo
Hospital Municipal João Velloso

RUA DUARTINA, 1311 | JARDIM SOTO | FONE: 17 3524-9070 | CEP: 15810-150 | CATANDUVA-SP
CNPJ: 47.078.019/0001-14 E-MAIL: hospital@mgandhi.com.br

**CONFERE COM
A ORIGINAL**
Hospital Mahatma Gandhi

0000443