

REGULAMENTO INTERNO DA SALA DE URGÊNCIA DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO HCFMRP-USP

COMISSÃO ELABORADORA

PREFÁCIO

ÍNDICE

1. Missão da Sala de Urgência
2. Estrutura e capacidade da Sala de Urgência
3. Admissão dos pacientes
 - 3.1. Direcionamento dos casos por especialidade médica
 - 3.1.1. Pacientes clínicos
 - 3.1.2. Pacientes traumatizados
 - 3.1.3. Pacientes pediátricos
 - 3.1.4. Pacientes portadores de urgências psiquiátricas
 - 3.1.5. Pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva
 - 3.2. Definição do mecanismo de “vaga zero” para encaminhamento compulsório de pacientes à Unidade de Emergência
 - 3.3. Procedimento no caso de demanda espontânea ou encaminhamento médico sem regulação
4. Normas de utilização dos leitos especiais
 - 4.1. Sala de estabilização clínica
 - 4.2. Sala de trauma (pacientes politraumatizados)
 - 4.3. Isolamento respiratório
 - 4.4. Consultório de ginecologia
5. Egressão dos pacientes
 - 5.1. Terapia intensiva
 - 5.2. Unidade Coronariana
 - 5.3. Terapia semi-intensiva
 - 5.4. Cuidado paliativo humanizado
 - 5.5. Transferência para o HC Campus
 - 5.6. Transferência para o Hospital Estadual
 - 5.7. Alta hospitalar problema

Anexo 1 – Relatório de vagas da Unidade de Emergência

Anexo 2 – Relação das especialidades médicas e as hipóteses diagnósticas mais frequentes

Anexo 3 – Atribuições do médico supervisor da sala de trauma

Anexo 4 – Formulário de notificação de problema com a regulação médica

COMISSÃO ELABORADORA

Adriana de Freitas Lovalho	<i>Médica da Neurologia</i>
Andréia Nakamura	<i>Responsável técnico da Sala de Urgência</i>
Antônio Pazin-Filho	<i>Coordenador da Unidade de Emergência e Responsável pelas Atividades da Clínica Médica na Unidade de Emergência</i>
Fábio Fernandes Neves	<i>Supervisor Médico da Unidade de Emergência e Médico da Clínica Médica</i>
Gerson Felisbino dos Reis	<i>Médico da Cirurgia de Cabeça e Pescoço</i>
José Luiz Romeu Boulosa	<i>Médico da Neurocirurgia</i>
Karina Angélica Tresso	<i>Gestora da Sala de Urgência</i>
Lisandra Maria Baptista	<i>Supervisora de Enfermagem da Unidade de Emergência</i>
Pedro Sérgio Magnani	<i>Médico da Ginecologia e Obstetrícia</i>
Rogério Carneiro Bittar	<i>Médico da Ortopedia e Traumatologia</i>
Sandro Scarpelini	<i>Docente da Cirurgia de Urgência</i>

PREFÁCIO

Gradativamente, nos últimos 10 anos, a interface externa da Unidade de Emergência com o Sistema de Regulação Médica vem sendo consolidada. Muitos problemas foram sendo detectados e corrigidos, mas muitos ainda persistem.

Embora alguns destes problemas passem por falhas de comunicação externa, não se pode negar que ainda temos diversos entraves dentro da Sala de Urgência da U.E. e de sua interface interna com outras áreas como as enfermarias, Centro de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico.

Este regulamento surgiu do levantamento destas dificuldades e, entre agosto de 2008 e maio de 2009 foram realizadas 10 reuniões da comissão interdisciplinar para apontar os problemas e fazer propostas de como isto poderia ser solucionado. A base para este regulamento foi o sucesso alcançado com a implantação do regulamento do Centro Cirúrgico que, muito embora possa ser passível de críticas, tem facilitado em muito o trabalho dos gestores na solução de problemas do dia-a-dia.

Os problemas que tentamos equacionar neste regulamento são tão ou mais complexos, que aqueles enfrentados no Centro Cirúrgico e, tal como aquele, entendemos que deverá sofrer várias alterações ao longo da sua implantação. Ele será enviado e discutido em diversas instâncias, tanto internamente na Unidade, nos Departamentos do Campus e nas Centrais de Regulação para garantir sua legitimidade.

Tenho a certeza de que será um avanço no relacionamento interno e externo tornando nosso difícil trabalho de gerenciamento de pacientes críticos um pouco mais fácil.

Antonio Pazin-Filho

1 Missão da Sala de Urgência

A Unidade de Emergência está totalmente integrada ao Sistema Estadual de Atenção às Urgências e Emergências, atendendo exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). É credenciada como Unidade de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências do Tipo III, ou seja, capaz de atender casos de alta complexidade de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica, além de desempenhar atribuições de capacitação e aprimoramento de recursos humanos nesta área.

A Sala de Urgência é a porta de entrada do HCFMRP-USP para os pacientes do SUS, portadores de urgências e emergências médicas de alta complexidade, advindos de toda DRS XIII e macrorregião, encaminhados via Central Única de Regulação Médica (CURM).

Esta unidade assistencial tem a missão de admitir os portadores de urgências e emergências, estabilizar os sistemas vitais, realizar os procedimentos diagnósticos e terapêuticos iniciais e encaminhar os pacientes às unidades de internação adequadas às suas necessidades. O paciente não deve permanecer na Sala de Urgência por mais de 24 horas.

2 Estrutura e capacidade da Sala de Urgência

A sala de urgência dispõe de 28 leitos de apoio, distribuídos de acordo com o perfil assistencial (Figura 1):

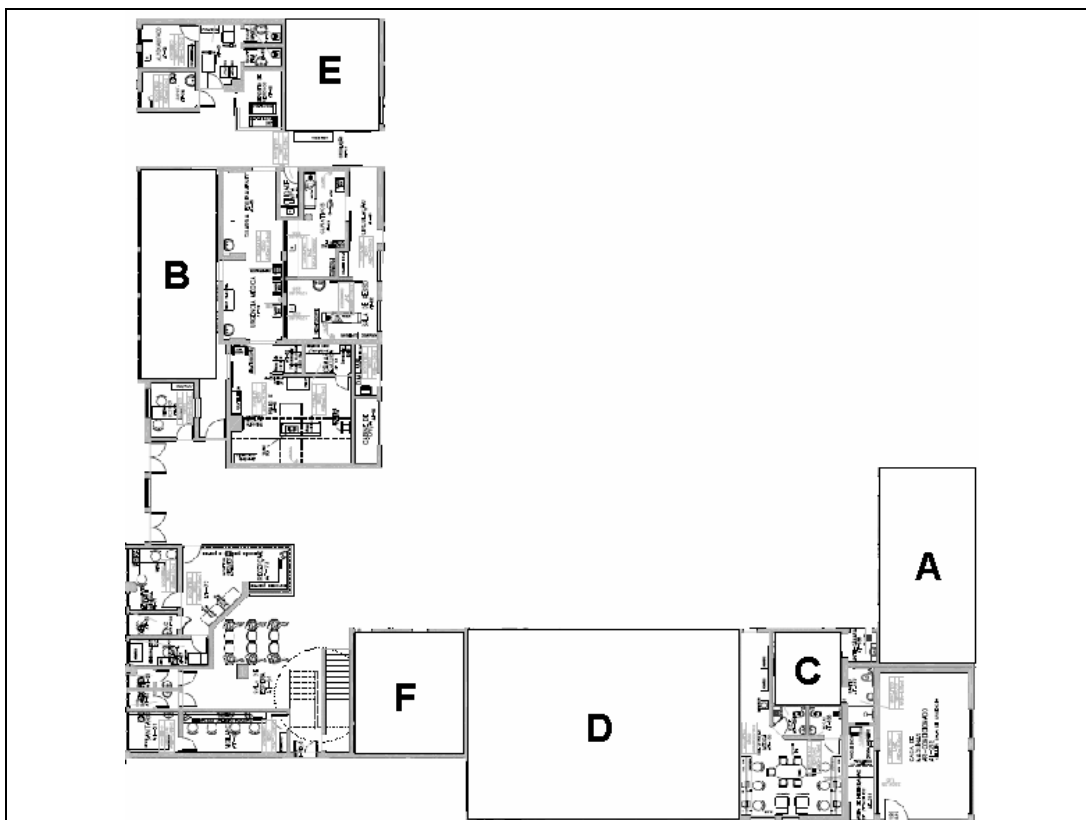


Figura 1 – Planta simplificada da Sala de Urgência da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP.

