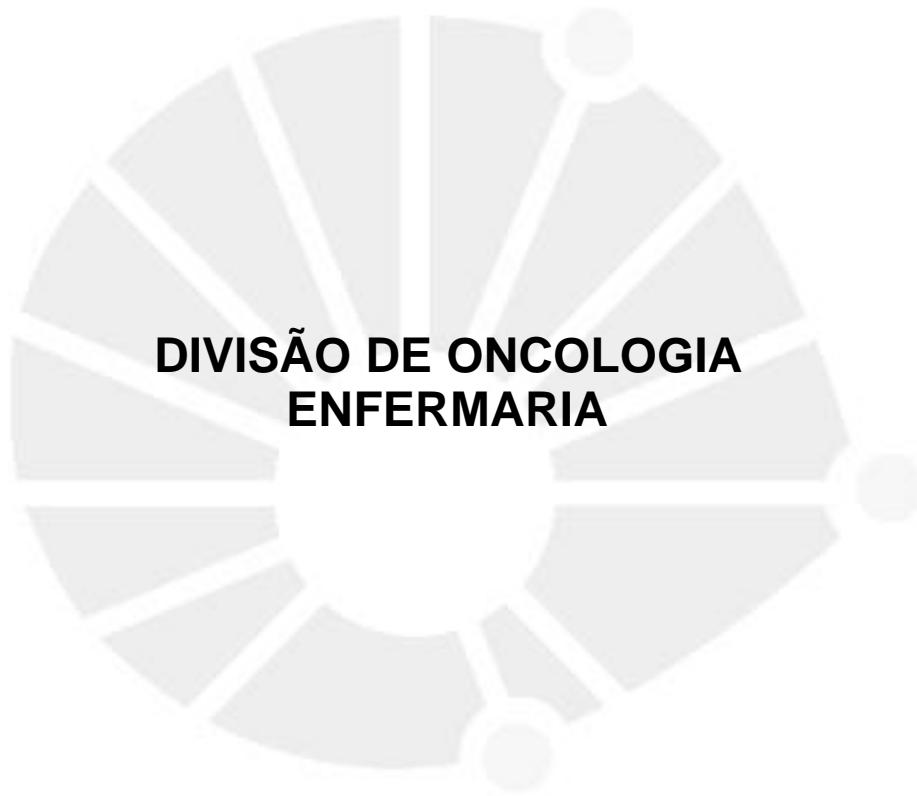




**CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À
SAÚDE DA MULHER – CAISM / UNICAMP**



**DIVISÃO DE ONCOLOGIA
ENFERMARIA**

UNICAMP

julho – 2006

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

Reitor Prof. Dr. José Tadeu Jorge. **Vice-reitor** Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa. **Pró-reitor de Desenvolvimento Universitário** Prof. Dr. Paulo Eduardo Moreira Rodrigues da Silva. **Pró-reitor de Extensão e Assuntos Comunitários** Mohamed Ezz El Din Mostafa Habib. **Pró-reitor de Pesquisa** Prof. Dr. Daniel Pereira. **Pró-reitor de Pós-Graduação** Prof^a. Dr^a. Teresa Dib Zambon Atvars. **Pró-reitor de Graduação** Prof. Dr. Edgar Salvadori de Decca.

Diretora da Faculdade de Ciências Médicas Prof^a. Dr^a. Lílian Tereza Lavras Costallat. **Vice-diretor Associado da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp** Prof. Dr. José Antonio Rocha Gontijo.

CAISM – Centro de Atenção Integral da Saúde da Mulher

Diretora Executiva Prof^a. Dr^a. Mary Ângela Parpinelli. **Diretor Associado** Prof. Dr. Renato Passini Júnior. **Diretor Administrativo** Luiz Augusto Michelin. **Diretora da Divisão de Apoio à Assistência e à Pesquisa** Prof^a. Dr^a. Ilza Maria Urbano Monteiro. **Diretor da Divisão de Oncologia** Prof. Dr. Gustavo Antônio de Souza. **Diretor da Divisão de Ginecologia** Prof. Dr. Oswaldo Grassiotto. **Diretora da Divisão de Obstetrícia** Prof^a. Dr^a. Eliana Amaral. **Diretor de Divisão de Neonatologia** Prof. Dr. Sérgio Marba. **Diretora da Divisão de Enfermagem** Fátima Filomena Mafra Christóforo. **Diretora Clínica** Prof^a. Dr^a. Ângela Maria Bacha.

Coordenador:

Núcleo Técnico de Gestão por Processos: Prof^a. Dr^a. Roseli Calil / Monique Sampaio Rousselet / Márcia Cristina F. G. Fadel / Cristiana de Sá Xavier / Carla Regina F. de Almeida / Carlos Roberto Carducci



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO/Índice
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 1
Título do Procedimento: Índice		Data de Emissão: Revisão nº.

Índice dos Procedimentos

Gerenciamento	CAISM/ONCO 01
Normas de Conduta	CAISM/ONCO 02
Organização de Prontuários	CAISM/ONCO 03
Gerenciamento de Vagas	CAISM/ONCO 04
Internação	CAISM/ONCO 05
Adendo de Internação	CAISM/ONCO 06
Exames para Cirurgias e Reserva de Sangue	CAISM/ONCO 07
Liberação da Escala Cirúrgica	CAISM/ONCO 08
Investigação e Tratamento	CAISM/ONCO 09
Plano de Alta e Óbito	CAISM/ONCO 10
Prescrições Gerais	CAISM/ONCO 11
Prescrições Específicas	CAISM/ONCO 12
Diagnóstico e Tratamento de Infecções	CAISM/ONCO 13
Terapia Nutricional	CAISM/ONCO 14
Flúidos e Eletrólitos	CAISM/ONCO 15
Hemoderivados	CAISM/ONCO 16
Auto-Transfusão / Pré-Depósito	CAISM/ONCO 17
Cuidados Pré-Operatórios	CAISM/ONCO 18
Tratamento de Infecção de Ferida Cirúrgica	CAISM/ONCO 19
Cuidados Pós-Operatórios	CAISM/ONCO 20
Cirurgias de Grande Porte	CAISM/ONCO 21
Cirurgias de Médio Porte	CAISM/ONCO 22
Cirurgias de Pequeno Porte	CAISM/ONCO 23
Normas para Isolamentos Hospitalares – CCIH / CAISM	CAISM/ONCO 24
Paracentese	CAISM/ONCO 25
Punção de Seromas ou Coleções Pré-Operatórias	CAISM/ONCO 26
Tamponamento de Sangramento Vaginal	CAISM/ONCO 27
Atendimento de Urgência de Arritmias e de Parada Cardíaca	CAISM/ONCO 28
Toracocentese	CAISM/ONCO 29
Inserção de Acesso Venoso Central	CAISM/ONCO 30

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO01
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 1
Título do Procedimento: Gerenciamento		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Gerenciamento da seção

- Adequação da taxa de ocupação da enfermaria com a necessidade de internações diárias.
- Visita diária para definição de condutas médicas realizadas pelo docente / médico contratado e o R₃ responsável pela enfermaria.
- Discussão diária pela equipe multiprofissional das necessidades e condutas dos pacientes internados.
- Avaliação semanal da escala cirúrgica adequando-a as intercorrências da semana com reagendamento prévio através do serviço social das cirurgias necessárias.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção: Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO02
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 2
Título do Procedimento: Normas de Conduta		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Normas de Conduta

- Toda equipe médica deve estar adequadamente trajada, de branco ou com avental.
- É obrigatório o uso do crachá.
- Não é permitido fumar em quaisquer dependências das Enfermarias.
- A sala de reuniões deve estar sempre em ordem.
- Os prontuários devem estar sempre em ordem, e atualizados quanto às evoluções.
- Toda e qualquer conduta adotada, ou orientação, deve constar destas evoluções, com a identificação de quem ordenou, e de quem transcreveu as ordens.
- É fundamental a ordem do prontuário: asseio, folhas devidamente arquivadas, exames subsidiários afixados e anotações com letra legível.
- Nos casos de re-internações, muito frequentes em Oncologia, o responsável pelo leito deverá fazer um resumo do caso, das internações anteriores, sucinto e em ordem cronológica dos fatos, e atualização do exame físico geral e loco regional.
- As evoluções diárias devem conter dados vitais, conferindo as anotações da enfermagem, queixas das pacientes, exame clínico objetivo, verificação de drenos, sondas, curativos, cicatrização, etc., assinatura e nome legível.
- Em qualquer outra anotação deve constar o horário do fato considerado.
- As prescrições, em letra legível, devem seguir a seguinte seqüência: dieta; hidratação; medicações parenterais "se necessário" SN para febre, dor, vômitos; medicações orais (VO) "se necessário" (SN) para febre, dor, vômitos; medicações endovenosas (EV), medicações intramusculares IM; medicações orais, cuidados respiratórios, inalações, oxigênio, cuidados com ostomias, cateteres, drenos, sondas; controles.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO02
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 2
Título do Procedimento: Normas de Conduta		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- As normas aqui relacionadas deverão ser seguidas por todos os profissionais que atuam na enfermaria de oncologia.
- Não usar adereços como anéis, alianças, relógios e pulseiras.
- Realizar higienização das mãos antes e após o contato com o cliente ou equipamentos ligados a ele.
- Indicar quando necessário ou seguir as orientações do CCIH / CAISM com relação às Precauções para Transmissão de Microorganismos no Ambiente Hospitalar, conforme documento CAISM/ONCO 024.
- Realizar cultura de vigilância para pesquisa de bactérias multirresistentes por ocasião da admissão de clientes procedentes de outros hospitais ou em clientes internados neste serviço quando presentes fatores de risco (protocolo em anexo).
- Na suspeita de quadro infeccioso ou em clientes com neutropenia febril, solicitar coleta de culturas: hemoculturas (mínimo duas amostras de locais distintos), urocultura, LCR (SN), antes de iniciar antibioticoterapia empírica.
- Realizar procedimentos invasivos utilizando técnica asséptica conforme preconizado.
- Acrescentar na prescrição eletrônica toda alteração de prescrição realizada no decorrer do dia.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO03
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 1
Título do Procedimento: Organização de Prontuários		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- O prontuário é de responsabilidade de todos os membros da equipe devendo ser manipulado de forma cuidadosa e responsável, retornando ao seu local na enfermaria assim que utilizado pelo profissional.
- O responsável pela evolução diária da cliente assim como a checagem e arquivamento dos exames são do interno responsável pelo leito e do residente supervisionado pelo médico contratado/docente.
- A evolução da cliente deve ser feita diariamente e constar de anamnese, intercorrências diárias, exame físico, hipótese diagnóstica e condutas.
- Todas as evoluções devem ser avaliadas e carimbadas diariamente pelo residente.
- Todas as conclusões das discussões diárias com médicos contratados/ docentes assim como das reuniões clínicas devem ser anotadas integralmente nos prontuários pelo interno e residente.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção: Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO04
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 1
Título do Procedimento: Gerenciamento de Vagas		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- Avaliação diária da taxa de ocupação da enfermaria, atualizando censo com altas e óbitos.
- Busca de vagas em outras enfermarias pelo residente e médico assistente / docente quando necessários priorizando os casos mais graves.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
provação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção: Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO05
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 1
Título do Procedimento: Internação		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- Recepção diária das pacientes no ambulatório de Patologia Mamária nos dias úteis a partir das 13 horas pelo interno, R3 e médico contratado/docente responsáveis.
- Nos fins de semana e feriados a internação é feita às 8 horas na sala de procedimentos da Enfermaria de Oncologia pelo R3 e médico contratado/docente responsáveis.
- Checagem do prontuário do paciente avaliando resultados de exames, autorização cirúrgica assinada e exames complementares necessários à internação.
- Preenchimento de laudo de AIH se necessário.
- Realização de entrevista e exame clínico e ginecológico completo da paciente para avaliação das condições clínicas, sociais e psicológicas da paciente e realização do adendo de internação (vide Doc 006).
- Checagem dos exames necessários para cada cirurgia e solicitação de reserva de sangue, se necessário (vide Doc 007).
- Orientação minuciosa do procedimento cirúrgico/ tratamento que a paciente será submetida e encaminhamento à enfermagem para orientações da rotina de internação, encaminhamento para ao leito e realização de exames necessários.
- Realização de prescrição eletrônica.
- Discussão dos casos internados no dia pelo R3 e médico/ docente responsável para avaliação das condutas.
- Liberação da escala cirúrgica (vide Doc 008).

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO06
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 1
Título do Procedimento: Adendo de Internação		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Realização do Adendo de Internação

- Realização de entrevista minuciosa com a cliente checando intercorrências desde a última consulta, queixas atuais e dúvidas quanto ao tratamento proposto.
- Indagar sobre patologias associadas, medicações em uso e tratamentos prévios.
- Indagar sobre tratamento quimioterápico adjuvante e data da última sessão. O intervalo ideal para a realização do procedimento cirúrgico pós-quimioterapia deve ser de 21 a 30 dias salvo em casos especiais.
- Realização de exame clínico e ginecológico completo pelo R₃ sob supervisão de médico contratado/ docente.
- Preenchimento do Adendo de Internação realizado em folha de evolução em duas vias e que deverá conter: história clínica completa, exame clínico e ginecológico, resultado de exames pré-operatórios e/ ou exames relevantes no caso, hipótese diagnóstica, conduta proposta e exames ou preparo pré-operatórios necessários.
- Nos casos de re-internações, muito freqüentes em Oncologia, o adendo de internação deverá conter um resumo do caso, das internações anteriores sucintos e em ordem cronológica dos fatos, e atualização do exame físico clínico e ginecológico assim como resultados de exames, hipótese diagnóstica e conduta proposta.
- Caso haja alguma mudança de conduta após a discussão dos casos deverá, imprescindivelmente, estar anotada em prontuário.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006	
Revisado por:		Data:	
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO07
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 3
Título do Procedimento: Exames para Cirurgias e Reserva de Sangue		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Exames Necessários para Cirurgias e Reserva de Sangue

- Todos os pacientes candidatos à cirurgia eletiva devem ser avaliados pelo serviço de Anestesiologia na véspera da cirurgia, no leito de internação, a partir das 15:00h.
- Os pacientes serão atendidos por um residente de primeiro ano e alunos do sexto ano médico ligados à disciplina de Anestesiologia da FCM, que estarão sob a supervisão de um docente do Departamento de Anestesiologia, que será o responsável pela discussão da visita pré - anestésica e indicação da técnica.
- A escala de cirurgia deverá estar disponível em rede a partir das 15:00h e só será permitido alteração com autorização do docente responsável pela visita pré anestésica.
 - A visita pré - anestésica consta de uma anamnese dirigida (verso da ficha anestésica), exame físico e análise dos exames pré - operatórios.
 - Os exames pré-operatórios serão aceitos com até seis meses, desde que não haja nenhum fator que modifique seus resultados.
 - Pacientes ASA 3 (patologia de base descompensada) terão suas cirurgias eletivas suspensas para controle do quadro clínico, com as anotações pertinentes ao caso registradas em prontuário.
 - Se houver necessidade de interconsulta com alguma especialidade (hematologia, cardiologia, etc) ou outros exames, será comunicado ao residente da enfermaria em questão para providenciá-los.
 - Durante a consulta, os pacientes serão orientados quanto ao ato anestésico e seus riscos, jejum pré - operatório (6 horas para líquidos e 8 horas para sólidos), necessidade de acompanhante e transporte para cirurgias ambulatoriais, administração de medicações (anti-hipertensivos, beta bloqueadores, corticóides, anti-convulsivantes, antidepressivos tricíclicos,

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO07
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 3
Título do Procedimento: Exames para Cirurgias e Reserva de Sangue		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

ansiolíticos, diuréticos, anti-inflamatórios, hipoglicemiantes, etc), suspensão de medicações (como inibidores da MAO) e esclarecimento de todas as dúvidas quanto à anestesia.

