

PORTARIA Nº 42, DE 31 DE AGOSTO DE 2006

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o Inciso “X” do artigo 204, do Regimento Interno, aprovado pela Portaria nº 40, de 23 de julho de 2001, considerando a necessidade de adotar diretrizes e critérios para serem utilizados pela Central de Regulação de Internação Hospitalar, para pacientes a serem internados, nas UTI’s Adulto, Pediátrica e Neonatal, da Rede SES/ Distrito Federal (próprios, conveniados e contratados) quanto à:

- 1) Priorização da admissão de pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI);
- 2) Condições específicas ou patologias determinadas apropriadas para admissão à UTI;
- 3) Critérios para a alta da UTI;

Considerando que as diretrizes e critérios definidos no Anexo I, desta Portaria, foram aprovados pelas Coordenações de UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal da Subsecretaria de Atenção à Saúde, desta Secretaria, resolve:

Art. 1º - Aprovar as Diretrizes e Critérios, constantes do Anexo I, para admissão e alta em Unidades de Terapia Intensiva na SES/DF, disponível para consulta no site: www.saude.df.gov.br.

Art. 2º - As citadas Diretrizes e Critérios deverão ser revisadas, anualmente, ou em período inferior, caso haja necessidade, pelas Coordenações Técnicas das Unidades de Terapia Intensiva desta Secretaria.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GERALDO MACIEL

ANEXO I

I. DIRETRIZES DA SES/DF PARA ADMISSÃO E ALTA EM TERAPIA INTENSIVA

As diretrizes abaixo listadas definem os critérios para:

- Priorização da admissão de pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI);
- Condições específicas ou patologias determinadas apropriadas para admissão à UTI;
- Critérios para a alta da UTI.

1.1 - CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO

PRIORIDADE 01	Pacientes criticamente enfermos, em coma ou não, e instáveis que necessitam de cuidados de Terapia Intensiva e monitoração que não pode ser provida fora do ambiente de UTI. Usualmente, esses tratamentos incluem suporte ventilatório, drogas vasoativas contínuas, etc. Nesses pacientes, não há limites em se iniciar ou introduzir terapêutica necessária. Exemplos destes doentes incluem choque ou pacientes com instabilidade hemodinâmica, pacientes em insuficiência respiratória aguda necessitando de suporte ventilatório, inclusive neonatal; prematuro abaixo de 1500g na primeira semana de vida.
PRIORIDADE 02	Pacientes que necessitam de monitoração intensiva e podem potencialmente necessitar intervenção imediata. Não existe limite terapêutico geralmente estipulado para estes pacientes. Exemplos incluem pacientes com condições co-mórbidas crônicas (como as terapias renais substitutivas) que desenvolvem doenças agudas graves clínicas ou cirúrgicas; prematuros acima de 30 semanas, nas primeiras horas de vida, em uso de suporte respiratório, tipo CPAP nasal, que fizeram uso do surfactante pulmonar e estão compensados clínica e laboratorialmente; desconforto respiratório decorrente de pneumotórax não hipertensivo.

PRIORIDADE 03	Pacientes criticamente enfermos mas que têm uma probabilidade reduzida de sobrevida pela doença de base ou natureza de sua doença aguda. Esses pacientes podem necessitar de tratamento intensivo para aliviar uma doença aguda, <u>mas limites ou esforços terapêuticos podem ser estabelecidos como não intubação ou reanimação cardio-pulmonar</u> . Exemplos incluem pacientes com neoplasias metastáticas complicadas por infecção, tamponamento ou obstrução de via aérea; prematuros extremos – abaixo de 25 semanas e/ou peso abaixo de 500g; mal formações incompatíveis com a vida; hemorragia intra/peri/ventricular de grande extensão.
----------------------	---

1.2 - CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS DETERMINADAS APROPRIADAS PARA ADMISSÃO EM UTI

As condições listadas abaixo são eixos norteadores recomendados para admissão em UTI, porém não são condições exclusivas para a internação. Os pacientes que apresentam instabilidade hemodinâmica e que requeiram cuidados intensivos devem ser avaliados observando-se o estado geral, a condição atual, a patologia de base, a evolução clínica e as patologias associadas.