Leitos Monitorizados (11):

- A. 05 vagas de estabilização clínica (SEC)
- B. 05 vagas de atendimento às urgências traumatológicas
- C. 01 vaga de isolamento respiratório adulto

Leitos não monitorizados (17):

- D. 13 vagas de atendimento clínico (BOX)
- E. 02 vagas de atendimento ortopédico
- F. 02 vagas de atendimento ginecológico (sendo 01 para atendimento de vitimizados)

A infra-estrutura e os recursos humanos da Sala de Urgências foram dimensionados para o atendimento desta capacidade máxima instalada. Os plantonistas devem respeitar os limites, não aceitando novos pacientes diante da ausência de vagas, sob pena de serem responsabilizados pela eventual falta de recursos assistenciais.

Para a avaliação da disponibilidade de vagas no atendimento clínico (BOX), deve-se considerar a ocupação das enfermarias de adultos da Unidade de Emergência, exceto os leitos de psiquiatria e queimados. O relatório de ocupação hospitalar (Anexo 1) está disponível no mural da sala de urgência ou no Módulo SIH, através do caminho “Relatórios”, “Controle de Leitos” e “Ocupação de Leitos”.

Por exemplo, a presença de 16 pacientes no BOX (capacidade total de 13 leitos) associados a 05 leitos vagos nas enfermarias determina a existência de 02 vagas para atendimento clínico.

3 Admissão dos pacientes

A Unidade de Emergência não possui estrutura de pronto-atendimento ou triagem médica. Assim, todo atendimento médico neste hospital deve ser referenciado por profissional qualificado e autorizado pela Central Única de Regulação Médica (CURM). A admissão de pacientes por mecanismos alternativos fere o princípio da equidade do SUS.

3.1 Direcionamento dos casos por especialidade médica

3.1.1 Pacientes clínicos

São denominados pacientes clínicos todos adultos não portadores de lesões por causas externas ou doença psiquiátrica. Poderão ser direcionados pela regulação médica às seguintes especialidades:

- Cirurgia de cabeça e pescoço
- Cirurgia de urgência
- Clínica médica
- Ginecologia e obstetrícia
- Neurologia
- Neurocirurgia
- Oftalmologia
- Ortopedia
- Otorrinolaringologia (*)

() Somente plantão noturno.*

O espaço destinado aos pacientes clínicos (BOX) é compartilhado por todas estas especialidades, sendo fundamental a interação entre os plantonistas para definição das prioridades no fluxo dos casos.

Os plantonistas deverão ser acionados pela regulação médica através dos bipes específicos (pager), conforme relação a seguir. A telefonista da Unidade de Emergência só está autorizada a acionar o plantonista através do

pagar quando solicitada pela regulação médica. A relação das hipóteses diagnósticas mais frequentes e a clínica de destino estão dispostos no anexo 2.

Especialidade	BIPE
Cirurgia de cabeça e pescoço	7191
Cirurgia de urgência	7172
Clínica médica	7192
Ginecologia e obstetrícia	7177
Neurologia	7181
Neurocirurgia	7180
Ortopedia	7184
Oftalmologia	7183
Otorrinolaringologia	7163

Situações especiais:

- Pacientes egressos do hospital nos últimos 07 dias devem ser direcionados pela CURM à clínica que efetivou a alta hospitalar, desde que haja possível nexos causal com a internação anterior. Esta equipe deve receber o paciente, avaliar o motivo da reinternação e, se necessário, solicitar avaliação de outra especialidade.
- No caso de intercorrência de saúde envolvendo acompanhante de paciente, o primeiro atendimento deverá ser prestado pelo médico do paciente, que caso necessário, deverá solicitar pessoalmente avaliação de uma clínica específica.
- Pacientes portadores de doenças crônicas de alta complexidade em seguimento ambulatorial no HC Campus (oncologia, transplantados, hemodialisados) devem ser admitidos pelo serviço que faz este acompanhamento. Exemplos:

- Um paciente em quimioterapia para tratamento de linfoma que desenvolve infecção do cateter totalmente implantável, deve ser admitido pela clínica médica (segue na hematologia), e não pela clínica cirúrgica que realizará o procedimento de retirada da prótese;
- Paciente em seguimento no ambulatório de neurologia por *miastenia gravis* que desenvolve pneumonia aspirativa deve ser admitido pela neurologia e não pela clínica médica;
- Paciente em seguimento na urologia por neoplasia metastática de próstata que apresenta lesão lítica vertebral com déficit neurológico novo deve ser admitido pela clínica cirúrgica e não pela neurologia.

Após a avaliação inicial, se descartada qualquer complicação relacionada à doença de base, poderá ser solicitada transferência para uma clínica específica, desde que haja concordância e disponibilidade de leitos para tal.

3.1.2 Pacientes traumatizados

São denominados pacientes traumatizados aqueles portadores de lesões advindas de causas externas, como quedas, acidentes automobilísticos, ferimentos de arma de fogo ou branca, queimaduras e afogamento.

Pacientes que requeiram cuidado terciário, mas não preencham critérios de politrauma abaixo especificados, devem ser direcionados à especialidade médica afim:

- Cirurgia de cabeça e pescoço
- Cirurgia de urgência
- Ginecologia e obstetrícia
- Neurocirurgia
- Oftalmologia
- Ortopedia

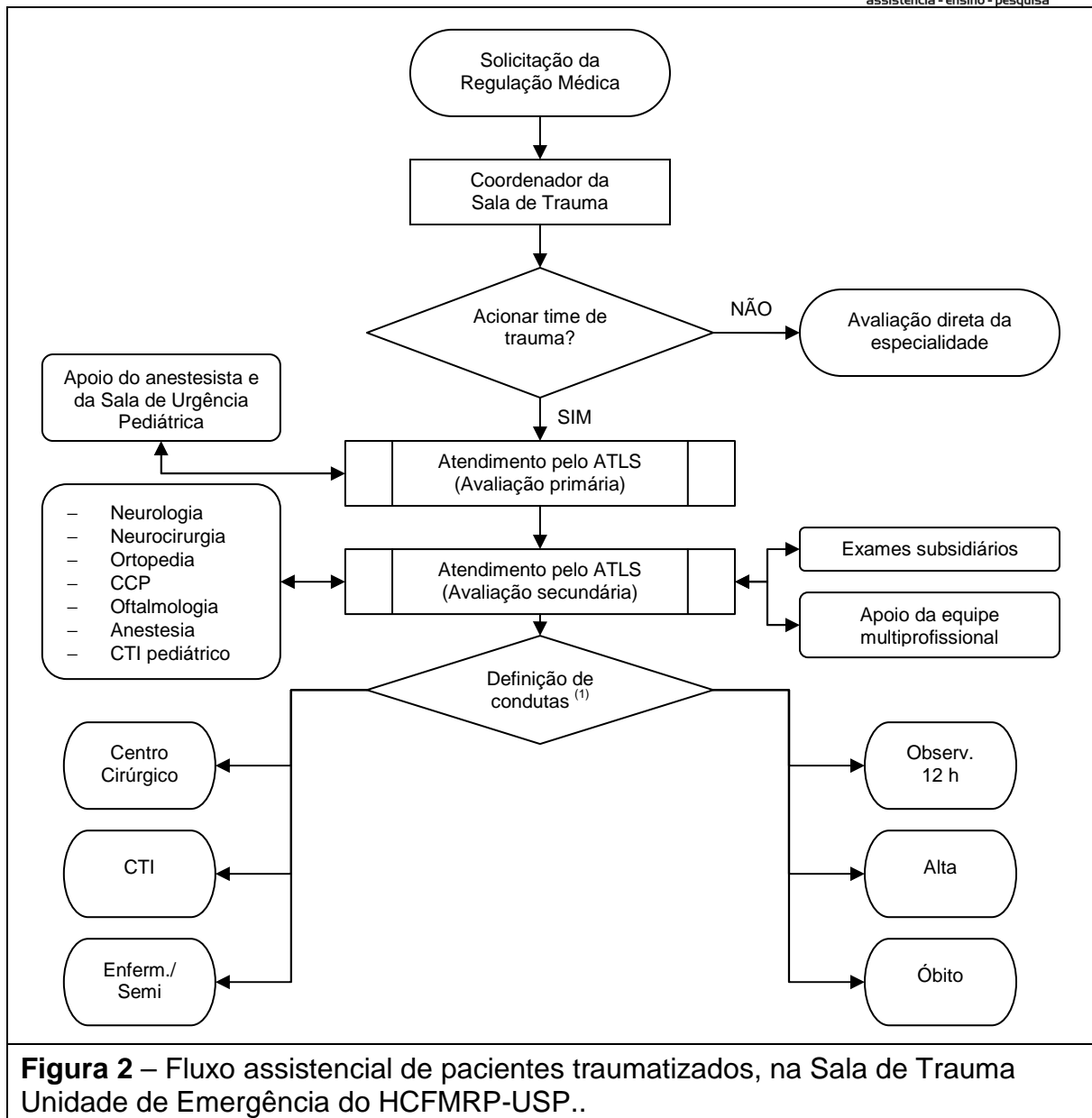
Os pacientes traumatizados de elevada gravidade devem ser direcionados à Sala de Trauma através do contato com o Médico Coordenador da Sala de Trauma (bipe 7295).