- Se o procedimento for suspenso e for re-agendado após compensação clínica, o paciente deverá entrar novamente em escala cirúrgica para nova avaliação pré- anestésica.
- A ficha de visita pré - anestésica será preenchida em duas vias (com carbono), pois a original será arquivada no Departamento de Anestesiologia e a cópia no prontuário do paciente.

➤ **Classificação dos Pacientes – ASA (Sociedade Americana de Anestesiologia)**

ASA 1 – Paciente hígido, sadio. Apresenta somente a patologia cirúrgica

ASA 2 – Paciente com patologia sistêmica leve/moderada, compensada (hipertensão arterial, alguns incluem extremos de idade, obesidade e tabagismo)

ASA 3 – Paciente com patologia sistêmica severa (angina de peito)

ASA 4 – Paciente com patologia sistêmica severa, risco constante para a vida (insuficiência renal programado para transplante)

ASA 5 – paciente moribundo, com sobrevivência de 24 horas, mesmo que submetido à cirurgia (comprometimento de múltiplos órgãos)

ASA 6 – Paciente com morte cerebral declarada e cujos órgãos serão removidos para doação.

➤ **Jejum**

Crianças (Cote, 1997)

Idade	Leite/Alimentos sólidos	Líquidos sem Resíduos
RN – 6 meses	4 horas	2 horas
6 a 36 meses	6 horas	3 horas
> 36 meses	8 horas	3 horas

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO07
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 3 de 3
Título do Procedimento: Exames para Cirurgias e Reserva de Sangue		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Adultos (Stoelting, 1998)

1. nenhum alimento sólido (inclusive leite) – 6 a 8 horas antes da cirurgia
2. líquidos sem resíduos com pouco açúcar (água, chá, suco de maçã ou de laranja sem grumos – até 2 horas antes da cirurgia
3. pacientes de urgência e obstétricas devem ser considerados de estômago cheio

EXAMES NECESSÁRIOS PARA CIRURGIA DE ACORDO COM CONDIÇÃO CLÍNICA:

Condição Pré-operatória	HB	Leucograma	TP/TTPA	Pt/Ts	Eletrólitos	U/Cr	GLI	TGO/FA	Rx	ECG
NEONATOS	X					X	X			
> 75 ANOS	X					X			X	X
DÇA CARDIOVASC	X				X				X	X
DÇA PULMONAR	X								X	X
NEOPLASIA	X	X	X						X	
RADIOTERAPIA		X							X	X
DÇA HEPÁTICA	X		X					X		
DÇA RENAL	X				X	X				
COAGULO-PATIAS	X		X	X						
DIABETES	X				X	X	X			X
TABAGISMO	X								X	
USO DE DIURÉTICOS	X				X	X				
USO DE DIGOXINA	X				X	X				X
USO DE ESTERÓIDES	X				X		X			
USO ANTI-COAGULANTE	X		X							
DOENÇA SNC	X				X	X	X			X

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO08
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 1
Título do Procedimento: Liberação de Escala Cirúrgica		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- Após o procedimento de internação e checagem de exames e prontuários as indicações cirúrgicas deverão ser discutidas com os docentes/ médicos contratados para a liberação da escala e organização da ordem de subida das pacientes ao centro cirúrgico.
- Realização da liberação da escala diariamente até às 17 horas constando cirurgias que deverão ser realizadas no dia seguinte com ordem dos procedimentos.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO09
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 1
Título do Procedimento: Investigação e Tratamento		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- Visita clínica diária pelo R₃ responsável e internos em todos os pacientes internados constando de anamnese, exame físico e avaliação do tratamento e intercorrências com evolução em prontuário datado e assinado.
- Visita diária com medico contratado/ docente para definição de condutas.
- Prescrição diária constando de dieta, medicamentos, cuidados especiais.
- Evolução, em conjunto com os internos, no prontuário das pacientes.
- Solicitação de exames, realização de procedimentos e mudança de condutas e/ou tratamentos.
- Acolhimento diário dos familiares para esclarecimentos e orientações.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO10
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 1
Título do Procedimento: Plano de Alta e Óbito		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- Alta após avaliação clínica e visita com médico contratado/ docente.
- Orientação da paciente e familiar sobre cuidados e rotina após a alta e necessidade de retorno para reavaliação quando oportuno.
- Fornecimento de receitas médicas, declarações e atestados médicos, agendamento de retorno no ambulatório pertinente, encaminhamento para especialidades necessárias e contra-referência para o médico de origem.
- Preenchimento do relatório de alta da paciente e anotação das condições de alta no prontuário.
- Notificação a enfermagem dos procedimentos para efetiva liberação hospitalar da paciente.
- Em caso de óbito assegurar o preparo e encaminhamento do corpo o mais breve possível para o serviço de óbito e acolhimento aos familiares.
- O Atestado de óbito deverá ser preenchido e assinado pelo médico contratado/ docente e o relatório de alta e evolução no prontuário com dados referentes ao óbito deverão ser realizados pelo residente responsável com supervisão do médico contratado/ docente.
- Todo prontuário deve ser revisado pelo médico contratado/ docente e residente antes de ser liberado para o serviço de óbitos.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006	
Revisado por:		Data:	
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO11
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 3
Título do Procedimento: Prescrições Gerais		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Sintomáticos

Febre – dor inespecífica (artralgia, mialgia, cefaléia etc.)

Prometazina + adifenina + dipirona (Lisador) -35 gotas VO ou 1 ampola (2ml) IM de 8-8h

Dipirona (Novalgina) -35 gotas VO ou 1 ampola IM (2ml) 8-8h

Paracetamol(Tylenol) 60 gotas VO ou 1 comp (500mg) de 6/6h

Diclofenaco sodico (Voltaren 50mg) – 1 comp 8-8h ou 1 ampola(75mg) IM 8-8h

* Cuidado com a funcao renal e a hidratacao

Dor definida (específica).

— **Por oclusão**

Brometo de escopolamina-hioscina (Buscopan) 1 ampola + 10ml de soro fisiológico, IV.

— **Por metástase óssea ou visceral**

Dor leve

Diclofenaco sódico (Voltaren 75mg) 1 ampola IM 8-8

Dor Moderada

Codeina + Paracetamol (Tylex 30mg) – 1 cp VO 8-8h

Tramadol 50mg – 1 comp VO 8-8h

Tramadol (Tramal 50 ou 100mg) 1 ampola + SF 100ml IV em 30min 8/8h

Dor Intensa

Morfina (Dimorf) 10mg VO 6-6h

Meperidina (Dolantina 100mg) 1 ampola + 10ml de soro fisiológico, IV 8-8h.

Tramal 1 ampola+ 10ml de soro fisiológico IV 8-8h.

Observação: Após a assistência inicial, seguir a orientação do Serviço de Dor

Vômito

- Metoclopramida (Plasil) -35 gotas ou 1 comprimido VO ou 1 ampola IM/IV de 8-8h ou
- Dimenidranato (Dramin) -1 comprimido VO de 8-8h ou Dimenidranato B6 (Dramin B6DL) 1 ampola IV de 8/8h

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO11
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 3
Título do Procedimento: Prescrições Gerais		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- Se não houver melhora, aplicar ondansetron (Zofran) 1 ampola (8mg) + 100ml de soro fisiológico, IV de 8-8 h.

- Observações:*
1. Em casos de vômitos por oclusão, passar uma sonda nasogástrica e deixá-la aberta.
 2. Se o vômito for por metástase cerebral, seguir as orientações em 2.1.
 3. Se o vomito for efeito adverso da quimioterapia, seguir as orientações de 3.3.

Síndrome dispéptica

Epigastralgia leve pode ser medicada com Hidróxido de alumínio (Mylanta-plus) 1 medida (5ml) VO de 6/6h

Ranitidina 150mg -1 comprimido VO/12-12h ou

Ranitidina 50mg -1 ampola IV/12-12h

Omeprazol 20mg – 1 comp VO 12-12h

Vide protocolo de cuidados pré-operatórios

Obstipação

- Bisacodil (Dulcolax) 1 dragea VO 1 a 2 x ao dia
- Manitol 20ml VO 2 a 3 x ao dia
- Supositório de glicerina -1 supositório VR ou
- Clister glicerinado -500ml, 1 aplicação VR.
- Toque retal ajuda a evacuar e diagnostica fecaloma

Diarréia

- Loperamida 2mg (Imosec) -1 comprimido VO 8-8h.

Tosse

- Com secreção -iodeto de potássio -1 medida VO/8-8h ou acetil-cisteína(Fluimucil)
- Sem secreção -Codeína (Belacodid) -35 gotas VO/6-6h.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO11
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 3 de 3
Título do Procedimento: Prescrições Gerais		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Inalação

- Água destilada ou soro fisiológico 5ml com ou sem fenoterol (Berotec-5 gotas) com ou sem brometo de ipratropio(Atrovent- 15 gotas) de 8-8h.

Sedativo -Ansiolítico

- Diazepan -10mg -1 comprimido VO ou 1 ampola I M/IV 1 vez ao dia.

Indutor do sono

- Midazolan 15 mg(Dormonid) -1 comprimido VO ou 1 ampola IM à noite.

Medicação tópica

- Para escabiose -Benzoato de benzila (Acarsan, Miticoçan) – passar após banho quente, por 4 dias.
- Radiodermite úmida – Triamcinolona + neomicina + nistatina (Omcilon AM creme) – 3 vezes ao dia.
- Radiodermite seca – Clostebol + neomicina (Trofodermin creme ou Novaderm creme) 3 vezes ao dia.

Secreção vaginal

Colher secreção para bacterioscopia, cultura e antibiograma

- Ducha vaginal com polivinil-pirrolidona-iodo (Povidine) – 2 a 3 vezes ao dia.
- Secreção amarelo-esverdeada: Tratamento tópico: Metronidazol creme vaginal por 7 noites. Tratamento sistêmico: Metronidazol (Flagyl) 500mg VO, 2 x ao dia /7dias.
- Secreção branca (sugestiva de Cândida): Tratamento tópico: Nistatina creme vaginal por 7 noites. Tratamento sistêmico: Fluconazol (Zoltec) 150mg VO, dose única.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO12
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 4
Título do Procedimento: Prescrições Específicas		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Crise convulsiva ou hipertensão intracraniana por metástase cerebral

- Diazepan 1 ampola (10mg) IV durante a crise;
- Dexametasona (Decadron) 2,5ml (10mg) IV e manter com dexametasona (Decadron) 4mg IM/IV/6-6h;
- Hidantalização: Hidantal 250mg, 3 ampolas (750mg) + S F 0,9% 500ml em 1 h.
- Fenitoina 50mg/ml (Hidantal) – aplicar 2ml (100mg) IV 12-12h e manter com fenitoina 100mg VO de 8-8h.

Observação: Manter as vias aéreas pervias + oxigenioterapia (manter saturação + 95%)

Insuficiência respiratória por metástases ou linfangite

- Oxigênio úmido – 3 litros/min;
- SG5% ou SF -500ml + hidrocortisona (Flebocortid, Solucortef) 500mg IV/8-8h, manter com Decadron 4mg VO 8-8h.
- Aminofilina -1 ampola + 10ml de SF ou 10ml de SG 25% IV/8-8h ou 1 comprimido (0,1g) VO/8-8h;
- Deslanosídeo (Cedilanide) -1/2 ampola IV /12-12h. Manter com Digoxina -1 comprimido (0,25mg) VO 1 vez ao dia;
- Furosemida (Lasix) -1 ampola (10mg) IV ou 1 comprimido (40mg) VO 1 vez ao dia.

Derrame pleural

- Radiografia do tórax (PA) e perfil (P), decúbito lateral (se tiver dúvida).
- Deve ser realizada punção de alívio, solicitando exame bioquímico, bacterioscópico e citológico. A citologia positiva para células neoplásicas ou derrame de mais de um terço do hemitórax indicam drenagem fechada e pleurodese. Nos casos com citologia negativa e derrame pequeno, tratar a doença sistemicamente.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO12
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 4
Título do Procedimento: Prescrições Específicas		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Derrame pericárdico

- Aumento da pressão venosa jugular, hipotensão, pulso paradoxal, taquicardia, má perfusão periférica e abafamento das bulhas;
- Confirmar com ecocardiograma. Pericardiocentese de alívio ou derivação pericárdio peritoneal.

Ascite por metástases hepáticas ou carcinomatose peritoneal

- Paracentese, se possível com orientação ecográfica; esvaziar o suficiente para aliviar o desconforto abdominal e respiratório (3 a 5 litros em média);
- Expansor plasmático (Isocel ou Haemacel) 500ml – ou S Fisiológico 0,9% ou Ringer 500 – 1000ml
- Espirolactona 100mg (Aldactone) - 1 comprimido 2 vezes ao dia + Furosemida 40mg – 1 comprimido pela manhã.

Insuficiência renal

- Diagnosticar se renal ou extra-renal (pressão arterial, frequência cardíaca, densidade urinária, uréia, creatinina, *clearance* da creatinina, sódio, potássio, cloro e ecografia. Se for renal, nada a fazer ou diálise.
- Se for pré-renal, hidratar e monitorizar através de controle da PVC;
- Se for (geralmente é) pós-renal: necessita de nefrostomia. Às vezes e necessário dializar até ter condições clínicas para a nefrostomia.