CARDIOVASCULAR	<ul style="list-style-type: none"> • Infarto agudo do miocárdio; • Choque cardiogênico; • Arritmias complexas requerendo monitorização contínua e intervenção; • Insuficiência cardíaca congestiva aguda com insuficiência respiratória e/ou requerendo suporte hemodinâmico; • Emergências hipertensivas; • Angina instável, particularmente com arritmias, instabilidade hemodinâmica e dor torácica persistente; • Parada cardio-respiratória(pós-reanimação); • Tamponamento cardíaco com instabilidade hemodinâmica; • Aneurisma dissecante da aorta; • Bloqueio cardíaco completo ou situações de bloqueio associados a distúrbios hemodinâmicos aos quais são necessários tratamento intensivo e/ou marcapasso temporário.
PNEUMOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência respiratória aguda necessitando de suporte ventilatório; • Embolia pulmonar com instabilidade hemodinâmica; • Pacientes em unidade intermediária com deterioração respiratória; • Hemoptise maciça.
NEUROLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Doença vascular cerebral aguda com alteração do nível de consciência; • Coma metabólico tóxico ou anóxico; • Hemorragia intracraniana com risco de herniação; • Hemorragia sub-aracnóide aguda; • Meningite com alteração do estado mental ou comprometimento respiratório; • Hipertensão intracraniana; • Pós-operatório do SNC;

	<ul style="list-style-type: none"> • Status epilepticus; • Trauma crânio encefálico grave; • Vasoespasmo cerebral.
FARMACOLOGIA INGESTÃO/OVERDOSE)	<ul style="list-style-type: none"> • Instabilidade hemodinâmica; • Coma com instabilidade respiratória ou não; • Convulsão de difícil controle.
GASTROENTEROLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia digestiva persistente com sinais de choque; • Insuficiência hepática fulminante; • Pancreatite grave; • Gastroenterite com choque; • Perfuração esofágica com ou sem mediastinite; • Úlceras gastroduodenais complicadas/perfuradas.
ENDOCRINOLOGIA/ METABOLISMO	<ul style="list-style-type: none"> • Cetoacidose diabética complicada; • Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base graves; • Crise tireotóxica ou coma mixedematoso com instabilidade hemodinâmica; • Estado hiperosmolar com coma e/ou instabilidade hemodinâmica; • Outros problemas endócrinos como crise adrenal com instabilidade hemodinâmica.
CIRURGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes de pós-operatório necessitando monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório.
RENAL	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência renal aguda.
DIVERSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Choque séptico com instabilidade hemodinâmica; • Lesões por choque elétrico, afogamento, hipotermia; • Hipertermia maligna; • Distúrbios hemorrágicos complicados; • Politraumatizados.

1.3 - PARÂMETROS ORIENTADORES PARA ADMISSÃO EM UTI ADULTO

Apesar de listados abaixo, os seguintes parâmetros não devem ser considerados isoladamente, devendo-se associá-los ao quadro clínico apresentado e à própria evolução da patologia:

SINAIS VITAIS	<ul style="list-style-type: none">• Frequência cardíaca < 40 ou >160 bpm;• Pressão sistólica < 80 mmHg;• Pressão arterial média < 60 mmHg;• Pressão diastólica > 120 mmHg;• Alteração significativa da regularidade do automatismo respiratório.
EXAMES LABORATORIAIS	<ul style="list-style-type: none">• Sódio <115 ou > 158 mEq/l;• Potássio < 2,5 ou > 7 mEq/l;• PaO₂ < 50 mm;• Ph < 7,1 ou > 7,7;• Glicose > 600 mg%;• Cálcio > 15 mEq/l;• Níveis tóxicos de drogas ou de outras substâncias quando associadas a instabilidade hemodinâmica ou neurológica.
MÉTODOS DE IMAGEM	<ul style="list-style-type: none">• Hemorragia subaracnóidea;• Lesão de vísceras intrabdominal com instabilidade hemodinâmica;• Aneurisma dissecante de aorta.
ELETROCARDIOGRAMA	<ul style="list-style-type: none">• Infarto agudo do miocárdio;• Taquicardia supraventricular sustentada ou fibrilação ventricular;• BAVT;• Casos de alteração da condução associados às alterações hemodinâmicas.
EXAME FÍSICO	<ul style="list-style-type: none">• Anisocoria com alterações da consciência;• Grande queimado;• Anúria;• Obstrução de via aérea;• Coma;• Convulsão mantida;• Cianose;• Tamponamento pericárdico.

1.4 - PARÂMETROS ORIENTADORES PARA ADMISSÃO EM UTI NEONATAL OU PEDIÁTRICA

Nenhum critério pode ser considerado isoladamente, pois o quadro de gravidade é aferido pelo quadro geral da criança, associando-se à sua condição atual, à sua patologia de base, evolução clínica e patologias associadas.