Este Coordenador detém, exclusivamente, a atribuição de decidir acionar ou não a equipe de trauma, composto pelos médicos residentes da Divisão de Cirurgia de Urgência e Trauma e a equipe especializada de enfermagem. Esta decisão deve basear-se nos seguintes critérios:

- Gravidade do paciente:
 - o Possibilidade de lesões com *Injury Severity Score* ≥ 16
 - o Trauma de múltiplos segmentos, definido por lesões em 2 ou mais segmentos: cabeça e pescoço, face, tórax, abdômen e conteúdo pélvico, extremidades e pelve, externo.
- Tempo decorrido após o trauma:
 - o ≤ 8 horas
- Origem da vítima:
 - o Diretamente da cena do trauma

O paciente que não se enquadrar aos critérios de acionamento da equipe de trauma será direcionado à clínica específica, que poderá aceitar ou não o caso de acordo com a disponibilidade de vagas.

A figura 2 esquematiza o processo de atendimento do paciente traumatizado.



(1)

- **Centro cirúrgico:** hemorragias cirúrgicas, lesões anatômicas graves, insuficiência respiratória, risco iminente de morte ou perda de membro ou função, compressão cerebral por massa expansiva;
- **CTI:** insuficiência respiratória aguda (vias aéreas ou ventilação), instabilidade hemodinâmica compensada, lesão neurológica que necessite de suporte de vida;
- **Enfermaria / semi-intensiva:** casos que necessitem de reparação semieletiva, instabilidade hemodinâmica rapidamente revertida, observação prolongada e observação em geral (na dependência de leitos);
- **Observação 12h:** casos de trauma leve ou moderado, história de óbito na cena, TCE;
- **Alta hospitalar:** nenhuma das anteriores. Paciente completamente autônomo, sem risco complicação ou necessidade de observação;

– **Óbito:** regularização da documentação para o IML

No caso do paciente receber alta da Sala de Trauma e nenhuma clínica se responsabilizar pelo seu cuidado, o destino do paciente será determinado pelo médico Coordenador da Sala Trauma.

Os casos omissos neste regulamento também devem seguir o direcionamento orientado pelo Médico Coordenador da Sala Trauma, cujas atribuições estão dispostas no anexo 3. As divergências de conduta poderão ser discutidas *a posteriori*, junto à Supervisão Médica da Unidade de Emergência.

3.1.3 Pacientes pediátricos

Os pacientes não traumatizados menores de 12 anos não são admitidos na Sala de Urgência. Eles devem ser direcionados ao ambulatório de pediatria da Unidade de Emergência, através do bipe 7217.

3.1.4 Pacientes portadores de urgências psiquiátricas

Os pacientes portadores de urgências psiquiátricas devem ser direcionados ao serviço de Psiquiatria da Unidade de Emergência, através do bipe 7186.

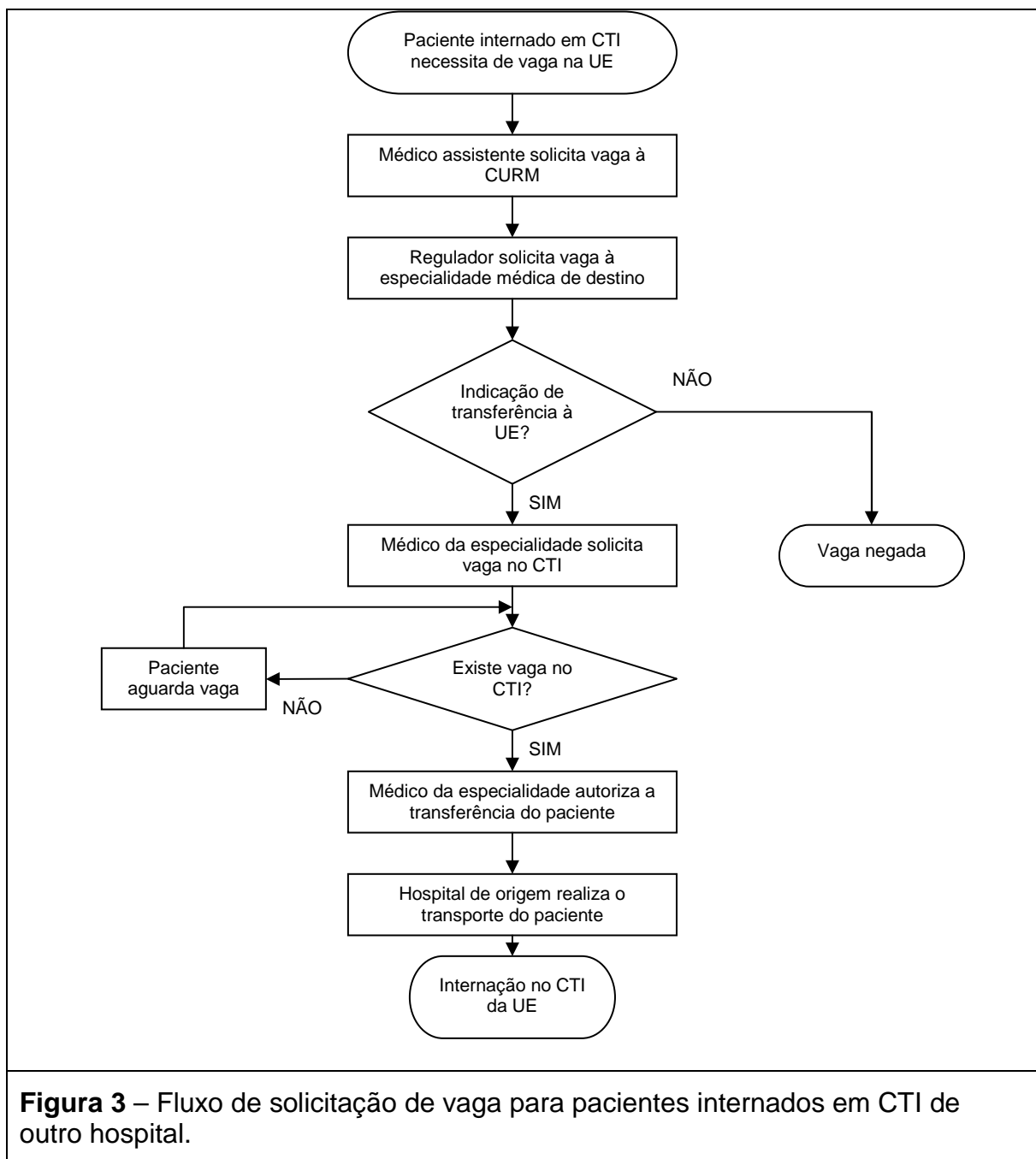
3.1.5 Pacientes internados em centro de terapia intensiva (CTI)

Os pacientes internados em CTI de outras unidades hospitalares podem necessitar de intervenções terciárias especializadas, indisponíveis no hospital de origem. Estes pacientes não devem ser admitidos em leitos da sala de urgência, mas diretamente em leito de terapia intensiva (CTI ou UCO).

Cabe ao plantonista da especialidade responsável pelo procedimento diagnóstico ou terapêutico solicitado, encaminhar pedido de vaga ao CTI ou à UCO, e contatar a regulação médica no momento do surgimento da vaga de terapia intensiva. No momento da alta do CTI, o paciente deve ser internado sob cuidado do serviço que aceitou o caso.

A única exceção é o paciente que vem realizar um procedimento específico e retorna, imediatamente, ao CTI de origem. Neste caso não é necessária a disponibilidade de vaga de terapia intensiva na UE.

A responsabilidade sobre o transporte deste paciente é da equipe do hospital solicitante. A figura 3 estabelece o fluxo assistencial para este tipo de paciente.



3.2 Definição de Mecanismo de “Vaga Zero” para encaminhamento compulsório de pacientes à U.E.

O dispositivo denominado “vaga zero” está previsto na Portaria Ministerial 2048 de novembro de 2002, tendo o objetivo de *“garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes”*.

Este mecanismo deve ser utilizado na situação estado crítico, com risco iminente de morte ou dano permanente, diante da ausência manifesta de leitos por parte dos prestadores conveniados.