Síndrome hemorrágica

- *Tumoral*: tamponamento, ligaduras vasculares, corrigir as alterações do coagulograma, radioterapia.
- *Plaquetopenia*: vide orientações em 4.3.
- *CIVD*: tratar a doença de base. Se houver hemorragia grave transfundir plaquetas (1

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção: Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO12
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 3 de 4
Título do Procedimento: Prescrições Específicas		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

unidade para cada 10 Kg de peso) e plasma fresco congelado (2 unidades). Se houver complicações tromboticas aplicar heparina sódica (1 ml = 1.000U) -500 a 1.000 unidades/kg/dia ou 10.000 unidades subcutânea de 12-12h.

Síndrome anêmica

- *Por sangramento:* vide orientações em 4.3.
- *Por infiltração da medula óssea:* Prednisona 20mg VO/8-8hs e quimio-hormonioterapia.
- *Por quimiotoxicidade:* transfusão de concentrado de hemácias (vide orientações em 4.3).
- *Inerente à neoplasia:* nestes casos a ferritina é normal, o ferro total e a capacidade de ligação do ferro total estão diminuídos, com saturação da transferrina maior que 10%. Não está indicado o uso de sulfato ferroso, apenas transfusão ou eritropoetina (Hemax ou Eprex) (vide orientações em 4.3).

Casos especiais

- **HIPERCALCEMIA:** SF 3.000ml/dia + furosemida (Lasix) 1 ampola (10mg) IV 8-8h + hidrocortisona (Flebocortid) - 500mg IV 8-8h. Se não controlar, clodronato -300mg + SF 0,9% 250ml IV em 1 hora, diariamente por 5 dias . Pode-se utilizar tambem o pamidronato (Aredia 60 ou 90mg) ou Zolendronato (Zometa). Controle diario da calcemia e manter o bisfosfonado até a normalizacao do calcio serico.
- **HIPERPOTASSEMIA:** Solução polarizante: SG 5% -500ml + glicose a 50% -10ml + insulina simples -10 unidades IV em 30 min; resina trocadora de cátions - poliestirenosulfonato de cálcio (Sorcal) -1/2 envelope (15g) em 100ml de água VO ou VR 8-8h (Cuidado com a obstipação).
- **ANOREXIA:** nutricao enteral ou parenteral so esta indicada se houver condicoes para o tratamento oncologico. Se a paciente for FPT (Fora de Possibilidades Terapeuticas) não fazer nada ou medicar com acetato de megestrol (Megestat) suspensao – 10ml (400mg) VO de 12/12h ou Megestat 160mg, 1 comprimido VO ao dia.
- **TROMBOEMBOLISMO:** condições predisponentes: deficiência hereditária de antitrombina III; proteina C e S; Lupus Eritematoso Sistémico; HIV; drogas (clorpromazina, procainamida, hidralazina) e outras condições como tumores,

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO12
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 4 de 4
Título do Procedimento: Prescrições Específicas		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

imobilização, insuficiência cardíaca e fumo. Profilaxia=heparina 5.000U SC 12-12h ou heparina de baixo peso molecular (Clexane, Fraxiparine , 1 ampola SC por dia).
Contra-indicações: úlcera péptica, trombocitopenia, hipertensão grave, AVC-H, pericardite, derrame pericárdico, idosas e caquéticas.

- TROMBOFLEBITE SUPERFICIAL = calor local, elevação do membro, repouso, AAS 100mgVO/dia.
- TROMBOSE VENOSA PROFUNDA = diagnóstico difícil (venografia, pletismografia de impedância, ultra-som e doppler). Calor local, elevação do membro, repouso, heparina (Liquemine 1ml = 5000U), 5.000U/IV/bolus seguida de 1.000U/hora/infusão/IV/contínua, 1000ml de SF ou SG 5% em 24 horas com bomba de infusão -16 gotas/min) até o RNI ficar entre 2 e 3 por 3 dias. Pode-se utilizar também a enoxiparine (Clexane) 1mg/kg, de 12/12h, sub-cutanea. Se houver sangramento ou RNI>8,0 administrar sulfato de protamina 25mg/IV em 10min, mantendo o TTPA entre 50-80seg. Dar alta com anticoagulante oral- varfarina sodica (Marevan 5mg VO/dia mantendo o TP 1,5 x o tempo normal (RNI 2 a 3)) por 3 a 6 meses apos o primeiro episodio de TVP ou TEP. Cuidados: o dicumarínico interfere nas reações de carboxilação vitamina K dependentes, ocorrendo potencialização com o uso concomitante de tamoxifen, antidepressivos tricíclicos, cimetidina, ranitidina, fenotiazida, AINH, metildopa, amiodarona e anabolizantes esteroídes. Os antiácidos, barbitúricos, haloperidol e glicocorticóides diminuem o efeito dos dicumarínicos. Se houver intoxicação (sangramento) aplicar vitamina K hidrossolúvel (Kanakion) 1 ampola IV/dia ate normalização. Em casos de sangramento extremo prescrever 2 unidades de plasma fresco congelado (PFC).
- EMBOLIA PULMONAR = dispnéia, dor pleurítica, opressão, tosse, taquipneia, taquicardia, acentuação da segunda bulha, estertores crepitantes, hemoptise e febre. Pedir gasometria (PO2 < 80), RX do tórax (atelectasias segmentares ou derrame) e cintilografia pulmonar (para avaliar a relação ventilação/ perfusão) ou tomografia helicoidal do tórax com contraste. Tratar como a TVP, podendo associar streptoquinase 5 milhões de unidades/ IV em 1 hora diluído em 250ml de SF ou SG 5%.
- *As orientações do tratamento do tromboembolismo devem ser feitas pelo Hemocentro, de acordo com o protocolo em vigência.*

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:


CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER

Área de Oncologia

Enfermaria de Oncologia

Doc. nº. CA ISM/ONCO13

Página 1 de 6

Título do Procedimento: Diagnóstico e Tratamento de Infecções

Data de Emissão: 06/2006

Revisão nº.

Sítio	Exames Complementares pedidos na admissão	Condições	Tratamento
Pneumonia Comunitária ambulatorial	RX		Amoxicilina 500-1000mg 8/8hs
		Alergia a penicilina	Eritromicina 500mg 6/6hs
Pneumonia Comunitária internada	RX Rotina de gram do escarro Hemocultura 2 amostras	Não gestante	Penicilina Cristalina 4 milhões IV 4/4hs + Azitromicina
		Gestante	Ceftriaxone 2g 1x dia
Pneumonia Aspirativa	Rx tórax Hemocultura 2 amostras		Penicilina Cristalina 4 milhões IV 4/4hs + Gentamicina 5mg/kg IV 1x ao dia
		Alergia a Penicilina	Clindamicina 600mg IV 6/6hs + Gentamicina 5mg/kg IV 1x ao dia
DPOC Infectado	Rx tórax Hemocultura 2 amostras		Levofloxacina 500mg VO ou IV 1x dia ou
Pneumonia Hospitalar não associada a VM	RX tórax Hemocultura 2 amostras		Ampicilina/sulbactam 3g IV 6/6hs ou Levofloxacina 500mg VO 1x dia
Pneumonia Hospitalar associada à VM	RX tórax Hemocultura 2 amostras Lavado broncoalveolar (se possível)	Menos de 4 dias de IOT	Ampicilina/sulbactam 3g IV 6/6hs ou Levofloxacina 500mg VO 1x dia
		Mais de 4 dias de IOT	Cefepima 2g IV 12/12hs
ITU comunitária ambulatorial	Considerar colher urocultura se retorno no serviço	Não gestante	Sulfametaxazol-trimetropin 2cp 12/12hs
		Gestante	Cefalexina 500mg 6/6hs
Pielonefrite internada	Urocultura Hemocultura 2 amostras	Não gestante	Ciprofloxacina 500mg VO 12/12hs ou 400mg IV 12/12hs
		Gestante	Cefazolina 1g iv 8/8hs
ITU hospitalar	Colher urocultura (se SVD usar sigla URS)+troca de SVD		Ciprofloxacina 500mg VO 12/12hs ou 400mg IV 12/12hs
Meningite	Rotgram e cultura do liquor Hemocultura 2 amostras	Rotgram com diplococco Gram negativo	Penicilina Cristalina 4 milhões IV 4/4hs

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CA ISM/ONCO13
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 6
Título do Procedimento: Diagnóstico e Tratamento de Infecções		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Sítio	Exames Complementares pedidos na admissão	Condições	Tratamento
		Rotgram com Gram positivo, ou Rotgram não realizado ou sem resultado	Ceftriaxone 2g IV 12/12hs
Sepse de foco abdominal	US de abdômen Hemocultura 2 amostras Se cirurgia colher material intraoperatório inclusive para bactérias anaeróbias		Ampicilina 2g IV 6/6hs+ Gentamicina 5mg/kg IV 1x dia Metronidazol 500mg IV 6/6hs
		Insuficiência renal	Ampicilina/Sulbactam 3g IV 6/6hs
Sepse se foco comunitária	Hemocultura 2 amostras RX tórax Urocultura		Oxacilina 2g IV 4/4hs + Amicacina 15mg/kg IV 1x ao dia

Observações:

- Sempre colher culturas antes de entrar com antibióticoterapia
- Colher hemoculturas sempre que possível no início do pico febril
- Não utilizar Sulfametoxazol/trimetropin em gestantes no terceiro trimestre
- Não utilizar aminoglicosídeos em gestantes no primeiro trimestre
- Evitar o uso de antibióticos com potente ação anaeróbia em gestantes no terceiro trimestre (Ampicilina/sulbactam, Clindamicina, metronidazol, vancomicina)
- Situações não contempladas nos esquemas acima ou em caso de dúvida, entrar em contato com a CCIH (ramal 19366).

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CA ISM/ONCO13
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 3 de 6
Título do Procedimento: Diagnóstico e Tratamento de Infecções		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Protocolo de Neutropenia Febril

1. Conceito:

Temperatura axilar de 38,3°C e estado febril por pelo menos uma hora, associado a contagem de neutrófilos menor que 500 ou menor que 1000 com previsão de queda para menos de 500 em 24 a 48 horas.

2. Avaliação inicial:

Exame físico: com atenção para sítios menos prováveis como pele, couro cabeludo, unhas.

Laboratório:

- Duas hemoculturas periféricas de sítios diferentes, se paciente com cateter colher uma amostra do cateter e identificar.
- Avaliação bioquímica completa: prenal0, pelet0, p hep0, TPAPTTA, BI, LDH, URI
- Outras culturas: CRD e Rotgram do escarro, urocultura, coprocultura (se diarreia), outros sítios se sinal de infecção.
- Biopsia de pele se lesão recente

3. Identificação de pacientes de baixo risco:

Os pacientes serão identificados como baixo risco se preencherem todos os critérios abaixo:

- Pacientes em quimioterapia ambulatorial
- Hemodinamicamente estável
- Duração da neutropenia esperada de menos de 7 dias
- RX de tórax normal ou sem sinais de infecção recente
- Função renal e hepática normal

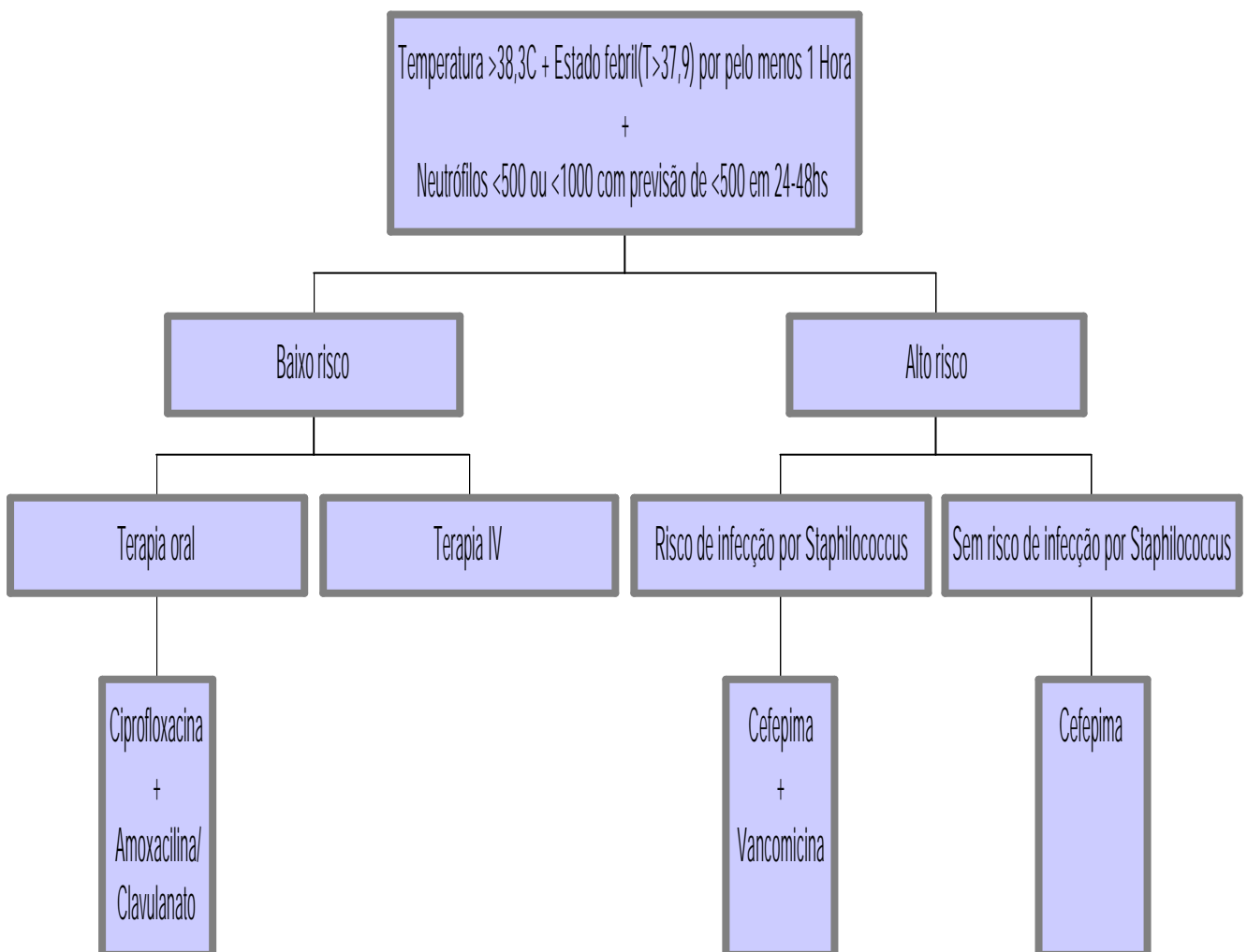
Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CA ISM/ONCO13
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 4 de 6
Título do Procedimento: Diagnóstico e Tratamento de Infecções		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- Recuperação da medula rápida
- Ausência de alteração mental
- Neoplasia em remissão
- Possibilidade de reavaliação em 24 horas
- Facilidade de acesso ao serviço de saúde