CRITÉRIOS PARA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA EM NEONATOLOGIA/PEDIATRIA	<ul style="list-style-type: none"> • PaCO₂ > 60; • PaO₂ < 50; • Ph < 7,2 ou > 7,7; • Gaspings; • Respiração acidótica (Kussmaul); • Respiração neurológica (Cheyne-Stocks); • Marcadas retrações intercostais; • Apnéia neonatal de repetição que não respondeu a utilização de CPAP nasal e Xantinas; • Frequência Respiratória: <ul style="list-style-type: none"> - Em Lactentes: >60 ou < 20 irpm; - Em crianças >1 ano: > 50 irpm ou < 15 irpm.
CRITÉRIOS PARA INDICAÇÕES DE VENTILAÇÃO DE ALTA FREQUÊNCIA EM NEONATOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Falha da ventilação convencional: RNs em ventilação convencional necessitando de altas pressões inspiratórias como: <ul style="list-style-type: none"> - 750 –1000g PIM > 25 cm H₂O; - 1001 –1500g PIM > 28 cm H₂O; - 1501 – 2000g PIM > 30 cm H₂O; - hipertensão pulmonar persistente em conjunto com óxido nítrico; - enfisema intersticial; - hemorragia pulmonar; - insuficiência respiratória intratável.
CRITÉRIOS PARA INSUFICIÊNCIA CIRCULATÓRIA EM NEONATOLOGIA/PEDIATRIA	<ul style="list-style-type: none"> • Cianose central e periférica importante; • Pressão arterial sustentada por drogas vasoativas; • Pressão arterial sustentada por infusão repetida de grandes volumes de líquidos; • Frequência cardíaca: <ul style="list-style-type: none"> - Neonatos e lactentes: > 200 bpm ou < 60 bpm; - Crianças > 1 ano de idade: >160 bpm ou < 60 bpm; • Arritmia cardíaca documentada com ECG, e que esteja comprometendo o débito cardíaco; • Pressão arterial: <ul style="list-style-type: none"> - < percentil 10 - > percentil 90 • Perfusão periférica lentificada: > 3 segundos; • Edema de extremidades (acentuado), que é pouco comum em pediatria; • Sudorese fria.
CRITÉRIOS PARA INSUFICIÊNCIA NEUROLÓGICA EM PEDIATRIA	<ul style="list-style-type: none"> • Coma de qualquer etiologia; • Convulsões subentrantes; • Perda de consciência prolongada.

1.5 - CRITÉRIOS DE ALTA

O estado clínico do paciente admitido à UTI deve ser continuamente revisado a fim de se identificar aqueles que não mais necessitam de cuidados intensivos:

- Quando houver óbito;
- Quando o estado fisiológico do paciente se estabilizou e a necessidade de monitoração e cuidado não é mais necessária;
- Quando o estado fisiológico do paciente deteriorou e intervenções ativas (agressivas) não são mais planejadas, a transferência para um nível de cuidado intermediário ou enfermaria é apropriada e deve ser providenciada;
- Quando da retirada de órgãos em doador potencial:

O diagnóstico de morte encefálica deverá ser feito, de acordo com a Resolução 1480 de 08/08/1997, do Conselho Federal de Medicina, mediante a realização dos seguintes exames:

- Exame clínico, realizado por profissional clínico médico ou pediatra, a depender da faixa etária do paciente;
- Exame neurológico, realizado pelo neurologista;
- Exame complementar, a saber Doppler Transcraniano ou EEG.

Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a) de 07 dias a 2 meses incompletos – 48 horas;
- b) de 02 meses a 01 ano incompleto – 24 horas;
- c) de 01 ano a 02 anos incompletos – 12 horas;
- d) acima de 02 anos – 06 horas.

Após o diagnóstico de morte encefálica realizado conforme descrito acima, caberão 02 situações possíveis:

1. Caso o paciente seja doador de órgãos, deverá ser contactada a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do DF para acionamento da Equipe de Retirada de Órgãos e a imediata transferência do paciente para o Centro Cirúrgico;
2. Caso o paciente não seja doador de órgãos, a família deverá ser consultada quanto à autorização para desligamento dos aparelhos; se não consentido, deverá ser providenciada a imediata transferência do paciente para um leito de enfermaria com o aparato tecnológico necessário à espera do êxito letal.

Nem todos os pacientes necessitam, após a alta da UTI, de serem transferidos a uma Unidade de Cuidados Semi-Intensivos - UCSI.

Os critérios de alta da UTI devem ser similares aos critérios de admissão em uma UCSI, quando disponíveis.