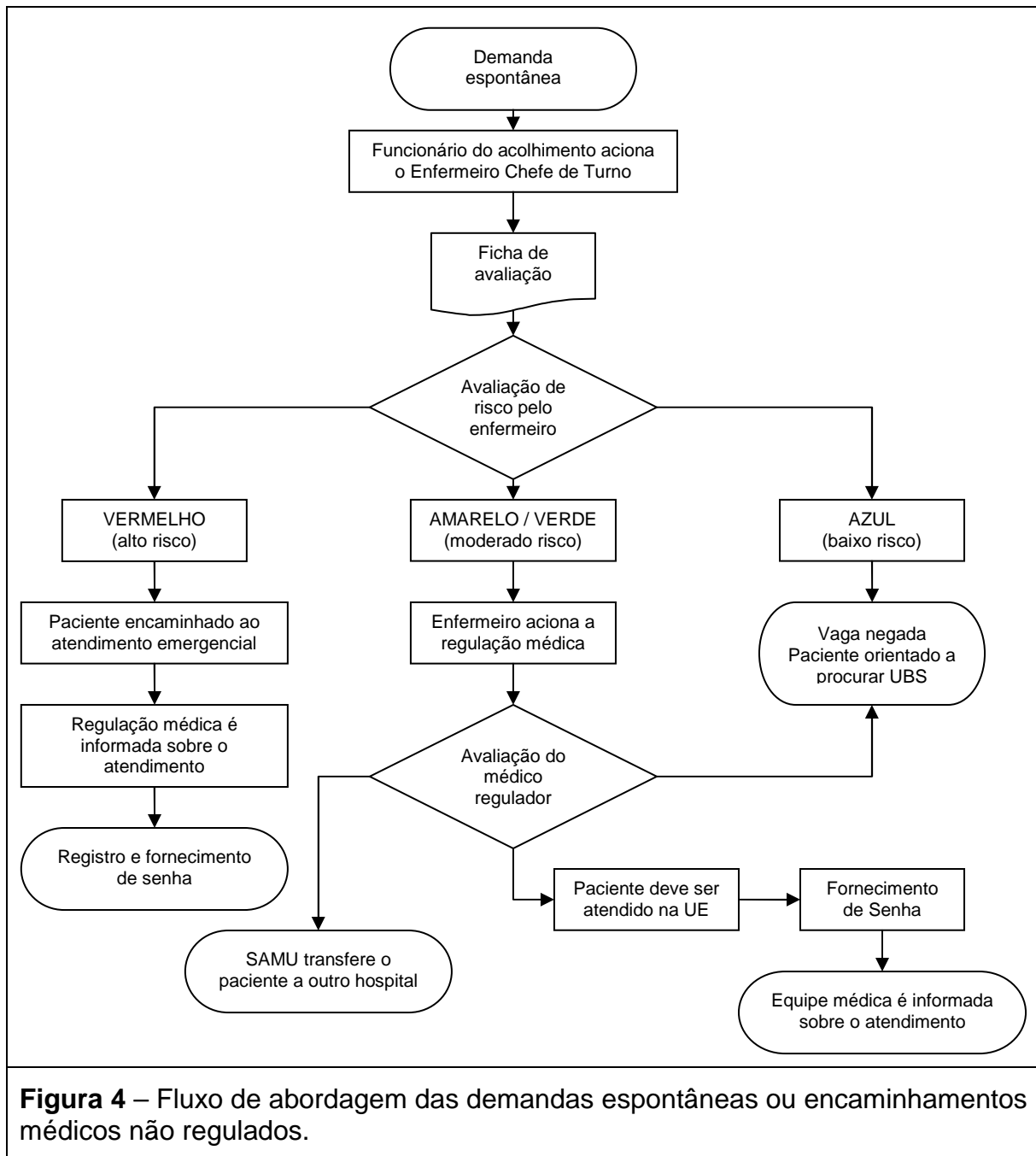
O médico regulador é reconhecido formalmente como autoridade pública na área da saúde, com suas prerrogativas e deveres estabelecidos por leis, portarias e regulamentos vigentes. No caso da necessidade de utilização do dispositivo de “Vaga Zero”, cabe aos hospitais conveniados ao SUS colaborar para que os pacientes sejam atendidos da melhor forma possível, mesmo diante da indisponibilidade de recursos. É importante que todo processo de encaminhamento e atendimento, seja documentado em prontuário médico de forma clara e minuciosa.

Entretanto, a utilização inadequada do dispositivo de “vaga zero” implica na prática da imprudência, ou seja, caracteriza-se como infração ética grave, devendo ser denunciada e investigada. No caso de impropriedade na utilização deste dispositivo, o plantonista da Unidade de Emergência deve preencher o *“Formulário para documentação de eventos relativos à regulação médica”*, disponível na intranet (anexo 4).

3.3 Procedimento no caso de demanda espontânea ou encaminhamento médico sem regulação

Todos os pacientes que necessitam de atendimento na UE devem ser direcionados via CURM, inclusive aqueles em atendimento no HC Campus, Hospital Estadual e CSE da Cuiabá. O paciente que procura a UE, ou é

encaminhado sem regulação médica, deverá seguir o seguinte fluxo operacional.



4 Normas de utilização dos leitos especiais

Os leitos especiais da Sala de Urgência destinam-se ao atendimento dos pacientes internados neste espaço. É vedada a transferência de pacientes das

enfermarias, sala de recuperação anestésica ou unidades fechadas para a Sala de Urgência.

4.1 Sala de estabilização clínica

A sala de estabilização clínica destina-se à recepção de pacientes não traumatológicos, que apresentam instabilidade de sistema vital. Estes leitos não são credenciados como leitos de terapia intensiva, devendo a permanência dos pacientes não ultrapassar 24 horas.

O controle das vagas desta sala é responsabilidade do médico assistente de plantão na Clínica Médica. Assim, este profissional deve autorizar a ocupação o leito por pacientes das diversas clínicas. Não é função deste profissional o cuidado médico dos pacientes das outras clínicas.

4.2 Sala de trauma

A sala de trauma tem a missão de admitir as vítimas de traumas graves de toda DRS XIII. Devido ao caráter imprevisível da demanda de sinistros, este espaço foi projetado para manter baixa taxa de ocupação e grande giro leito.

O controle destas vagas é de responsabilidade do Médico Supervisor da Sala de Trauma, que pode autorizar ou não a ocupação do espaço seguindo as normativas descritas no item 3.1.2.

Este espaço também pode ser utilizado para o atendimento inicial de traumas menos complexos, onde o paciente não preenche critérios de acionamento da equipe de trauma. Entretanto, a permanência dos pacientes com este perfil não deve ultrapassar 4 horas.

Excepcionalmente, o Supervisor da Sala de Trauma pode autorizar a ocupação deste espaço por pacientes clínicos, desde que seguidas as seguintes normas:

- A ocupação por pacientes clínicos deve limitar-se a dois leitos no máximo;
- Somente podem ocupar estas vagas os pacientes enviados pela regulação médica em mecanismo de vaga zero, ou aqueles que apresentarem instabilidade súbita na sala de urgência;
- A permanência de pacientes clínicos na sala de trauma deve ter duração inferior a 24 horas. Após este período o médico

supervisor da sala de trauma deve entrar em contato com a clínica responsável pelo paciente e solicitar a retirada do mesmo;

- O paciente clínico internado na sala de trauma deve ser transferido para a sala de estabilização clínica, na primeira vaga disponível.

4.3 Isolamento respiratório

A unidade de isolamento respiratório da sala de urgência destina-se exclusivamente à acomodação de pacientes com diagnóstico, ou forte suspeita clínica, de doenças de transmissão aérea.

O paciente que durante o processo de regulação médica for identificado como alvo para o isolamento respiratório deve ser admitido diretamente nesta unidade. A permanência deste paciente nas áreas de circulação do hospital deve ser reduzida ao menor tempo possível, e sempre mantendo a utilização de máscara cirúrgica.

A duração do isolamento respiratório varia de acordo com a suspeita diagnóstica. Abaixo estão listadas as principais doenças transmitidas por via aérea. É importante reforçar a obrigatoriedade da utilização de máscara N95 pelos profissionais envolvidos no atendimento, quando se tratar de doença de transmissão por aerossóis.

Transmissão por gotículas	Tempo de isolamento*
Caxumba	9 dias
Coqueluche	5 dias
Difteria	Até 2 culturas negativas
Gripe	7 dias
<i>Haemophilus influenzae</i>	24 horas
Meningococo	24 horas
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Duração dos sintomas
Parvovirus B19 (eritema infeccioso)	7 dias
Rubéola	7 dias após o surgimento do rash
Transmissão por aerossóis	Tempo de isolamento*
Varicela ou herpes zoster	Duração dos sintomas
Sarampo	4 dias após o surgimento do rash
Tuberculose pulmonar	Até 3 baciloscopias negativas

*O tempo sugerido de isolamento não se aplica aos pacientes imunossuprimidos.