4. Tratamento inicial:



Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:

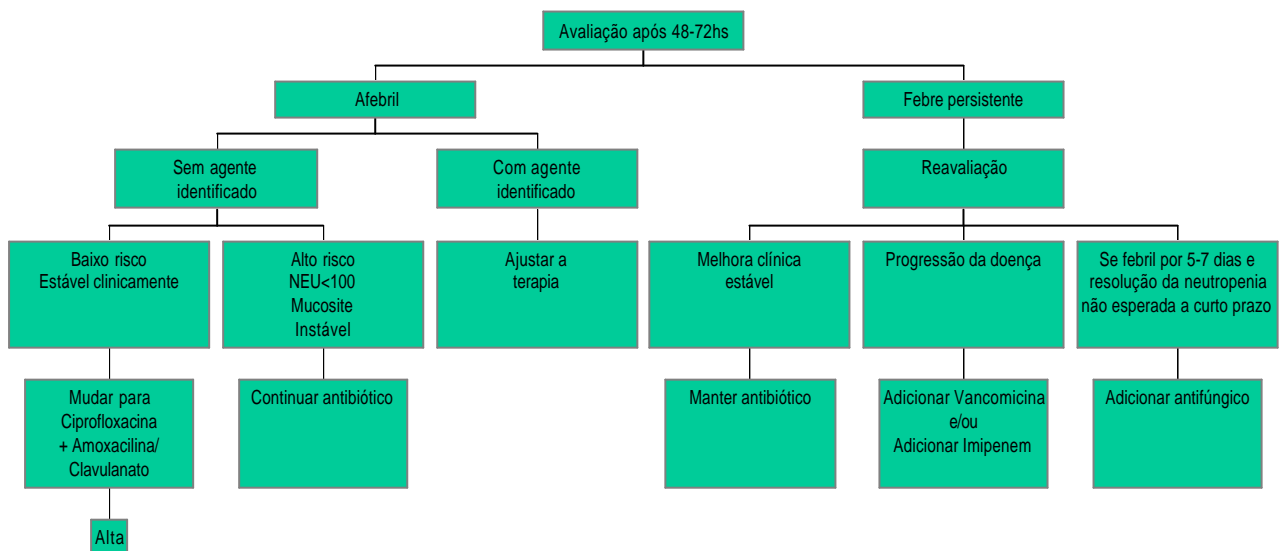


CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CA ISM/ONCO13
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 5 de 6
Título do Procedimento: Diagnóstico e Tratamento de Infecções		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Indicações do uso de Vancomicina:

- Suspeita de infecção do cateter – infecção na inserção do cateter ou no caso de portocath infecção de túnel.
- Colonização prévia por *Staphylococcus aureus* resistente a oxacilina
- Laboratório com cultura para Gram positivo em identificação

5. Reavaliação após 48-72 horas:

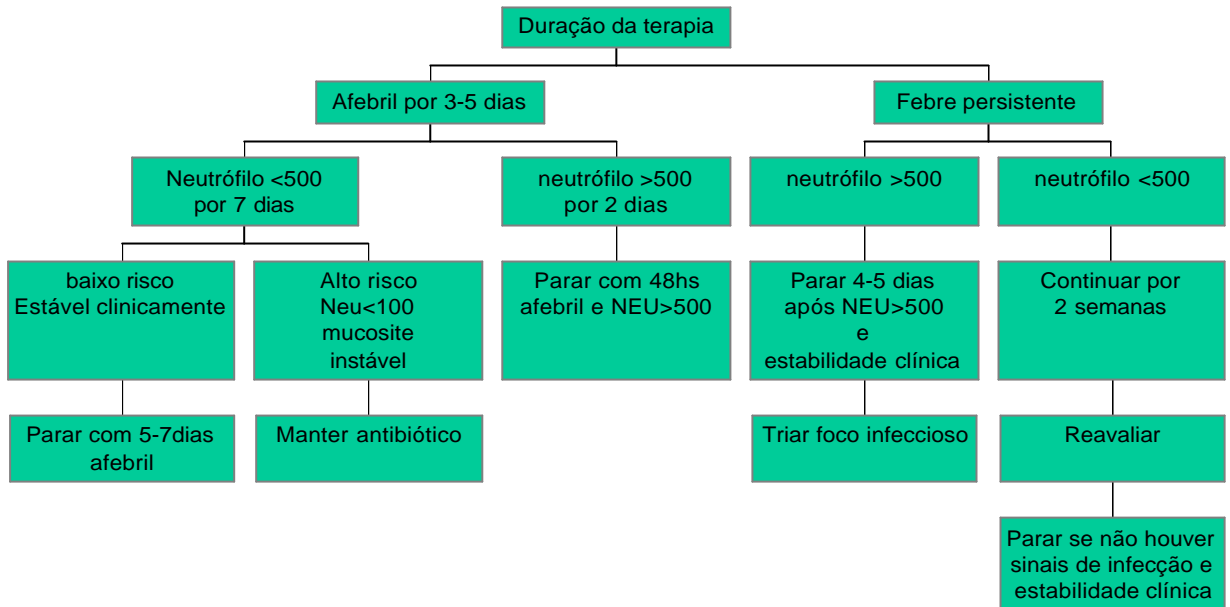


Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CA ISM/ONCO13
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 6 de 6
Título do Procedimento: Diagnóstico e Tratamento de Infecções		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

6. Duração da terapia



Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO14
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 1
Título do Procedimento: Terapia Nutricional		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- *Dietas*: geral; com resíduo; sem resíduo; líquida; branda; pastosa; para diabética; para hipertensa; para nefropata, para hepatopata.
- pacientes hospitalizadas (fórmula de Harris-Benedict): $655 + (9,6 \times \text{peso}) + (1,8 \times \text{altura}) - (4,7 \times \text{idade}) = \text{Kcal}$ (Peso=Kg, altura=cm, idade=anos).
- Em *pacientes com soro* acrescentar em cada frasco: 1 ampola de vitamina C; 1 ampola de complexo B; 1 ampola de 10ml de KCl a 19,1% e 1 ampola de 10ml de NaCl a 20%.
- A alimentação através da *sonda de Dobhoff* está indicada quando a paciente não estiver se alimentando e não houver necessidade de descanso intestinal.
- *Nutrição Parenteral (NPP)* está indicada em pacientes com severa depleção protéica e/ou que necessitem de repouso das alças intestinais. Está indicada nas portadoras de carcinoma de ovário em tratamento, nas enterites actínicas e quando a paciente for submetida a cirurgias, geralmente derivações. O controle da paciente em NPP é feito com exame clínico (peso), sódio, potássio, cloro, uréia, creatinina e glicemia. *Estes exames serão diários durante uma semana e então bi-semanais.* Semanalmente dosar cálcio, magnésio, fósforo, transaminases, bilirrubinas e realizar proteinograma e hemograma.

Elaborado por: Luiz Carlos Teixeira e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CASM/ONCO15
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 1
Título do Procedimento: Fluídos e Eletrólitos		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- *Administração de líquidos IV:* deve ser feita quando a paciente estiver temporariamente incapaz de ingerir alimentos e líquidos. Para os casos prolongados dar preferência à sonda naso-enteral de Dobhoff .
- *Hidratação:* a administração de 2.000 -3.000 ml de água/dia deverá produzir uma diurese de 1.000 a 1.500ml/dia. Assim, o esquema habitual de hidratação IV consiste em:
 - SGF-1.000ml + KCl 19,1%-10ml - IV/12-12h ou
 - SG 5%-1.000ml + NaCl 20%-10ml + KCl 19,1%- 10ml - IV/12-12h ou
 - SF 0,9%-1.000ml + Glicose 25%-10ml + KCl 19,1%- 10ml - IV/12-12h
 - *Reposições das secreções por 100ml de perda*
 - Vômito = 700ml SG5% + 300ml SF + 2 mEq de K
 - Diarreia = 1.000 ml SG 5% + 35 mEq de K + 45 mEq HCO₃

Elaborado por: Luiz Carlos Teixeira e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006	
Revisado por:		Data:	
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO16
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 3
Título do Procedimento: Hemoderivados		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Hemotransfusão – As orientações devem seguir o Manual de Orientações para uso de Hemocomponentes, hemoderivados e afereses terapêuticas do Centro de Hematologia e Hemoterapia da Unicamp

- Uso de sangue total deverá ser restrito a casos de anemia aguda e hipovolemia, mesmo assim, somente quando não houver controle com concentrados de hemácias, cristalóides e colóides.
- Pacientes crônicas adaptam-se melhor aos estados anêmicos. Não indicar transfusões para aumentar a sensação de bem-estar. A adequada oxigenação tissular é obtida, em normovolêmicas, com Hb de 7g% a 8g%.
- Antes de indicar transfusões, utilizar eritropoetina, ferro, vitamina B12, ácido fólico e andrógenos, de acordo com a necessidade de cada caso.
- A indicação da transfusão deve ser por critério clínico. Não usar a Hb como guia, exceção feita à radioterapia, pois sua eficácia é proporcional ao nível de oxigenação tissular (aconselhável Hb de 10g%).

➤ Indicações de transfusão de sangue total reconstituído ou concentrado de hemácias

- Hemorragia aguda com perda estimada de 25% da volemia. Ocorre nos casos de câncer do colo uterino. Hemorragia com perda de >25% da volemia no intra-operatório.
- Hb<10g% ou Ht<30% em pacientes assintomáticas no pré-operatório.
- Renais crônicas que não respondem ao tratamento com eritropoetina.
- Hb<8g% em pacientes estáveis submetendo-se a quimioterapia e/ou radioterapia, ou menor que 10g% em pacientes instáveis. Uma unidade de concentrado de hemácias eleva em 1 g a Hb e 3% o Ht.
- Se a paciente tiver antecedente de reações febris, infecção por citomegalovírus, reações urticariformes e anafiláticas em transfusões

Elaborado por: HEMOCENTRO e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO16
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 3
Título do Procedimento: Hemoderivados		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

anteriores, solicitar transfusão de concentrado de hemácias desleucotizadas (por filtração ou lavagem).

➤ *Para transfusão de granulócitos*

- Septicemia bacteriana ou infecção fúngica disseminada que não respondem a antibioticoterapia e em pacientes com menos de 500 granulócitos por mm.

➤ *Para transfusão de plaquetas*

- Plaquetometria menor que 5.000/ mm; em pacientes assintomáticas. Uma unidade de plaquetas eleva a plaquetometria em 5.000/ mm.
- Plaquetometria menor que 20.000/ mm; em pacientes com sinais de sangramento (petéquias, equimoses...).
- Nos casos em que se transfundiu mais de 10 unidades de concentrado de hemácias ou reposição da volemia em 24 horas, transfundir 2 unidades de plaquetas ou plasma fresco congelado (PFC) que aumentam os fatores de coagulação em 2%-3%.
- TP ou TTPA prolongado (até 1,5 vezes) com hemorragia ativa.
- Reversão de intoxicação por dicumarínico.

➤ *Indicações de transfusão de albumina*

- Paracenteses de repetição (mais de uma a cada 15 dias) e níveis séricos menor que 2g/l. Albumina humana 20% - 50ml (10g/frasco) IV em 60 min 1 a 2 vezes ao dia. Albumina humana 4%: diluir 5 frascos (250ml) em 750ml SF 0,9% e aplicar 1 vez ao dia.
- Nos casos em que se transfundiu mais de 10 unidades de concentrado de hemácias ou reposição da volemia em 24 horas.
- Diálises seguidas (mais de uma por semana).

Elaborado por: HEMOCENTRO e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006	
Revisado por:		Data:	
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO16
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 3 de 3
Título do Procedimento: Hemoderivados		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- Insuficiência cardíaca e derrames cavitários não neoplásicos em pacientes hipoalbuminêmicas.

Indicação de fatores de crescimento medular

- Eritropoetina (Hemax, Eprex) = insuficiência renal crônica (câncer do colo) com Hb menor que 8g %, anemia por radioterapia ou quimioterapia com Hb<10g%.
- G-CSF - Filgrastima(Granulokine), Lenograstima (Granocyte) ou GM-CSF - Molgrastima(Leucomax)= Granulocitopenia pós radioterapia ou quimioterapia e hipoplasia medular pós quimioterapia com febre (neutropenia febril).
- Oprevecina (Neumega) estimulador das plaquetas, 50mcg/kg sub cutânea.

Elaborado por: HEMOCENTRO e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO17
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 2
Título do Procedimento: Auto-Transfusão / Pré-Depósito		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Auto-Transfusão Pré-Depósito – Orientações para o cirurgião

Objetivos

- Estabelecer rotina para procedimento de transfusão autóloga em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, diminuindo a utilização de sangue homologado.

Princípio / Aplicação

- Aplica-se a pacientes que se submeterão a cirurgias com grande chance de necessitar de suporte hemoterápico (2 unidades de Concentrados de hemácias ou mais)

Procedimentos

- Encaminhar o paciente com relatório médico contendo **diagnóstico, doença de base, doenças associadas, número do HC, data da cirurgia.**
- Providenciar o prontuário do paciente. (Se não for possível, fazer relatório bem completo)
- A inclusão do paciente no programa, volume a ser colhido e intervalo entre cada coleta serão definidos pelo hemoterapeuta.
- Será seguido o padrão de reserva cirúrgica (sistema informativo do centro cirúrgico ou padronização da unidade) para cada cirurgia.
- **Pacientes com mais de 45anos deverão ter ECG, mesmo assintomáticos**
- Encaminhar os pacientes no mínimo 35 dias antes da cirurgia, para que seja possível a avaliação e coleta do número de bolsas necessário.

Elaborado por: HEMOCENTRO e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO17
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 2
Título do Procedimento: Auto-Transfusão / Pré-Depósito		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Reposição de Ferro

- Sulfato ferroso em dose terapêutica (15mg/kg/dia – pacientes com 70kg = 4cps/dia) . Prescrever 2cps VO 1 hora antes das refeições (almoço e jantar)

A seleção dos pacientes será feita com base nos critérios a seguir:

Critérios de inclusão

- Hb =11 g/dl
- Idade entre 12 e 65 anos (fora desta faixa etária será feita uma avaliação individual)
- Peso mínimo de 30kg

Critérios de exclusão

Cardiopatas com contra-indicação absoluta:

- estenose aórtica significativa
- angina instável com episódios freqüentes e/ou prolongados
- episódios de IAM nos últimos 6 meses
- doença coronariana importante
- cardiopatia cianótica
- hipertensão arterial não-controlada

Outros

- Infecção bacteriana ativa (inclusive sintomas intestinais no primeiro dia da doação)
- Gestantes com quadro de hipertensão, pré-eclâmpsia, diabetes mellitus, ou associado ao baixo fluxo placentário e/ou retardo do crescimento intra-uterino.
- Paciente com epilepsia mal controlada ou episódio convulsivo no último ano. Os demais casos com antecedente de convulsão serão avaliados pelo hemoterapeuta.

Obs: o paciente deve evitar alimentação copiosa previamente à doação

Elaborado por: HEMOCENTRO e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006	
Revisado por:		Data:	
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO18
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 4
Título do Procedimento: Cuidados Pré-Operatórios		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Verificar que tenham sido efetuados os exames de rastreamento de neoplasias outras que não a que seja o objetivo primário de tratamento (Papanicolaou para pacientes de Mama, Mamografia para as demais pacientes, conforme o grupo de risco). Eventualmente providenciar pedidos e instruções para após a alta hospitalar.

1. Preparo Intestinal – Deve ser realizado em todas as pacientes que serão submetidas a Laparotomias por suspeita de neoplasias malignas do útero ou ovário, ou ainda correções de hérnias, fechamento de colostomias ou qualquer cirurgia com risco de lesões de alças, CONFORME ORIENTAÇÃO ABAIXO:.

48h ANTES DA CIRURGIA:

- Dieta líquida, sem resíduos;
- Clister glicerinado via retal antes do início do preparo de cólon;
- MANITOL- 750 ml diluídos em 750 ml de suco de laranja em 3 horas

24h ANTES DA CIRURGIA:

- Dieta líquida até o almoço e após água e chá até às 22 h;
- MANITOL - 750 ml diluídos em 750 ml de suco de laranja em 3 horas
- HIDRATAÇÃO: Soro glicosado 5% - 1000 ml
NaCl 20% -----10ml
KCl 19,1 %----- 10 ml
Aplicar E.V. a cada 8 horas, a partir das 14 horas.
- Jejum VO a partir das 22 h.

Dosar potássio à tarde, cobrar o resultado à noite, iniciar reposição, se necessário, durante o plantão noturno de forma a ter nova dosagem antes das 6h da manhã.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO18
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 4
Título do Procedimento: Cuidados Pré-Operatórios		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

2. Outros Cuidados Gerais:

CARDIOLÓGICOS: Pacientes com mais de 40 anos, cardiopatas ou hipertensas dever ser submetidas a avaliação da cardiologia pré-operatória.

HEMOTERAPIA: pedir reserva de sangue de acordo com o porte da cirurgia (habitualmente são solicitadas duas unidades de concentrado de hemácias para estadiamentos cirúrgicos e W. Meigs)

ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILÁTICA: Cefazolina (Kefazol) 1,5g E.V. (na indução anestésica) e 3,0 g em duas tomadas no pós-operatório (consultar o protocolo do CCIH vigente).

ANTICOAGULANTE PROFILÁTICO: Em pacientes obesas, com idade superior a 60 anos ou com fatores de risco para trombose venosa aplicar Heparina por via subcutânea, 5.000 unidades a cada 8 horas. Iniciar 8 horas antes da cirurgia e manter enquanto paciente estiver acamada.

INDICAÇÃO PARA O USO DE MEDICAMENTOS GASTROPROTETORES (Antagonistas H2; inibidores de bomba de prótons):

Coagulopatias

Ventilação Mecânica por mais de 48h

História Progressiva de Úlcera e/ou Hemorragia Digestiva no último ano.

Existência de pelo menos dois dos fatores abaixo:

- Sepses
- Tempo de internação >07 dias
- Sangramento oculto há pelo menos 06 dias

Uso de altas doses de corticóide

Situações clínicas especiais:

- Glasgow <10

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção: Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO18
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 3 de 4
Título do Procedimento: Cuidados Pré-Operatórios		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- Grande queimado
- Politrauma
- Trauma raquimedular
- Pós-operatória de Hepatectomia
- Disfunção grave/ falência hepática.

MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NO CAISM:

Ranitidina:

Comprimido 150mg, solução 15mg/ml, frasco 120mg, solução injetável 25mg/ml, ampola 2 ml (EV,IM).

Regime posológico segundo o clearance de creatinina:

NORMAL	150mg/dia
25 a 50 ml/ min	100 mg/ dia
<25ml/min	50 mg/ dia EV
DIÁLISE	100 mg/ dia EV

OBS: NO PACIENTE GRAVE A TROCA POR UM OUTRO ANGENTE ANTI-SECRETOR DEVERÁ SER CONSIDERADA QUANDO PLAQUETOPENIA INFERIOR A 50.000, NA AUSÊNCIA DE OUTRO FATOR DE RISCO.

Omeprazol:

Cápsula 40 mg (pellets);

Regime posológico: 40 mg/dia VO ou SNG.

O omeprazol deverá ser administrado em jejum pelo menos 40 min antes do café da manhã, pois alimentos inibem sua absorção. Em caso de administração por SNG as cápsulas deverão ser abertas e os pellets apenas misturados em água ou suco de frutas cítricas (NÃO PODEM SER AMASSADOS OU TRITURADOS).

O uso do Omeprazol em gestantes (RISCO C), lactantes e RN devem ser evitados devido a falta de evidências na literatura para liberação de seu uso.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO18
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 4 de 4
Título do Procedimento: Cuidados Pré-Operatórios		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

3. USO DE CATÉTER CENTRAL E CONTROLE DA PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC): Deve ser cateterizada uma veia central no pré-operatório das pacientes que serão submetidas a cirurgia de grande porte ou com maior risco cirúrgico . O “Intra-cath”, deve ser instalado quando já autorizada a cirurgia e quando confirmada a reserva de sangue, sob supervisão de médico oncologista ou intensivista. É necessário um controle radiológico após a colocação do catéter. Caso haja impossibilidade técnica para a colocação de “intra-cath” poderá ser realizada flebotomia. Para a medida da PVC deve ser considerado como nível zero o colchão da cama, sendo o nível adequado para a paciente o correspondente a 2/3 da altura do tórax.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO19
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 17
Título do Procedimento: Tratamento de Infecção de Ferida Cirúrgica		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Antibioticoprofilaxia Cirúrgica

Infecção em Sítio Cirúrgico

As Infecções em Sítio Cirúrgico (ISC) são as maiores fontes de morbidade e mortalidade entre os pacientes submetidos a cirurgias. Estima-se que as ISC prolonguem o tempo de internação em média mais de sete dias e conseqüentemente o custo do procedimento. Sua incidência pode variar, sendo em média de 2 a 5% para as cirurgias consideradas "limpas". As ISC correspondem a aproximadamente 38% do total das infecções hospitalares em pacientes cirúrgicos e 16% do total de infecções hospitalares.

Diversos fatores aumentam a incidência de ISC: alguns tipos de cirurgias, como cirurgias cardíacas e queimados; cirurgias realizadas em grandes hospitais, pacientes adultos em comparação com pediátricos e a quantidade de inóculo bacteriano introduzido no ato cirúrgico. Com base em estudos que demonstraram a positividade de culturas do intra-operatório como um preditor de infecção, as cirurgias são classicamente categorizadas segundo o seu potencial de contaminação, com o objetivo de estimar a probabilidade da ocorrência de ISC.

Cirurgias Limpas

Sítio cirúrgico sem sinais de inflamação, sem contato com trato respiratório, alimentar genital e urinário. O fechamento deve ser primário com drenagem quando necessária fechada.

Cirurgias Potencialmente Contaminadas

Sítio cirúrgico entra nos tratos respiratório, genital, gastrointestinal ou urinário em condições controladas e sem contaminação acidental.

Cirurgias Contaminadas

Feridas abertas acidentalmente ou cirurgias com quebra importante de técnica asséptica ou grande contaminação do trato gastrointestinal. Cirurgias que entram no trato urinário com urina infecciosa ou trato biliar com bile infectada ou cirurgias onde é achado tecido inflamatório agudo não purulento.

Cirurgias infectadas

Lesões traumáticas antigas com tecido desvitalizado, corpo estranho, contaminação fecalóide, quando há perfuração inesperada de víscera.

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO19
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 17
Título do Procedimento: Tratamento de Infecção de Ferida Cirúrgica		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Diagnóstico

Clinicamente, a ferida cirúrgica é considerada infectada quando existe presença de drenagem purulenta pela cicatriz, esta pode estar associada à presença de eritema, edema, calor rubor, deiscência e abscesso. Nos casos de infecções superficiais de pele, o exame da ferida é a principal fonte de informação; em pacientes obesos ou com feridas profundas em múltiplos planos (com após toracotomia) os sinais externos são mais tardios.

O diagnóstico epidemiológico das ISC deve ser o mais padronizado possível para permitir a comparação ao longo do tempo em um determinado serviço e também a comparação entre os diversos serviços e instituições. Para isto, o Center for Diseases Control and Prevention (CDC), nos EUA, criou definições de ISC que são mundialmente usadas para vigilância epidemiológica:

Infecção de Sítio Cirúrgico Incisional Superficial

Deve ocorrer em 30 dias após o procedimento e envolver apenas pele e tecido subcutâneo e apresentar pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:

1. Drenagem de secreção purulenta da incisão
2. Microrganismo isolado de maneira asséptica de secreção ou tecido
3. Pelo menos um dos sinais e sintomas e a abertura deliberada dos pontos pelo cirurgião exceto se cultura negativa: dor, edema, eritema ou calor local.
4. Diagnóstico de infecção pelo médico que acompanha o paciente

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO19
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 3 de 17
Título do Procedimento: Tratamento de Infecção de Ferida Cirúrgica		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Infecção do Sítio Cirúrgico Incisional Profunda

Deve ocorrer em 30 dias após o procedimento se não houver implante ou um ano se houver implante. A infecção deve envolver os tecidos moles profundos (músculo ou fascia) e apresentar pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:

1. Drenagem purulenta de incisão profunda
2. Incisão profunda com deiscência espontânea ou deliberadamente aberta pelo cirurgião quando o paciente apresentar pelo menos um dos sinais ou sintomas: febre, dor localizada, edema e rubor exceto se cultura negativa.
3. Abscesso ou outra evidencia de infecção envolvendo fascia ou músculo, achada ao exame direto, re-operação, histopatológico ou radiológico.
4. Diagnóstico de infecção incisional profunda pelo médico que acompanha o paciente.

Infecção de órgão/espço

Deve ocorrer em 30 dias após o procedimento se não houver implante ou um ano se houver implante. Envolver qualquer outra região anatômica do sitio cirúrgico que não a incisão e apresentar pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:

1. Drenagem purulenta por dreno locado em órgão ou cavidade
2. Microrganismo isolado de maneira asséptica de secreção ou tecido de órgão ou cavidade
3. Abscesso ou outra evidencia de infecção envolvendo órgão ou cavidade achada ao exame direto, reoperação, histopatológico ou radiológico.
4. Diagnóstico de infecção de órgão/espço pelo médico que acompanha o paciente.

Agentes Etiológicos

A fonte mais freqüente é a flora endógena do paciente; estima-se que após 24hs do procedimento a ferida cirúrgica está selada e, portanto, protegida da contaminação exógena. Infecções à distância podem ser fonte de microorganismos que contaminam a ferida cirúrgica e devem ser pesquisados e tratados no pré-operatório de cirurgias eletivas. Fontes exógenas podem ter importância durante o ato cirúrgico, portanto uma rigorosa técnica asséptica deve ser mantida com intuito de prevenir a contaminação.

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO19
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 4 de 17
Título do Procedimento: Tratamento de Infecção de Ferida Cirúrgica		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

O ar pode ser veículo de transmissão de alguns patógenos em casos especiais, como por exemplo, casos de infecção por *Streptococcus* do grupo A transmitida por pessoas da equipe cirúrgica. Estratégias como as salas cirúrgicas com fluxo laminar e/ou radiação ultravioleta só foram eficazes em reduzir as taxas de ISC em cirurgias para colocação de prótese de quadril ou joelho.

Os agentes mais frequentes de ISC são os contaminantes comuns da pele do paciente: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* e outros *Staphylococcus* coagulase negativa. Em cirurgias abdominais existe uma maior frequência de enterobactérias e *Enterococcus sp.* Na faixa etária pediátrica e em recém nascidos as enterobactérias são mais frequentemente encontradas do que em pacientes adultos. Em queimados, o *S.aureus* é o agente mais comum seguido da *Pseudomonas aeruginosa*. A incidência de bactérias Gram-negativas e *Enterococcus sp* aumenta com o tempo de internação. A incidência de fungos vem crescendo devido ao grande número de pacientes imunodeprimidos, entre eles, as espécies de *Candida*, principalmente *albicans* e *tropicalis* são os agentes mais comuns.

Fatores de Risco

O risco de ocorrência de ISC é determinado por: **a)** dose do inóculo microbiano no sítio cirúrgico; **b)** virulência do microrganismo; **c)** resistência imunológica do hospedeiro; **d)** status fisiológico do sítio cirúrgico no final da cirurgia, que é influenciado pela quantidade de tecido desvitalizado, técnica cirúrgica empregada e doença de base do paciente.

Os fatores de risco **referentes ao hospedeiro** são:

- *Diabetes mellitus* - um controle glicêmico adequado no pré-operatório e no intra-operatório é recomendável; o controle glicêmico no pós-operatório facilita a cicatrização e diminui o tempo de internação.

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO19
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 5 de 17
Título do Procedimento: Tratamento de Infecção de Ferida Cirúrgica		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- Tabagismo – o paciente deve ser orientado no pré-operatório a parar de fumar ou diminuir o uso de qualquer forma de consumo de tabaco
- Obesidade – dificulta a cicatrização e a concentração tecidual adequada do antibiótico profilático
- Perda rápida e recente de peso - pode ser um fator de risco principalmente por estar associada à desnutrição
- Desnutrição – se possível postergar a cirurgia para que o paciente melhore o estado nutricional, a albumina pode ser um bom marcador para controle.
- Idade avançada
- Imunossupressão – secundária ao uso de corticóide ou outros imunossupressores ou a doença de base, contudo, não existe consenso sobre a eficácia em reduzir a imunossupressão para realização de procedimentos para controle de ISC.
- Infecções de sítios distantes – devem ser pesquisadas e tratadas no pré-operatório.

Os fatores de risco **relacionados à assistência pré-operatória** são:

- Tempo de internação pré-operatório – principalmente se o paciente estiver em Unidade de Terapia Intensiva. A internação pré-operatória prolongada favorece a substituição da flora endógena do paciente, aumentando o risco de aquisição de microrganismos multi-resistentes.
- Tricotomia extensa – principalmente se os pêlos forem raspados, pois este procedimento produz micro lesões que aumentam a colonização da pele e dificultam a anti-sepsia da mesma. Quanto mais precoce a tricotomia, maior o risco.