Fonte: CDC – 2007 Guideline for isolation precautions.

4.4 Consultórios de ginecologia:

Estes dois consultórios destinam-se exclusivamente ao atendimento inicial de mulheres encaminhadas para avaliação ginecológica ou pacientes, independente do gênero, vítimas de abuso sexual. No caso de vítimas do gênero masculino, o atendimento inicial cabe à Clínica Médica e o exame proctológico deverá ser realizado pela Cirurgia de Urgência. O protocolo de atendimento de vítimas de abuso sexual está disponível na intranet.

http://143.107.201.230/intranet/download/Protocolo_GO_UE1_11082009150145.doc

5 Egressão dos pacientes da Sala de Urgência

5.1 Centro de Terapia intensiva

5.1.1 Solicitação de vagas:

Toda solicitação deve ser realizada através do formulário eletrônico disponível no “Sistemas HC”. Não serão aceitos formulários incompletos.

5.1.2 Priorização dos casos:

A seqüência de admissão no CTI será determinada pelos seguintes critérios:

- a. Gravidade e prognóstico: os pacientes serão avaliados, diariamente, pelo plantonista do CTI e será determinada a indicação de cuidado intensivo, bem como o nível de prioridade:
 - i. **Prioridade 1:** pacientes gravemente doentes, que necessitam de tratamento que não pode ser oferecido fora do CTI. São pacientes cujo investimento é ilimitado, visto que não apresentam morbidades prévias e a doença atual tem bom prognóstico;
 - ii. **Prioridade 2:** pacientes que necessitam de monitorização contínua e possível intervenção imediata. Apesar de poderem apresentar morbidades prévias, não há limitação de

investimento, visto que a intercorrência aguda tem bom prognóstico;

- iii. **Prioridade 3:** são pacientes gravemente enfermos, mas com reduzida possibilidade de recuperação, devido à doença de base ou a característica do evento agudo. Normalmente são estabelecidos limites aos esforços terapêuticos;
 - iv. **Prioridade 4:** são pacientes com baixo benefício de internação em CTI.
 - Portadores de condições irreversíveis e com final de vida iminente. Casos onde deve ser considerada a instituição de cuidados paliativos;
 - Pacientes sem instabilidade clínica, ou seja, casos onde o tratamento adequado pode ser fornecido em leito de internação comum.
- b. Local de internação dos pacientes: caso mais de um paciente tenha o mesmo nível de prioridade, a posição na fila será definida pelo local de internação, de acordo com a seguinte seqüência:
- i. Sala de recuperação anestésica;
 - ii. Sala de estabilização clínica e politrauma;
 - iii. Demais locais.
- c. Tempo da solicitação da vaga: caso permaneçam dois ou mais pacientes com características semelhantes, o tempo da solicitação da vaga será o critério de decisão.

5.1.3 Seguimento dos casos:

As clínicas se comprometem a avaliar, diariamente e sempre que acionadas, os pacientes internados no CTI, fazendo as sugestões pertinentes à condução do caso.

5.1.4 Alta do CTI:

Com o objetivo de aumentar a rotatividade do CTI, e por conseqüência a disponibilidades de vagas para a Sala de Urgência, define-se o seguinte fluxo de alta do CTI:

- O paciente de alta do CTI poderá ser direcionado a qualquer leito adulto disponível no hospital, independente da clínica responsável, com exceção dos leitos especializados, como psiquiatria, isolamento, queimados, coronária e semi-intensivo;
- Preferencialmente, serão utilizadas as vagas disponíveis na clínica responsável pela internação. Caso isso não seja possível, será encaminhado a um leito de outra equipe em sistema de rodízio;
- O plantonista do CTI deve comunicar o responsável pela clínica que cuidará do paciente;
- A clínica de origem do paciente se compromete a devolver o leito na ocorrência da primeira alta hospitalar, não excedendo o prazo máximo de 48 horas.

5.2 Unidade Coronariana

O fluxo de pacientes da Unidade Coronariana da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP segue as mesmas regras descritas acima para o Centro de Terapia Intensiva, entretanto são candidatos a admissão nesta área apenas os portadores das seguintes afecções:

- 1- Angina instável e IAM sem supradesnivelamento do segmento ST;
- 2- IAM com supradesnivelamento do segmento ST;
- 3- Edema agudo de pulmão;
- 4- Dissecção de aorta Stanford B;
- 5- Bradíarritmias necessitando monitorização contínua ou implante de marca-passo;
- 6- Taquiarritmias que necessitem de monitorização ou intervenções para reversão do ritmo;
- 7- Marcapasso definitivo e cardioversor-desfibrilador implantável com sinais de disfunção;

- 8- Tromboembolismo pulmonar com instabilidade hemodinâmica ou para avaliação de trombólise.
- 9- Tratamento de complicações relacionadas a cateterismo cardíaco e angioplastia;
- 10- Pericardiopatias com sinais de restrição ao enchimento ventricular;
- 11- Morte súbita revertida desde que haja suspeita das afecções anteriores.

5.3 Terapia semi-intensiva

5.3.1 Critérios de utilização de leitos na Unidade Semi-Intensiva da Clínica Médica:

5.3.1.1 Missão da Unidade Semi-Intensiva da Clínica Médica

Esta Unidade destina-se ao cuidado de pacientes moderadamente graves ou em risco iminente de instabilidade. São exemplos de situações onde está indicada a admissão de pacientes para cuidado semi-intensivo:

- Egressos do CTI com a condição crítica resolvida;
- Síndrome coronariana aguda hemodinamicamente estável;
- Arritmia cardíaca hemodinamicamente estável, mesmo em uso de marca-passo provisório;
- Insuficiência cardíaca perfil hemodinâmico B;
- Urgência hipertensiva, sem evidência de lesão de órgão alvo;
- Insuficiência respiratória corrigida com ventilação mecânica não invasiva;
- Necessidade de desmame ventilatório em pacientes hemodinamicamente estáveis e com doença pulmonar em resolução;
- Intoxicações exógenas com estabilidade hemodinâmica e ventilatória;
- Sangramento digestivo com hipotensão responsiva a volume;
- Cetoacidose diabética em estágios iniciais de compensação;
- Tratamento precoce da sepse, na ausência de choque séptico;
- Insuficiência renal aguda;

- Pacientes hipersecretores que necessitam de fisioterapia respiratória intensiva;
- Qualquer paciente que necessite de cuidados de enfermagem intensivos, como balanço hídrico rigoroso, curativos freqüentes, aspiração de vias aéreas, controle metabólico intensivo, infusão complexa de drogas;

5.3.1.2 Regras para a admissão de pacientes

- Esta Unidade é destinada, exclusivamente, aos pacientes da Clínica Médica da Unidade de Emergência. O empréstimo de leitos em situações especiais deve ser autorizado por médico assistente ou docente da Clínica Médica;
- Pacientes candidatos ao cuidado paliativo devem ser direcionados a enfermaria comum, independente do nível de gravidade;
- No caso da indisponibilidade de leitos de terapia intensiva, os pacientes criticamente enfermos poderão receber o cuidado inicial nesta unidade, enquanto aguardam vaga no CTI ou na UCO. É importante enfatizar que este tipo de ocupação deve ser excepcional, visto que a Unidade Semi-Intensiva não é credenciada como Centro de Terapia Intensiva e nem possui os mesmos recursos terapêuticos.

5.3.2 Critérios de utilização de leitos na Unidade Semi-Intensiva da Neurologia:

5.3.2.1 Missão da Unidade Semi-Intensiva da Neurologia

Esta Unidade destina-se a pacientes graves ou em risco iminente de instabilidade.

Perfil dos pacientes a serem admitidos na unidade semi-intensiva da neurologia:

- Hipertensão intracraniana;
- Coma;
- Insuficiência cardiovascular;
- Insuficiência respiratória;

- Desmame ventilatório;
- Sepsis;
- Hemorragia subaracnóidea;
- Lesão cerebelar hemorrágica ou isquêmica com efeito de massa;
- AVC em progressão;
- Meningoencefalites;
- Status epilepticus;
- Síndrome de Guillian-Barrè em progressão;
- Miastenia gravis descompensada;
- Manipulação de vasos cerebrais (radiologia intervencionista);
- Pacientes submetidos a tratamento neurológico agressivo, como trombólise, imunossupressão, plasmaferese;
- TCE com Glasgow abaixo de 12.