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO19
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 6 de 17
Título do Procedimento: Tratamento de Infecção de Ferida Cirúrgica		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Os fatores **relacionados ao intra-operatório** são:

- Tempo intra-operatório prolongado – por aumentar o risco de contaminação da ferida, aumentar a lesão tecidual, aumentar a imunossupressão por perda de sangue, diminuir o efeito do antibiótico profilático quando não repicado e aumentar o número de suturas e uso do cautério.
- Técnica cirúrgica como: manipulação intensa, abertura inadvertida de víscera, controle inadequado de sangramento, espaço morto, quantidade de tecido desvitalizado.
- O uso de drenos – por permitir a migração retrógrada de bactérias da flora da pele

Prevenção

São três as principais estratégias para reduzir e prevenir as ISC:

- Diminuir o montante e o tipo de contaminação
- Melhorar as condições da ferida
- Melhorar as defesas do hospedeiro

A antibioticoprofilaxia deve ser realizada antes do início da cirurgia para que no momento da incisão da pele exista concentração tecidual adequada. Como *S.aureus* é o agente mais freqüente de infecção a profilaxia deve ser realizada com antibióticos com atividade para este agente, geralmente cefalosporinas de primeira e segunda geração. Caso a cirurgia seja prolongada, existe uma grande perda volêmica ou o paciente for obeso mórbido é recomendável uma segunda dose intra-operatória. O uso de antibiótico profilático que tem início no pós-operatório imediato e se estende por longos períodos não previne nem cura a inflamação ou infecção.

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO19
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 7 de 17
Título do Procedimento: Tratamento de Infecção de Ferida Cirúrgica		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Os mais atuais guias para prevenção das infecções hospitalar são baseados em evidências científicas e categorizam as suas recomendações de acordo com a força destas evidências. O CDC classifica suas recomendações de acordo com as seguintes categorias:

- **Categoria IA:** são medidas fortemente recomendadas para implementação e fortemente suportadas por estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos bem desenhados.
- **Categoria IB:** são medidas fortemente recomendadas para implementação e suportadas por alguns estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos e com forte razão teórica.
- **Categoria IC:** são medidas determinadas por regulamentações, normas ou padrões governamentais.
- **Categoria II:** são medidas sugeridas para implementação e são suportadas por estudos clínicos ou epidemiológicos indicativos e com uma razão teórica.
- **Tópicos não resolvidos ou sem recomendações:** são medidas para as quais as evidências científicas são insuficientes ou não há consenso relativo a sua eficácia.

As recomendações do CDC com os níveis de evidência IA, IB e II para prevenção de ISC são apresentadas no quadro a seguir.

Recomendações do CDC para Prevenção de ISC	
Recomendação	Nível da Recomendação
Preparação Pré-operatória do paciente	
Diagnosticar e tratar infecções em sítios distantes antes do procedimento	IA
Internação pré-operatória mais breve possível	IA
Se for necessário realizar a tricotomia, fazê-la imediatamente antes da cirurgia, com o uso de tricotomizador.	IA

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO19
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 8 de 17
Título do Procedimento: Tratamento de Infecção de Ferida Cirúrgica		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Recomendações do CDC para Prevenção de ISC	
Recomendação	Nível da Recomendação
Preparação Pré-operatória do paciente	
Controle glicêmico adequado: manter glicemia do intraoperatório <200	IB
Recomendar parar de fumar no mínimo 30 dias antes do procedimento	IB
Prescrever banho pré-operatório com anti-séptico na noite anterior e na manhã da cirurgia	IB
Lavar e limpar a pele ao redor da incisão para remover contaminação grosseira antes de aplicar solução anti-séptica	IB
Usar anti-séptico adequado para preparo da pele: Clorhexidine, PVPI	IB
Aplicar anti-séptico em círculos concêntricos de dentro para fora, na área da incisão, em possíveis novas incisões e na inserção de drenos.	IB
Considerar postergar a cirurgia em caso de desnutrição severa, realizar controle pela albumina	II
Anti-sepsia das mãos e antebraço de toda equipe cirúrgica	
Manter unhas curtas e não usar unhas artificiais	IB
Realizar escovação até acima do cotovelo antes de tocar em campos ou instrumentos estéril ou pele preparada do paciente	IB
Limpar abaixo da unha antes da escovação	IB
Realizar escovação de 3-5 minutos com anti-séptico adequado	IB
Após escovação manter as mãos para cima, longe do corpo, enxugar com toalha estéril e colocar avental e luvas estéreis.	IB
Não usar adereços em braços e mãos	II
Antibiótico Profilático	
Selecionar antimicrobiano profilático baseado no agente mais comum para o procedimento específico	IA
Para Cesárea administrar imediatamente após o clampeamento do cordão	IA
Administrar antibiótico intravenoso, exceto nos casos de cirurgia colo-retal, nesses casos associar antibiótico via oral.	IA
Administrar antibiótico antes da cirurgia pra que haja concentração adequada de antibiótico no momento da incisão da pele. Idealmente 30 minutos antes	IA
Não estender a profilaxia no pós-operatório	IB

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO19
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 9 de 17
Título do Procedimento: Tratamento de Infecção de Ferida Cirúrgica		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Recomendações do CDC para Prevenção de ISC		
Recomendação		Nível da Recomendação
Preparação Pré-operatória do paciente		
Considerar doses adicionais no intra-operatório: se a cirurgia se estender mais que a meia vida estimada do antibiótico; se houver grande perda de sangue; se a operação forem obesos mórbidos.		IB
Não usar vancomicina como profilaxia de rotina		IB
Administrar antibiótico o mais próximo possível da indução anestésica		II
Cuidados intra-operatórios		
• Sala Cirúrgica		
Não realizar limpeza ou desinfecção especial após cirurgias contaminadas ou infectadas		IA
Não usar tapetes na entrada da sala cirúrgica com objetivo de controlar infecção		IA
Manter pressão positiva da ventilação da sala cirúrgica em relação ao corredor e áreas adjacentes		IB
Manter no mínimo 15 trocas de ar por hora sendo pelo menos 3 trocas com renovação		IB
Filtrar todo ar com filtros apropriados e aprovados pelo órgão competente		IB
Introduzir todo ar pelo teto a exaustão pelo chão		IB
Manter as portas da sala fechadas exceto para passagem de equipamento, profissionais e pacientes.		IB
Quando sujeira visível ou contaminação com sangue ou fluídos corporais nos equipamentos durante a cirurgia, usar desinfetante registrado no órgão competente, para limpeza antes da próxima cirurgia.		IB
Realizar limpeza terminal na sala cirúrgica após a última cirurgia com desinfetante registrado no órgão competente		IB
Não realizar de rotina coleta de amostras ambientais da sala cirúrgica; colher esse tipo de material apenas quando indicado como parte de uma investigação epidemiológica.		IB
Esterilizar todos os instrumentais cirúrgicos de acordo com as recomendações da CCIH		IB
Utilizar esterilização Flash para materiais que precisem ser esterilizados com urgência		IB
Não utilizar esterilização Flash rotineiramente por conveniência ou para poupar tempo		IB
Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO19
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 10 de 17
Título do Procedimento: Tratamento de Infecção de Ferida Cirúrgica		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Recomendações do CDC para Prevenção de ISC	
Recomendação	Nível da Recomendação
Preparação Pré-operatória do paciente	
• Curativos e campos cirúrgicos	
Não usar propé com intuito de prevenir infecção	IA
Trocar a paramentação quando visivelmente molhada, suja, contaminada e ou permeada de sangue ou outros materiais potencialmente infecciosos.	IB
Usar máscara cirúrgica que cubra completamente a boca e o nariz quando entrar na sala cirúrgica se o material estéril estiver exposto ou a cirurgia já tiver começado. Usar máscara durante todo o procedimento	IB
Toda a equipe cirúrgica deve usar luva estéril que deve ser colocada após o avental estéril	IB
O avental e campo cirúrgico devem ser de material impermeável	IB
Usar propé que cubra o pé e tornozelo, quando risco de contaminação para o profissional for previsto.	II
• Anestesia	
Toda a equipe anestésica deve seguir as recomendações para controle de infecção durante a cirurgia	IA
• Técnica Cirúrgica	
Manipular os tecidos delicadamente, manter hemostasia efetiva, minimizar tecidos desvitalizados e corpos estranhos, erradicar espaço morto no sítio cirúrgico.	IB
Postergar o fechamento primário ou deixar a incisão aberta para fechamento por segunda intenção se o campo cirúrgico for severamente contaminado	IB
Se o dreno for necessário, usar dreno fechado de sucção. Colocar o dreno em uma incisão separada e remover assim que possível	IB
Cuidados pós-operatórios com a incisão	
Manter a incisão fechada com curativo estéril pelas primeiras 24-48 horas. Manter o curativo seco e não remover durante o banho	IA
Lavar a mão com anti-séptico antes de manipular o curativo ou sítio cirúrgico	IA
Orientar o paciente e familiares como cuidar da cicatriz e identificar sinais e sintomas de infecção e a quem e onde reportar esses achados	II
Vigilância Epidemiológica	
Usar as definições do CDC para identificar ISC	IB

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO19
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 11 de 17
Título do Procedimento: Tratamento de Infecção de Ferida Cirúrgica		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Recomendações do CDC para Prevenção de ISC	
Recomendação	Nível da Recomendação
Preparação Pré-operatória do paciente	
Para busca de casos utilizar a observação prospectiva direta, indireta ou uma combinação das duas durante a internação. Utilizar um sistema de vigilância pós-alta que seja compatível com os recursos e atenda a necessidade de obtenção de dados	IB
Para os pacientes que realizaram cirurgias que foram escolhidos para vigilância, registrar todas as variáveis que podem estar envolvidas em um risco aumentado de ISC.	IB
Após o final da cirurgia um membro da equipe cirúrgica deve definir o potencial de contaminação da cirurgia	IB
Periodicamente calcular as taxas de ISC por procedimento específico estratificadas pelas variáveis que são preditivas de risco para ISC	IB
Reportar, apropriadamente estratificadas, as taxas de ISC para cada membro da equipe cirúrgica. O formato e a frequência serão determinados pelo volume cirúrgico e os objetivos locais	IB

Profilaxia Cirúrgica

A profilaxia cirúrgica é indicada para as cirurgias com maior risco de infecção, ou seja, cirurgias potencialmente contaminadas, quando ocorreu quebra de técnica asséptica durante o procedimento com contaminação do campo cirúrgico ou em cirurgias que infecções pós-operatórias comprometem o resultado final da cirurgia.

A profilaxia deve ser administrada de maneira que existe concentração tecidual adequada no momento da incisão da pele. O início da profilaxia depende do antibiótico que está sendo utilizado, normalmente é realizado na indução anestésica.

- Cefazolina, Clindamicina e Ampicilina – 30 minutos antes da cirurgia
- Gentamicina – 60 minutos antes da cirurgia
- Metronidazol – de 30 a 60 minutos antes da cirurgia

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO19
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 12 de 17
Título do Procedimento: Tratamento de Infecção de Ferida Cirúrgica		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Doses adicionais devem ser administradas quando o tempo cirúrgico for maior que 3 horas ou quando o sangramento no intraoperatório for maciço (maior que um litro em paciente adulto).

A utilização de antibiótico profilático por mais de 24hs no pós-operatório diminui o risco de ISC, no entanto pode colaborar para a alteração da flora do paciente e seleção de bactérias multiresistentes.

Cirurgia	Condições	Antibiótico	Dose	Duração
Mastectomia		Cefazolina	2g IV	Dose única (DU)
Quadrantectomia		Cefazolina	2g IV	DU
Reconstrução de mama (Imediata ou tardia)		Cefazolina	2g IV	24hs (2 doses adicionais 8/8hs)
Wertheim-Meigs		Ampicilina+	2g IV	24hs (2g 6/6hs)
		Gentamicina+	5mg/kg IV	DU
		Metronidazol	500mg IV	24hs (500mg 8/8hs)
Conização		Ampicilina+	2g IV	DU
		Gentamicina+	5mg/kg IV	
		Metronidazol	500mg IV	
Ooforectomia		Cefazolina	2g IV	DU
Histerectomia (vaginal ou abdominal)	Sem complicações	Cefazolina	2g IV	DU
	Obesidade mórbida	Cefazolina	3g IV	24hs (2 doses adicionais 8/8hs)
Histerectomia + ressecção de colon		Ampicilina+	2g IV	24hs(2g 6/6hs)
		Gentamicina+	5mg/kg IV	DU
		Metronidazol	500mg IV	24hs(500mg 8/8hs)
Laparotomia Exploradora		Cefazolina	2g IV	DU
Nodulectomias		Cefazolina	2g IV	DU
KK+ME		Ampicilina+	2g IV	DU
		Gentamicina+	5mg/kg IV	
		Metronidazol	500mg IV	

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO19
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 13 de 17
Título do Procedimento: Tratamento de Infecção de Ferida Cirúrgica		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Cesárea	Bolsa rota por mais de 6hs	Cefazolina	2g IV	DU
Parto Vaginal	Remoção manual da placenta	Cefazolina	2g IV	DU

Observações:

- Pacientes com obesidade mórbida a justar Cefazolina para 3g por dose.
- Alergia a Penicilina ou Cefalosporinas utilizar clindamicina 900mg

Repique da dose no intra-operatório: tempo cirúrgico acima de 3-4 horas e sangramento maciço (1-2 L). A dose do repique é a mesma da indução anestésica.

Início da profilaxia: cefazolina e ampicilina (30 minutos antes da cirurgia)
gentamicina (60 minutos antes da cirurgia)
metronidazol (30-60 minutos antes da cirurgia)

Alergia a penicilina e derivados: clindamicina (900 mg, IV, 30 minutos antes da cirurgia).

MODO DE ADMINISTRAR CEFAZOLINA: diluir **10 mL** de AD ou SF para cada **1g** de Cefazolina, correr em 3 a 5 minutos, IV.

Tratamento

Em ISC restrita aos tecidos moles a terapêutica mais importante é a abertura da cicatriz, retirada do material infectado e curativo contínuos até a cicatrização por segunda intenção.

Apesar da maioria dos pacientes receber antibióticos no início do diagnóstico de ISC, esta prática tem pouco suporte em evidências científicas. Estudos com abscessos subcutâneos não identificaram benefícios quando a antibioticoterapia foi usada junto com a drenagem. A melhor conduta é abrir a

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO19
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 14 de 17
Título do Procedimento: Tratamento de Infecção de Ferida Cirúrgica		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

cicatriz e tratar por via sistêmica quando os sinais locais de inflamação são exuberantes ou o paciente possui sintomas e sinais sistêmicos.