5.3.2.2 Regras para a admissão de pacientes

- Esta Unidade destina-se exclusivamente para a internação de pacientes da Neurologia e Neurocirurgia. O empréstimo de leitos deve ser feito somente com autorização do médico assistente ou docente responsável pelo plantão.
- Pacientes candidatos ao cuidado paliativo não devem ser admitidos nesta unidade, independente do nível de gravidade, devendo ser encaminhados à enfermaria;
- As vagas estabelecidas para neurocirurgia e neurologia são intercambiáveis, dependendo da necessidade de cada clínica naquele momento.

5.3.3 Critérios de utilização de leitos na Unidade Semi-Intensiva Cirúrgica:

Estes leitos podem ser ocupados por pacientes de quaisquer especialidades cirúrgicas (cirurgia de urgência, ortopedia, CCP e GO), devendo obedecer aos critérios de indicação definidos por cada serviço.

5.4 Cuidado Paliativo

A Organização Mundial de Saúde define cuidado paliativo como uma abordagem terapêutica que visa melhorar a qualidade de vida de um paciente sem possibilidade de cura, ou apoio à sua família. São objetivos do cuidado paliativo:

- Tratar a dor e os outros sintomas angustiantes;
- Dar apoio social, psicológico e espiritual ao paciente e a família durante o processo de adoecer e morrer;
- Influenciar positivamente o curso da doença, melhorando a qualidade de vida do paciente.

Os pacientes admitidos na Sala de Urgências com perfil de cuidado paliativo devem ser prioritariamente transferidos à enfermaria. Também deve ser acionada a equipe do acolhimento para que a abordagem multidisciplinar seja instituída já no início da internação.

Para auxiliar o médico na estratégia de controle dos sintomas, está disponível na sala de prescrição da Sala de Urgência o manual do INCA. Este documento também pode ser consultado na internet através do endereço eletrônico

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_cuidados_oncologicos.pdf

5.5 Transferência para o HC Campus:

A Unidade de Emergência é um hospital focado no atendimento de urgências e emergências. Os pacientes que evoluírem com estabilidade clínica, porém necessitarem permanecer internados por motivo de cuidado médico especializado ou procedimento de alta complexidade, devem ser transferidos para o HC Campus.

Deve ser enviado à especialidade destino, um pedido de interconsulta em formulário padrão do HC. É importante que o médico responsável pelo caso mantenha contato diário com a especialidade, obtendo a previsão da vaga, além de orientação para a condução do caso. Cópia da solicitação de

interconsulta, bem como as orientações da especialidade devem ser minuciosamente documentadas no prontuário médico.

5.6 Transferência para o Hospital Estadual:

O Hospital Estadual de Ribeirão Preto é uma unidade hospitalar de complexidade secundária. Assim, o perfil de pacientes candidatos à transferência para este hospital deve ser respeitado:


Pacientes clínicos: pacientes com estabilidade clínica, que necessitam de uma breve internação para finalização de terapia. Está contra-indicada a transferência de enfermos que necessitem de avaliação especializada ou propedêutica de alta complexidade. O anexo 5 mostra detalhes deste perfil de pacientes.

Pacientes ortopédicos: portadores de fraturas fechadas de clavícula, diáfise de úmero, diáfise de antebraço, punho, ossos do carpo, metacarpianos, falanges, patela, maléolo medial ou lateral, ossos do tarso, metatarsianos e lesões tendíneas.

5.7 Alta hospitalar problema:

A identificação precoce dos pacientes com provável dificuldade de desospitalização é fundamental para a atuação multidisciplinar. O serviço social deve ser acionado para avaliar as condições familiares, e se necessário, buscar as instituições de apoio adequadas.

Anexo 1 – Relatório de vagas da Unidade de Emergência:

		HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO DE RIBEIRÃO PRETO		UNIDADE DE EMERGENCIA		
assistência - ensino - pesquisa		Informativo de vacância de leitos e Macas.			Data de Impressão: 15/05/2009 08:23:25	
Sigla	Enfermaria/Unidade	Leitos	Apoio	Ocupadas	Disponíveis	Excedentes
BOX	ATENDIMENTO CLÍNICO	0	14	13	1	0
ISR	ISOLAMENTO RESPIRATORIO ADULTO	0	1	1	0	0
EST	ESTABILIZAÇÃO CLÍNICA	0	5	5	0	0
TRA	URGÊNCIAS TRAUMÁTICAS	0	5	3	2	0
PED	ATENDIMENTO PEDIÁTRICO UE	0	10	3	7	0
ESTP	ESTABILIZAÇÃO PEDIÁTRICA	0	2	0	2	0
GIN	ATENDIMENTO - GINECOLOGIA	0	1	2	0	1
ORT	ATENDIMENTO DE ORTOPEdia DA UE	0	2	2	0	0
ECCE	CLINICA CIRURGICA DA UE	13	0	11	2	0
ECGE	CLINICA GINECOLOGICA DA UE	5	0	5	0	0
ECME	CLINICA MEDICA DA UE	16	0	16	0	0
CCP	CIRURGIA DE CABECA E PESCOCO UE	3	0	2	1	0
BORE	ORTOPEdia DA UE	10	0	10	0	0
EMIE	MOLESTIA INFECCIOSA INFANTIL	8	0	6	2	0
EUEI	UNIDADE DE EMERGENCIA INFANTIL	24	0	17	7	0
ECNE	CLINICA NEUROLOGICA DA UE	9	0	9	0	0
ENCE	NEUROCIRURGIA DA UE	6	0	6	0	0
EQUE	QUEIMADOS DA UE	10	0	9	1	0
EPQE	PSIQUIATRIA DA UE	6	0	5	1	0
REC	RECUPERACAO	0	7	5	2	0
ECTIE	CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA DA UE	17	0	16	1	0
ECTPE	CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA INF. DA UE	8	0	3	5	0
EIS02	ISOLAMENTO ADULTO NEURO CLINICA	6	0	6	0	0
EIS03	ISOLAMENTO ADULTO CIRURGICA	4	0	4	0	0
EUS02	SEMI INTENSIVA ADULTO NEUROCLINICA	7	0	7	0	0
EUS03	SEMI INTENSIVA ADULTO CIRURGICA	3	0	3	0	0
RAD	RADIO DIAGNOSTICO	0	1	0	1	0
Total ->		155	48	169	35	1

Anexo 2 – Relação das especialidades médicas e as hipóteses diagnósticas mais frequentes:

QUEIXAS	CLÍNICA	OBSERVAÇÃO
Abscessos cerebrais	Neurocirurgia	Normalmente são atendidas primeiramente pela neurologia mas podem ser encaminhados diretamente à Neurocirurgia
Abdômen agudo	Cirurgia de urgência	Vascular, inflamatório, obstrutivos, hemorrágicos.
Abdômen agudo	G.O	Cisto ovariano hemorrágico, torção de cisto ovariano, gravidez ectópica.
Abscessos	Cirurgia de urgência	Renais, hepáticas, esplênicos, mediastine, intra-abdominais.
Abscessos de partes moles em membros	Ortopedia	Exceto pé diabético que deverá ser admitido pela cirurgia de urgência
Acidente com animais peçonhentos	Clínica Médica	
Anafilaxia	Clínica Médica	
Anemia falciforme	Clínica Médica	Apenas pacientes em crise de falcização ou infecção
Anemia hemolítica	Clínica Médica	
Aneurismas cerebrais	Neurocirurgia	Normalmente são atendidas primeiramente pela neurologia mas podem ser encaminhados diretamente à Neurocirurgia
Aneurismas de aorta abdominal	Cirurgia de urgência	Ruptura ou dissecação
Arritmia cardíaca	Clínica Médica	
Artrite séptica	Ortopedia	
AVC	Neurologia	AVCI, AVCH, trombose venosa cerebral
Baixa de visão súbita	Oftalmologia	
Broncoespasmo grave	Clínica Médica	
Cálculos renais	Cirurgia de urgência	Apenas nas situações de obstrução com repercussão na função renal, infecção ou hematúria grave com obstrução de sonda vesical.
Cefaléia	Neurologia	Exceto quando suspeita de meningite que deverá entrar pela clínica médica
Celulite / Erisipela	Clínica Médica	Exceto fascíte necrotizante que deverá entrar pela clínica cirúrgica
Cetoacidose diabética ou Estado hiperosmolar hiperglicêmico	Clínica Médica	
Choque séptico	Clínica Médica	Exceto quando existir foco cirúrgico para sepse devendo entrar pela cirurgia
Cirrose hepática	Clínica Médica	Apenas pacientes com complicações agudas, como encefalopatia, hemorragia digestiva ou infecção.
Coma a esclarecer	Neurologia	
Complicações pós-operatórias de cirurgia ginecológica	G.O	Abdome agudo, abscesso, deiscência de sutura, sangramento, seroma, sub-oclusão intestinal. Somente casos operados no HC e no Centro de Referência Estadual à da Saúde da Mulher. Casos de outros serviços somente com autorização do Médico plantonista responsável e com consentimento da equipe da Cirurgia de Urgência da U.E.
Contusões cerebrais	Neurocirurgia	Normalmente são atendidas pela Sala de trauma e a neurologia como TCE, mas podem ser encaminhados diretamente à Neurocirurgia.
Corpo estranho corneano	Oftalmologia	
Crise convulsiva	Neurologia	Exceto paciente HIV positivo que deverá entrar pela clínica médica