Os antibióticos usados para tratamento de infecção de ferida cirúrgica no CAISM são:

- Infecções de parede e abscesso de subcutâneo:
 - Clindamicina 600mg 6/6hs ou Oxacilina 2g 4/4hs – terapia endovenosa
 - Clindamicina 600mg 6/6hs ou cefalexina 500mg 6/6hs – terapia oral
- Infecções profundas em pelve e endometrite:
 - Ampicilina 2g 6/6hs + Gentamicina 5mg/kg/dia + Metronidazol 500mg 8/8hs
- Se acometimento de pele associado:
 - Clindamicina 600mg 6/6hs + Gentamicina 5mg/kg/dia
- Se insuficiência renal:
 - Ampicilina/Sulbactam 3g 6/6hs

Infecções potencialmente graves podem aparecer precocemente no pós-operatório, alguns sintomas que sugerem estas patologias são: dor desproporcional aos achados do exame físico, bolhas violáceas, hemorragia cutânea, amolecimento da pele, áreas de parestesia e anestesia, rápida progressão e presença de ar em subcutâneo.

Fasceíte necrotizante - esta é uma infecção rara, porém grave geralmente monobacteriana. O agente mais freqüente é o *Streptococcus* beta hemolítico do grupo A, no entanto um quadro clínico semelhante pode ser causado por *Vibrio vulnificus* ou *Aeromonas hydrophilia*. Mais freqüentemente em pós-operatório, este

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO19
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 15 de 17
Título do Procedimento: Tratamento de Infecção de Ferida Cirúrgica		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

quadro pode ser causado por uma flora polimicrobiana composta por *Escherichia coli*, *Proteus sp*, *Citrobacter freundii*, *Serratia marcescens* e *Enterobacter sp*. O quadro clínico costuma ter evolução rápida com poucos sinais locais. O diagnóstico é confirmado com achados do intraoperatório, no qual o tecido subcutâneo apresenta-se acinzentado e a fascia do músculo com estrias, edema e friável a manipulação.

Gangrena Gasosa – causada por *Clostridium perfringens*, *Clostridium septicum*, *Clostridium hystoliticum* ou *Clostridium novyi*, o quando clínico é semelhante a fasceíte necrotizante podendo ser diferenciado desta pela rotina de Gram do tecido. O tratamento dessas duas síndromes é feito com debridamento cirúrgico e antibiótico sistêmico, clindamicina e penicilina.

Síndrome do choque tóxico - é uma infecção causada pela toxina do *S.aureus* que age como superantígeno provocando uma proliferação massiva de linfócitos T e produção de citocinas com IL1 e TNF. O quadro clínico é de início rápido no pós-operatório com febre, queda do estado geral, rash cutâneo, que evolui com necrose progressiva da pele podendo surgir lesões bolhosas e áreas de gangrena, a infecção se estende a planos mais profundos podendo envolver fascia e tecido subcutâneo, sendo semelhante a fasceíte necrotizante. O tratamento é realizado com antibiótico com atividade anti-estafilocócica e terapia de suporte. O debridamento deve ser realizado conforme avaliação clínica.

Bibliografia Recomendada

1. Dennis L. Stevens, Alan L. Bisno, Henry F. Chambers, E. Dale Everett, Patchen Dellinger, Ellie J. C. Goldstein, Sherwood L. Gorbach, Jan V. Hirschmann, Edward L. Kaplan, Jose G. Montoya, and James C. Wade. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft-Tissue Infections. *Clinical Infectious Diseases* 2005;41:1373-1406

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO19
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 16 de 17
Título do Procedimento: Tratamento de Infecção de Ferida Cirúrgica		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

2. Alicia J. Mangram, MD; Teresa C. Horan, MPH, CIC; Michele L. Pearson, MD; Leah Christine Silver, BS; William R. Jarvis, MD. GUIDELINE FOR PREVENTION OF SURGICAL SITE INFECTION, 1999. Infect Control Hosp Epidemiol 1999; 20(4):247-278

3. Wong E. S. Surgical Site Infections. In: Mayhall C. G. Hospital Epidemiology and Infection Control

3ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams 2004: 287-310

4. Donald E. Fry, MD. Surgical Site Infection: Pathogenesis and Prevention. Clinical Update, Medscape <http://www.medscape.com/viewprogram/2220>

5. Upperman J S, Sheridan R L, Marshall J. Pediatric surgical site and soft tissue infections. Pediatr Crit Care Med 2005; 6(3S):S36-41

4. CASOS ESPECIAIS:

PACIENTES DIABÉTICAS: Fazer “Destrostix” a cada 4 horas e administrar insulina simples de acordo com o esquema abaixo:

- Entre 150 e 250 mg/dl aplicar 5 UI de Insulina Simples, SC, e repetir dextro em 2 horas;
- Entre 250 e 350mg/dl aplicar 8UI de Insulina Simples e repetir dextro em duas horas.
- Se maior que 350mg/dl aplicar 10UI de Insulina Simples e repetir dextro em duas horas.
- Repetir a dosagem quando necessário.

Na véspera da cirurgia, instalar Soro Glicosado a 10%, às 22 horas, 20 gotas/min; na manhã da cirurgia fazer metade da dose de insulina total do dia anterior, pela manhã;

Agendar, preferencialmente, como primeira cirurgia do dia.

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO19
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 17 de 17
Título do Procedimento: Tratamento de Infecção de Ferida Cirúrgica		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

PACIENTES HIPERTENSAS: Não usar vasodilatador na noite anterior à cirurgia. Prescrever Diazepan, 10 mg, às 22 horas. A paciente poderá ingerir a medicação anti hipertensiva diária, enquanto aguarda cirurgia, com pouca água

PACIENTES CARDIOPATAS: Quando for sugerido o uso do “Nitrodisc” no intra-operatório, este deverá ser colocado a partir da zero hora do dia da cirurgia. Colher CPK e CPKmb pela manhã.

5. TRICOTOMIA, BANHOS, conforme necessidade de campo cirúrgico e nos horários determinados nas normas da CCIH.

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO20
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 3
Título do Procedimento: Cuidados Pós-Operatórios		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

A DESCRIÇÃO DA CIRURGIA, A PRESCRIÇÃO PÓS-OPERATÓRIA (DROGAS E CUIDADOS ESPECÍFICOS), A IDENTIFICAÇÃO DOS ÓRGÃOS E TECIDOS RETIRADOS, O PREENCHIMENTO DO PEDIDO DE EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO, AS ORDENS PARA ENCAMINHAMENTO, SÃO DE RESPONSABILIDADE DO CIRURGIÃO QUE PODERÁ, A SEU CRITÉRIO, DELEGAR AO PRIMEIRO AUXILIAR ESTAS TAREFAS, MAS NÃO A RESPONSABILIDADE.

1. PRESCRIÇÃO BÁSICA PÓS-CIRURGICA:

- 1.- Jejum, até o dia seguinte
- 2.- Soro glicosado 5% 1000 ml (+ NaCl 20% - 10 ml + KCl 19,1 %? - 10 ml) IV, cada 8 horas.
- 3.- Cefalozina (Kefazol), 1,5 g , IV, cada 8 horas até completar 3 doses.
- 4.- Ranetidina 150 mg IV a cada 12 horas.
- 5.- Dipirona 2 ml IV a cada 6 horas.
- 6.- Metoclopramida 1 ampola 10 mg EV se apresentar vômitos
- 7.- Controle de débito de drenos e características do material drenado
- 8.- Sonda vesical aberta
- 9.- Controle de pulso, pressão arterial, temperatura, cada 6 h.

Observação: necessidades básicas da paciente:

GLICOSE: 30 a 40 Kcal/kg/dia; 1 g glicose = 4 kcal; 1000 ml soro glicosado 5% = 50 g glicose = 200 kcal.

CLORETO DE SÓDIO (NaCl) = 60 a 90 mEq/kg/dia ; (NaCl 20% = 3,4 mEq/ml)

CLORETO DE POTÁSSIO (KCl) = 40 a 70 mEq/kg/dia (KCl 19,1% = 2,5 mEq/ml).

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção: Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO20
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 3
Título do Procedimento: Cuidados Pós-Operatórios		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

2. ANALGESIA

Para grandes cirurgias, discutir a possibilidade de ser mantido um catéter peridural para analgesia, no pós-operatório.

3. DIETA

Para a maioria das cirurgias abdominais, sem grandes manipulações de alças (colecistectomias simples, colostomias simples, pacientes cuja doença tenha sido ressecada), depende da avaliação clínica: ruídos hidro-aéreos e eliminação dos gases.

Em casos de anastomoses de intestino delgado, manter jejum por 72 horas; em caso de anastomoses de intestino grosso, manter jejum por 96 horas. Nestes casos podem ser ingeridos água e chá, em pequena quantidade, se houver desejo da paciente.

4. SONDA NASO-GÁSTRICA

Deve ser utilizada em casos de vômitos persistentes ou distensão abdominal. Manter jejum enquanto estiver com sonda e por mais 6 horas após a retirada.

5. SONDAGEM VESICAL

Deve ser mantida, em sistema fechado, em pós-operatório de cirurgias de grande porte por, pelo menos 24h, podendo ser retirada, a critério clínico. Caso tenha havido lesão de sistema urinário ou haja necessidade de controle de diurese, (p.ex: hipotensão severa, nefropatia) a sondagem deverá permanecer pelo tempo necessário.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO20
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 3 de 3
Título do Procedimento: Cuidados Pós-Operatórios		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

6. DRENOS

Os drenos de Portovac das cirurgias de mama geralmente não são ser retirados antes da alta, as pacientes deverão ser encaminhadas para o Ambulatório de Curativos para o manejo e retirada do dreno (débito inferior que 20ml / 24h). As pacientes submetidas a cirurgias de pequeno porte da mama deverão permanecer com dreno de penrose até débito seroso de pequena quantidade (geralmente 48h).

As pacientes com dreno de portovac intra-cavitários deverão permanecer internadas até a retirada do dreno. As pacientes com dreno de portovac em incisão inguinal pós vulvectomy deverão ser avaliadas individualmente com relação à retirada do dreno visto o alto índice de deiscência e infecção de ferida cirúrgica.

As pacientes com dreno de penrose intra-cavitários para monitorização de fístula (anastomoses de cólon, bexiga, ureter) **DEVERÃO PERMANECER COM DRENO IMÓVEL ATÉ 7 DIAS DE PÓS-OPERATÓRIO, SENDO MOBILIZADO NO OITAVO DIA E RETIRADO NO NONO DIA SE DÉBITO NULO.**

7. CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITALAR, RECOMENDAÇÕES, PROCEDIMENTOS ANTICONCEPCIONAIS DEVEM SER INDIVIDUALIZADOS CONFORME IDADE, PROFISSÃO E TRATAMENTO EM PAUTA.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO21
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 2
Título do Procedimento: Cirurgias de Grande Porte		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Cirurgia de Wertheim-Meigs e Estadiamentos Cirúrgicos:

Exames pré-operatórios mínimos, além dos necessários para estadiamento:

- Ecografia pélvica e abdominal, Radiografia de tórax
- Urina tipo I + Urocultura, Protoparasitológico,
- Hemograma, coagulograma, glicemia, uréia, creatinina, proteinograma, sódio e potássio.

Cuidados pós-operatórios:

Cirurgia de W. Meigs: Manter Sonda de Foley por, no mínimo, sete dias; colher urocultura a cada três dias. Após retirada da sonda medir volume residual, pós micção espontânea, após 6 a 8 horas. Se volume residual for menor que 100 ml, e se mantém após repetido 24 horas depois, paciente pode ter alta. Se volume residual for maior que 100 ml, fazer uma medida/dia para cada 100 ml (200 ml = 2 medidas/24 horas...)

O dreno Porto-Vac, se utilizado, deve permanecer por 10 dias.

Alta Hospitalar, em 8 a 10 dias, com retorno para Ambulatório de Patologia Cervical em 15 dias.

Urografia excretora deve ser efetuada em 90 dias após a cirurgia.

Vulvectomy Radical

Exames pré-operatórios mínimos, além dos necessários para estadiamento:

- Ecografia pélvica e abdominal, Radiografia de tórax
- Urina tipo I + Urocultura, Protoparasitológico,
- Hemograma, coagulograma, glicemia, uréia, creatinina, proteinograma, sódio e potássio.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção: Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO21
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 2
Título do Procedimento: Cirurgias de Grande Porte		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Cuidados pós-operatórios:

A peça cirúrgica deve ser fixada em folha de cartolina para encaminhamento para exame anátomo-patológico.

A sonda vesical deve, em princípio, ser retirada no primeiro dia pós-operatório.

O(s) dreno(s) Porto-Vac deverão permanecer por, no mínimo, 10 dias, se não houver deiscência; havendo, os pontos devem ser retirados e devem ser realizados curativos de acordo com as normas da comissão de feridas.

Alta Hospitalar depende da evolução, após retirada dos drenos.

Retorno no Ambulatório de Patologia Cervical, 15 dias após a alta.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção: Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO22
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 2
Título do Procedimento: Cirurgias de Médio Porte		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

1. Mastectomia, Quadrantectomia:

— Exames pré-operatórios, além dos necessários para estadiamento:

Hemograma, glicemia

Ultra-sonografia da pelve e abdome, radiografia do tórax

Fosfatase alcalina, Gama GT, Cintilografia óssea

— Cuidados pré-operatórios:

- Tricotomia axilar; acrescentar tricotomia abdominal se for realizar reconstrução imediata ou ooforectomia.

— Cuidados pós-operatórios:

Atenção aos drenos.

- Drenagem máxima esperada para mastectomia nas primeiras 24 horas após cirurgia 350ml e no primeiro PO 250ml. Pacientes com drenagem maior devem ser avaliadas quanto à necessidade de reexploração cirúrgica.
- Em caso de perda do dreno de sucção nas mastectomias durante a internação deverá ser indicada recolocação do dreno no centro cirúrgico.
- Pacientes submetidas a cirurgia plástica (rotação de retalhos, reconstrução imediata) devem ser mantidas com Hb > 10 g%, sendo transfundidas, se necessário.
- Alta hospitalar no segundo dia pós-operatório com dreno de sucção, que deverá ser mantido por 10 dias ou até quando secreção diária < 20 ml; marcar retorno para curativos (se houve participação de cirurgia plástica, o retorno deverá ser na Terça-feira, pela manhã).

SEMPRE CHECAR MÉTODO ANTI-CONCEPCIONAL NA ALTA!

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO22
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 2
Título do Procedimento: Cirurgias de Médio Porte		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

2. Histerectomia

— Exames pré-operatórios, além dos necessários para estadiamento:

Ultra-sonografia Pélvica

Hemograma, glicemia,

Urina tipo I, urocultura, outros, na dependência da condição clínica

ATENÇÃO, EM MULHERES JOVENS, ÉPOCA DO CICLO MENSTRUAL E POSSIBILIDADE DE GESTAÇÃO!