Delírios e/ou Alucinações e/ou Comportamento Desorganizado e/ou Pensamento Desorganizado	PQU	Se causados por condição médica geral e/ou neurológica, encaminhar para clínica específica.
Dengue – forma grave	Clínica Médica	Apenas pacientes com sinais de alerta
Derrame pleural	Clínica Médica	
Diarréia aguda	Clínica Médica	Apenas os casos com comprometimento sistêmico
Discrasia sanguínea	Clínica Médica	Exceto quando secundário a anticoagulação acompanhada por outra clínica.
Disfunção de marcapasso ou CDI	Clínica Médica	
Dissecção Aguda de Aorta Abdominal	Cirurgia de urgência	
Dissecção Aguda de Aorta Torácica	Clínica Médica	
Distúrbio hidroeletrolítico	Clínica Médica	
Doença neuromuscular	Neurologia	Somente se necessitar de suporte de urgência e emergência de complexidade terciária
Dor abdominal	Cirurgia de urgência	
DPOC exacerbado	Clínica Médica	
Edema Agudo de Pulmão	Clínica Médica	
Empiema eoutras lesões pleurais complicadas	Cirurgia de urgência	
Encefalopatia hepática	Clínica Médica	
Endocardite infecciosa	Clínica Médica	
Endoftalmites	Oftalmologia	Se não houver história de trauma ocular prévio, cirurgia ocular prévia ou lesão ocular prévia, pode-se tratar de endoftalmite endógena, devendo-se encaminhar para a Clínica Médica
Escara Infectada	Cirurgia de urgência	Problema de resolução secundária. Não deve ser encaminhado à U.E.
Estado confusional agudo (delirium)	Clínica Médica	
Farmacodermia	Clínica Médica	
Glaucoma agudo	Oftalmologia	Baixa de visão +dor importante +vômitos + pupila paralítica em midríase + hiperemia conjuntival
Glomerulonefrites	Clínica Médica	
Hanseníase - complicações	Clínica Médica	
Hantavirose	Clínica Médica	
Hematoma extradural agudo	Neurocirurgia	Normalmente são atendidas primeiramente pela Sala de trauma e a neurologia como TCE, mas podem ser encaminhados diretamente à Neurocirurgia.
Hematoma intracerebral hipertensivo	Neurocirurgia	Normalmente são atendidas primeiramente pela neurologia, mas podem ser encaminhados diretamente à Neurocirurgia.
Hematoma intracerebral traumático	Neurocirurgia	Normalmente são atendidas primeiramente pela Sala de trauma e a neurologia como TCE, mas podem ser encaminhados diretamente à Neurocirurgia.
Hematoma subdural agudo	Neurocirurgia	Normalmente são atendidas primeiramente pela Sala de trauma e a neurologia como TCE, mas podem ser encaminhados diretamente à

		Neurocirurgia.
Hematoma subdural crônico	Neurocirurgia	Normalmente são atendidas primeiramente pela neurologia, mas podem ser encaminhados diretamente à Neurocirurgia.
Hemofilia	Clínica Médica	Sangramento ativo, hematomas, hemartrose.
Hemoptíase	Clínica Médica	Apenas os casos com dispnéia associada
Hemorragia digestiva (alta ou baixa)	Cirurgia de urgência	Exceto cirróticos que deverão ser admitidos pela Clínica Médica ou em uso de anticoagulantes que deverão entrar pela clínica que acompanha anticoagulação.
Hemorragia sub-aracnoidea espontânea	Neurocirurgia	
Hepatite Aguda	Clínica Médica	
Hérnia de disco	Neurocirurgia	Com quadro de dor intensa e rebelde e/ou déficit neurológico, mas podem ser encaminhados diretamente à Neurocirurgia.
Heteroagressividade	PQU	Se causados por condição médica geral e/ou neurológica, encaminhar para clínica específica.
Hipertensão Intracraniana	Neurologia	
Hidrocefalia	Neurocirurgia	Pacientes com quadro de hipertensão intracraniana e/ou com comprometimento do nível de consciência.
Icterícia obstrutiva com colangite.	Cirurgia de urgência	
Ideação Suicida e/ou Tentativa de Suicídio	PQU	Se intoxicação e/ou lesão devido à tentativa, encaminhar para clínica específica
Aborto infectado	G.O	
Abscesso de glândula de Bartholin	G.O	
Abscesso tubo-ovariano	G.O	
Doença inflamatória pélvica	G.O	
Endometrite puerperal	G.O	
Mastite puerperal com abscesso	G.O	
Infecção em imunodeprimido	Clínica Médica	Exceto quando seguir por neoplasia com outra clínica devendo ser atendido pela clínica de origem
Infecção Urinária	Clínica Médica	
Infecções da calota craniana (osteomielites)	Neurocirurgia	
Infecções da coluna vertebral (discites, espondilodiscites e ostomielites)	Neurocirurgia	
Ingestão de cáustico	CCP	
Insuficiência Adrenal	Clínica Médica	
Insuficiência Cardíaca	Clínica Médica	
Insuficiência Renal	Clínica Médica	Exceto pacientes portadores de patologia pós-renal, que deverão ser admitidos pela Cirurgia de Urgência
Insuficiência Respiratória	Clínica Médica	Exceto quadros secundários a doenças crônicas neurológicas ou musculares.
Intoxicações Exógenas	Clínica Médica	
Irritação ocular	Oftalmologia	Orientar lavar bastante com SF0,9%. Se não melhorar em 5 dias encaminhar à UE
Laceração palpebral	Oftalmologia	

Leptospirose	Clínica Médica	
Lesões de partes moles com necessidade de intervenção cirúrgica	Cirurgia de urgência	Síndrome de Fournier, fascíte necrotizante, trombose hemorroidária, gangrena gasosa de extremidades.
Leucemia ou linfoma	Clínica Médica	Pacientes com complicações agudas.
Linfoadenomegalia	Clínica Médica	
Lupus Eritematoso Sistêmico	Clínica Médica	Pacientes com complicações agudas.
Malária	Clínica Médica	
Meningite	Clínica Médica	Exceto em pacientes com DVP ou pos operatório de neurocirurgia
Encefalite	Neurologia	Com alteração da consciência
Neoplasias	Todas as clínicas	O paciente portador de complicação de neoplasia ou do tratamento quimioterápico deve ser admitido pela clínica que faz o seu seguimento.
Neutropenia febril	Clínica Médica	Exceto quando seguir por neoplasia com outra clínica devendo ser atendido pela clínica de origem
Obstrução arterial aguda	Cirurgia de urgência	Embolias de extremidades / trombose.
Pancitopenia	Clínica Médica	
Pancreatite aguda	Cirurgia de urgência	
Abortamento retido	G.O	
Feto morto	G.O	
Ovo anembrionado	G.O	
Pé diabético	Cirurgia de urgência	Problema de resolução secundária. Não deve ser encaminhado à U.E.
Perfuração ocular	Oftalmologia	
Pericardite / Miocardite	Clínica Médica	
Pielonefrites	Clínica Médica	
Pneumonia	Clínica Médica	Exceto quando seguir por neoplasia com outra clínica devendo ser atendido pela clínica de origem
Pneumotórax espontâneo	Cirurgia de urgência	
Profilaxia de Raiva	Clínica Médica	
Psoite	Ortopedia	
Púrpuras	Clínica Médica	
Rebaixamento da consciência / síncope	Clínica Médica	Exceto paciente com déficit neurológico focal e crise convulsiva que deverão entrar pela neurologia.
Sangramento genital	G.O	
Aids e doenças oportunistas	Clínica Médica	
Sífilis secundária ou terciária	Clínica Médica	
Síndrome colestática	Clínica Médica	Exceto pacientes com obstrução de vias biliares extra-hepática que deverão entrar pela cirurgia.
Síndrome coronariana aguda	Clínica Médica	
Síndrome de abstinência	Psiquiatria	
Síndrome do olho vermelho	Oftalmologia	Só se associada a baixa de visão, dor ocular importante (sugerindo glaucoma agudo ou uveíte), ou lesão visível em córnea

Status epilepticus	Neurologia	
TCE	Neurologia	Somente se necessitar de suporte de urgência e emergência de complexidade terciária
Tétano	Clínica Médica	
Tireoidopatias	Clínica Médica	
Trauma ocular	Oftalmologia	Excluir politraumas, com seqüela Neurológica ou que necessite de outro atendimento clínico ou cirúrgico concomitante. Nesses casos devem entrar pela clínica respectiva que pedirá uma avaliação do oftalmologia.
Tromboembolismo pulmonar	Clínica Médica	Exceto se complicação de pós-operatório imediato ou paciente oncológico seguido em outra clínica.
Trombose venosa profunda	Cirurgia de urgência	
Tuberculose	Clínica Médica	Apenas se insuficiência respiratória ou complicação do tratamento.
Tumores cerebrais	Neurocirurgia	Pacientes com quadro de hipertensão intracraniana, com comprometimento do nível de consciência, ou com déficit neurológico (hemiparesia ou hemiplegia)
Tumores da coluna vertebral ou medula espinhal	Neurocirurgia	Pacientes com compressão do canal vertebral e consequente déficit neurológico (paraparesia ou paraplegia)
Uso Nocivo/ Síndrome Dependência (Álcool e outras Subst. Psicoat.)	PQU	Se condição médica geral e/ou neurológica comórbida prioritária, encaminhar para clínica específica.
Violência Sexual	G.O	

Anexo 3 – Atribuições do médico supervisor da sala de trauma:

A finalidade da presença do Supervisor na ST é de tornar possível a aplicação plena do protocolo de atendimento ATLS, já adotado pelo DCA e pelo HCRP há 10 anos (janeiro de 1994). Desde esta época o HC tornou um dos principais núcleos do ATLS nacionais, contabilizando, atualmente 100 cursos realizados.

Responsabilidades do Médico Assistente

- 1- Será o contato da U.E para com o Sistema Pré-hospitalar, sendo, portanto, a referência para acionamento da equipe da Sala de Trauma. Para tanto existe obrigatoriamente, a necessidade de que o médico esteja continuamente ciente da capacidade de atendimento das diversas especialidade envolvidas com o atendimento ao trauma (cirurgia geral, neurocirurgia, neurologia, ortopedia e cirurgia de cabeça e pescoço), bem como das condições dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (radiologia, terapia intensiva, bloco cirúrgico, etc.).
- 2- Será o responsável pela condução de todos os casos de trauma, no seu **Atendimento Inicial**, sendo o orientador das equipes de residentes e alunos, identificando a gravidade e distribuindo, ordenada e de acordo com a capacitação da equipe, a realização dos procedimentos necessários, assumindo a situação quando a complexidade assim o exigir.
- 3- Será o responsável pelo acionamento das diversas especialidades envolvidas com o trauma, seguindo o protocolo do **ATLS**, sempre o mais precocemente possível, inclusive informando previamente a chegada de casos com estabilização e diagnóstico já definidos.
- 4- Deverá zelar pelo bom relacionamento com as disciplinas especializadas, mantendo a execução de protocolos desenvolvidos em conjunto, lembrando que o compromisso da **Sala de Trauma é com a recepção e estabilização do paciente** gravemente traumatizado. Continuando, como sempre, o tratamento definitivo das lesões de responsabilidades.
- 5- Será responsável pela administração dos espaços de atendimento na Sala de Trauma, providenciando as transferências dos casos para os leitos das enfermarias e/ou altas quando não houver necessidade da continuidade do tratamento por especialistas. Mantendo sempre o objetivo de resguardar o espaço da Sala de Trauma para a chegada de casos novos e graves.

- 6- Será responsável pela garantia da qualidade do preenchimento da documentação relacionada ao atendimento inicial do paciente.
- 7- Será responsável pelo desenvolvimento de educação continuada no ambiente de trabalho, para todos os membros da equipe, seguindo o programa a ser elaborado pelos docentes supervisores do setor.
- 8- Não será permitido que o médico se envolva no seu horário de plantão, com o tratamento definitivo dos pacientes, mesmo quando relativos à sua especialidade de origem, salvo em situações de catástrofes, para não permitir a falta de cobertura a novos casos.

Visando a manutenção do objeto original de compromisso com o atendimento integral ao traumatizado serão utilizados na definição das escalas de plantão os seguintes critérios de seleção:

- 1º Docentes FAEPA ou médicos assistentes do HCRP instrutores do ATLS
- 2º Docentes FAEPA ou médicos assistentes do HCRP das especialidades de cirurgia, neurocirurgia, ortopedia ou neurologia aprovados no curso ATLS para alunos.
- 3º Docentes FAEPA ou médicos assistentes HCRP de outras especialidades aprovados no curso ATLS para alunos.

Ribeirão Preto, dezembro de 2003.

Prof. Dr. Sandro Scarpelini
Docente da Disciplina de Cirurgia de Urgência
Departamento de Cirurgia e Anatomia

***Anexo 4 – Formulário de notificação de problema com a
regulação médica:***

Anexo 5



Ribeirão Preto, 14 de Julho de 2009

ROTEIRO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES DO HCFMRP (CAMPUS OU UNIDADE DE EMERGÊNCIA) PARA INTERNAÇÃO NO HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO (HERP)

O encaminhamento de pacientes do HCFMRP-USP (Campus, Unidade de Emergência ou Hemocentro) para internação e tratamento clínico no Hospital Estadual de Ribeirão (HERP) deve obedecer às seguintes etapas.

1. O médico assistente da Clínica Médica (CM) do HERP deverá ser contatado, previamente, pelo médico da equipe que deseja a transferência. Após discussão do caso por telefone, o médico assistente do HERP avaliará se o perfil clínico do paciente em questão se adéqua aos critérios de internação (vide abaixo).
2. Uma vez que o paciente foi aceito para internação no HERP, o médico do HC deverá entrar em contato com a Regulação Regional da DRS XIII (que controla o fluxo de pacientes para o HERP), informando os dados pertinentes, bem como o nome do médico assistente do HERP que aceitou o caso.
3. Atualmente o transporte dos pacientes é feito pelo SAMU. Assim, deverá ser feito contato também com a Regulação Municipal para solicitar o transporte.
4. O perfil clínico do paciente a ser internado no HERP deve obedecer aos seguintes critérios no momento da internação:
 - I. Ter idade igual ou superior a 12 anos.
 - II. Ser portador de afecções clínicas de média complexidade com diagnóstico clínico presumível ou já estabelecido sem necessidade de investigação clínica adicional.
 - III. Ter quadro clínico estável hemodinamicamente, sem a necessidade de droga vasoativa ou permanência em leito de monitorização contínua.
 - IV. Não apresentar agudamente rebaixamento significativo do nível de consciência.
 - V. Não ter necessidade de interconsultas com outras especialidades como ginecologia, psiquiatria, neurologia.

- VI. Não apresentar infecção de origem hospitalar por germe multi-resistente.
- VII. Não necessitar de propedêutica não disponível no HERP. Os recursos propedêuticos do HE são, a saber: laboratório de apoio para realização de exames básicos (24 horas), eletrocardiograma (24 horas), radiografia (período diurno na semana e matutino nos finais de semana), ultrassonografia e ecocardiografia (os dois últimos no período diurno na semana). Apesar de o serviço de endoscopia digestiva alta já estar em funcionamento, não serão aceitos pacientes com hemorragia digestiva.
- VIII. Ter perspectiva de alta hospitalar em curto período (máximo de 10 dias).

Obs:

1 – Pacientes em investigação de doença cardíaca isquêmica (angina instável, equivalente anginoso, etc...) de forma geral não se enquadram no perfil clínico para internação no HERP, tanto pela necessidade de monitorização nas primeiras 48 horas após o quadro anginoso, quanto pela necessidade quase universal de investigação/tratamento complementar em serviço terciário (cintilografia, cinecoronariografia, angioplastia etc.)

2 - Pacientes com neutropenia febril, pelo potencial de instabilização e complexidade da maioria dos casos, serão aceitos somente em condições excepcionais.

3 – As equipes das áreas cirúrgicas do HERP não estão estruturadas para realização de procedimentos de urgência/emergência. Assim, pacientes com patologias que possam necessitar de abordagem cirúrgica (pé diabético, úlceras por pressão infectadas, quadros abdominais não esclarecidos etc...), deverão ser avaliados pela equipe da cirurgia do HC antes de possível transferência ao HERP.

4 – Pacientes que necessitarem de acompanhamento após a alta hospitalar em qualquer ambulatório do HCFMRP-USP deverão ter suas respectivas consultas agendadas antes de sua transferência ao HERP.

Prof. Dr. Alexandre Baldini de Figueiredo
Médico CRM: 89575
Diretor Clínico do HERP