HISTERECTOMIA APÓS RADIOTERAPIA, DEVE SER REALIZADA ENTRE 6 E 8 SEMANAS APÓS O TÉRMINO DA MESMA.

— Cuidados pós-operatórios:

- Retirar sonda de Foley no primeiro dia pós-operatório, salvo recomendação expressa do Cirurgião.
- Alta no segundo dia, dependendo da evolução e das condições da paciente.
- Retorno em 40 dias, no ambulatório de Patologia Cervical / Endométrio.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção: Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO23
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 4
Título do Procedimento: Cirurgias de Pequeno Porte		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Paciente internada:

Conização

Exames pré-operatórios, necessários na programação técnica do cone:

Colposcopia, citologia oncológica, anátomo patológico de biópsia, curetagem ou cone anterior.

Hemoglobina, hematócrito. Demais exames, na dependência da clínica.

Atenção para gravidez, ou época do ciclo menstrual.

Em pacientes com menos de 40 anos, sem alterações menstruais, sem suspeita de patologia endometrial, NÃO FAZER CURETAGEM.

NÃO FAZER ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILÁTICA

Nunca colocar tampão vaginal.

Cateterismo vesical para alívio

Cuidados pós-operatórios

Controle de sangramento

Alta no primeiro dia pós-operatório

Retorno em 40 dias para o Ambulatório de Patologia Cervical.

Exérese de nódulo da mama e de área suspeita

Nódulos > 3 cm ou profundos, áreas suspeitas > 3 cm, área com agulhamento

Exames pré-operatórios, além dos determinados para a suspeita clínica:

Hematócrito, hemoglobina, outros de indicação clínica e/ou anestésica.

Deve-se fazer excisão do nódulo.

A incisão deve ser estética (na suspeita de benignidade) e próxima ao nódulo, em casos suspeitos;

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção: Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO23
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 4
Título do Procedimento: Cirurgias de Pequeno Porte		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Deixar dreno de Penrose; sutura da fáscia superficial com Vicryl 3-0 e da pele com pontos separados de Nylon 4-0

NÃO FAZER ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILÁTICA

Obs: Em casos de áreas com agulhamento, a incisão deve ser feita sobre a área; em casos de microcalcificações a peça operatória deve ser imediatamente radiografada.

Cuidados pós-operatórios

Curativo diário.

Alta hospitalar no primeiro dia.

Retirada do dreno em 48 horas.

Retorno em 40 dias no Ambulatório de Mama. Quando houver alta sugestão de malignidade comunicar tal fato ao Anátomo Patologista e solicitar urgência no resultado.

Exérese de ductos principais

Pré e pós-operatório como no caso anterior

Incisão peri-areolar, em 30 a 40% da aréola

Biópsia cilíndrica, sub-areolar, atingindo até a fáscia muscular; deixar dreno de Penrose; dar ponto sob papila para eversão. Sutura da pele com pontos separados de nylon

NÃO FAZER ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILÁTICA.

Fistulectomia

Não operar em fase de infecção aguda

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO23
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 3 de 4
Título do Procedimento: Cirurgias de Pequeno Porte		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Pré e pós-operatório como no anterior

Antibioticoterapia com Cefalozina (Kefazol) 1,5 g, uma dose na indução anestésica e duas doses após.

Cateterizar a fistula antes do procedimento.

Não deixar dreno.

Colocação de PORT-A-CATH (cateter totalmente implantado)

INDICAÇÕES: Pacientes submetidas a axilectomia bilateral, obesidade acentuada, acesso venoso difícil, quimioterapia por tempo prolongado e outras necessidades para acesso venoso de longa duração.

Cuidados gerais intra-operatórios

Deve ser instalado no centro Cirúrgico, sob anestesia geral ou local com sedação, com cuidados de anti-sepsia e assepsia cirúrgicos, campos, paramentação.

Locais de colocação: veia jugular externa, veia cefálica, veia basílica ou veia braquial proximal, veia safena, veia jugular interna ou subclávia.

Radiografar no centro cirúrgico, logo após introduzir o catéter; puncionar, no centro cirúrgico, quando for fazer a quimioterapia no mesmo dia.

Antibioticoterapia com Cefalozina (Kefazol) 1,5 g na indução anestésica e a cada 8 horas até completar 3 doses.

Cuidados gerais pós-operatórios

Injetar 2 ml de heparina (500 unidades por ml) a cada 21 dias

Complicações

INFECÇÃO: antibioticoterapia para estafilococos e gram-negativos

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção: Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO23
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 4 de 4
Título do Procedimento: Cirurgias de Pequeno Porte		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

OBSTRUÇÃO: Radiografar para ver se catéter não dobrou; infusão de 2 ml de heparina (500 unidades por ml) com pressão (se eficaz, parar); infusão de 2 ml de solução de estreptoquinase (10.000 unidades/ml); aguardar 20 a 30 minutos e tentar aspirar 2 a 3 ml de líquido (se eficaz, parar); infundir novamente 2 ml da mesma solução de estreptoquinase. Aguardar 20 a 30 minutos e tentar aspirar 2 a 3 ml de líquido.

INDICAÇÕES DE RETIRADA IMEDIATA DE CATÉTER: INFECÇÃO ou OBSTRUÇÃO não foi resolvida com as medidas acima; extravasamento de quimioterápico.

CIRURGIA AMBULATORIAL:

Nódulo de mama:

Nódulos menores que 3 cm.

Não há necessidade de exames pré-operatórios (a não ser determinados por razões clínicas).

Deve ser procedida excisão do nódulo.

Incisão estética em nódulos benignos e próxima ao nódulo em casos suspeitos; deixar dreno de Penrose, que deve ser retirado em 48 horas. Não fazer Antibiótico. Retirar pontos cutâneos em 5 a 7 dias. Retorno em 40 dias no Ambulatório de mama; em casos suspeitos prover resultado e retorno em menor tempo.

Elaborado por: Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO24
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 12
Título do Procedimento: Normas para Isolamentos Hospitalares – CCIH / CAISM / UNICAMP		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

O aparecimento de novas síndromes infecciosas, o surgimento de germes multirresistentes e o conhecimento da transmissibilidade das doenças comunitárias a nível hospitalar fizeram surgir à necessidade de reavaliação dos métodos utilizados para isolamentos nos hospitais.

TRANSMISSÃO DA INFECÇÃO NO HOSPITAL

Para ocorrer a transmissão das infecções no ambiente hospitalar são necessários 3 elementos: a) fonte de infecção, b) hospedeiro susceptível e c) meio de transmissão.

- **fonte de infecção:** podem funcionar como fonte de microrganismos os pacientes, funcionários e, ocasionalmente, os visitantes; também podem ser fontes de microrganismos os objetos inanimados do ambiente hospitalar que se tornam contaminados, incluindo equipamentos e medicamentos.
- **hospedeiro susceptível:** pacientes no ambiente hospitalar possuem fatores que os tornam mais susceptíveis aos microrganismos, tais como: doença de base, uso de quimioterápicos e imunossupressores, uso de antimicrobianos; quebra de barreiras naturais de defesa como incisões cirúrgicas ou uso de cateteres e sondas.
- **meios de transmissão:** os microrganismos são transmitidos no hospital por vários meios: por contato, por gotículas, pelo ar, por meio de um veículo comum ou por vetores.

CONTATO – é o mais freqüente e importante meio de transmissão de infecções hospitalares; ocorre através das mãos dos profissionais que não são lavadas ou desinfetadas entre um paciente e outro; através das luvas que não são trocadas entre um paciente e outro; pode ocorrer pelo contato de um paciente com outro e também através de instrumentos contaminados.

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO24
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 12
Título do Procedimento: Normas para Isolamentos Hospitalares – CCIH / CAISM / UNICAMP		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

GOTÍCULAS - embora seja uma forma de contato, pela sua peculiaridade é tratada separadamente. A geração de gotículas pela pessoa que é a fonte ocorre durante a tosse, espirro, aspiração de secreções, realização de procedimentos (como broncoscopia) e mesmo pela conversação habitual. Quando estas partículas são depositadas na conjuntiva, mucosa nasal ou na boca do hospedeiro susceptível, ocorre a transmissão do agente. As partículas podem atingir uma distância de 1 metro. Essa forma de transmissão não é aérea porque as gotículas não permanecem suspensas no ar.

AÉREA – a transmissão aérea ocorre quando os microrganismos estão em pequenas partículas suspensas no ar ($=5 \mu\text{m}$) ou gotículas evaporadas que permanecem suspensas no ar por longo tempo ou em partículas de “fumaça”; os microrganismos carregados desta forma são disseminados por correntes de ar e podem ser inalados por hospedeiros susceptíveis, mesmo a longas distâncias. Para a prevenção da transmissão aérea é recomendado, além do uso de máscaras, que os quartos sejam equipados com um sistema de ventilação especial, pressão negativa e filtro, evitando a saída de correntes de ar quando a porta é aberta.

VEÍCULO COMUM – ocorre quando os microrganismos são transmitidos por veículo comum como alimentos, água, medicamentos ou mesmo equipamentos.

VETORES – ocorre quando vetores como moscas, mosquitos, etc, transmitem microrganismos. Para a prevenção de infecções adquiridas no hospital, este meio de transmissão não é considerado importante.

É possível agrupar os isolamentos hospitalares da seguinte forma:

- I. **FUNDAMENTOS PARA ISOLAMENTOS**
- II. **PRECAUÇÕES UNIVERSAIS** ou **PRECAUÇÕES PADRÃO**
- III. **PRECAUÇÕES PARA TRANSMISSÃO AÉREA**
- IV. **PRECAUÇÕES PARA TRANSMISSÃO POR GOTÍCULAS**
- V. **PRECAUÇÕES PARA TRANSMISSÃO POR CONTATO**

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO24
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 3 de 12
Título do Procedimento: Normas para Isolamentos Hospitalares – CCIH / CAISM / UNICAMP		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

É preciso salientar que em algumas situações é necessária a associação das precauções, como para os pacientes com herpes zoster disseminado, nos quais devem ser utilizadas precauções aéreas e de contato.

I – FUNDAMENTOS PARA ISOLAMENTOS HOSPITALARES

- **lavagem das mãos** – é a medida mais importante de evitar a transmissão de microrganismos de um paciente para outro; as mãos devem ser lavadas antes e após contato com pacientes e após contato com sangue, secreções e excreções e equipamentos ou artigos contaminados; devem ser lavadas imediatamente após a retirada das luvas (as mãos podem ser contaminadas por furos nas luvas ou durante a remoção destas). A lavagem das mãos deve ser feita com sabão comum ou desinfetada com álcool glicerinado (álcool 70% + glicerina 1 a 2%); antes de procedimentos invasivos deve ser feita com sabão contendo anti-séptico.
- **uso de luvas** – as luvas são utilizadas por 3 razões:
 - a) **proteção individual** - é obrigatório ao contato com sangue e líquidos corporais e ao contato com mucosas e pele não íntegra de TODOS OS PACIENTES e também na venopunção e demais procedimentos de acesso vascular.
 - b) **reduzir a possibilidade** de que microrganismos das mãos contaminem campo operatório, mucosas ou pele não intacta (deve ser calçada imediatamente antes do contato);
 - c) **reduzir a possibilidade** de transmissão de microrganismo de um paciente ou fômite para outro; as luvas devem ser trocadas entre um paciente e outro.
- **O USO DAS LUVAS NÃO SUBSTITUI A LAVAGEM DAS MÃOS.**
- **A FALTA DE TROCA DAS LUVAS ENTRE UM PACIENTE E OUTRO PODE DISSEMINAR MICRORGANISMOS NO HOSPITAL.**

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO24
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 4 de 12
Título do Procedimento: Normas para Isolamentos Hospitalares – CCIH / CAISM / UNICAMP		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- **acomodações dos pacientes** - O quarto privativo é importante para prevenir a transmissão por contato quando o paciente tem hábitos higiênicos precários ou não consegue compreender as medidas de controle, como crianças e indivíduos com problemas mentais. Se possível, é recomendado quarto privativo para pacientes com microrganismos altamente transmissíveis ou epidemiologicamente importantes. Quando não for possível, deve-se escolher o companheiro de quarto, preferencialmente infectado pelo mesmo microrganismo (coorte). Quando não for possível estabelecer-se coorte, é ainda possível escolher cuidadosamente outro companheiro, com menor risco, mas sempre sob supervisão da CCIH. Quartos com ventilação especial e pressão negativa são recomendados para pacientes que tem possibilidade de transmitir microrganismos por via aérea. Ante-salas em quartos para precauções de transmissão aérea não tem eficácia comprovada.
- **transporte** - o paciente portador de microrganismos altamente transmissíveis ou epidemiologicamente importantes deve deixar o quarto apenas em situações essenciais ao seu tratamento. Deve ser usada barreira apropriada para cada paciente, de acordo com a possibilidade de transmissão: colocar máscara no paciente com possibilidade de geração de partículas infectantes, proteger com curativos impermeáveis as secreções que possam contaminar o ambiente, etc. Tanto o paciente como os funcionários do local que o recebe devem ser adequadamente informados sobre o tipo e necessidade das precauções. Pacientes imunossuprimidos devem ter prioridade no atendimento, mas não é indicado o uso de máscara.
- **máscara, proteção ocular ou proteção facial** - devem ser utilizados na realização de procedimentos de risco de contaminação de mucosas do nariz, boca e olhos com sangue ou líquidos corporais. O uso de máscaras para isolamentos por pacientes com tuberculose abaixo especificado.
- **aventais, perneiras, sapatos e propés** - são utilizados para proteção individual, nas situações onde há risco de contaminação com sangue e líquidos

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO24
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 5 de 12
Título do Procedimento: Normas para Isolamentos Hospitalares – CCIH / CAISM / UNICAMP		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

corporais. Caso sejam usados aventais em quartos com precauções de transmissão por contato, devem ficar dentro do quarto.

- **equipamentos e artigos** - materiais perfuro-cortantes depois de utilizados devem ser transportados ou descartados com cuidado para prevenir acidentes e transferência de microrganismos para o ambiente ou outros pacientes; equipamentos utilizados em precauções de contato devem ser desinfetados após o uso (ex: estetoscópios, termômetros, esfigmomanômetros, etc.).
- **roupas/lavanderia** - o risco de transmissão de microrganismos é desprezível se as roupas forem manipuladas, transportadas e lavadas de maneira a evitar a transferência de microrganismos para pacientes/funcionários ou ambiente. O CAISM segue normatização própria.
- **pratos, talheres e copos** - a combinação de calor e detergente é suficiente para descontaminação dos utensílios, não sendo necessária a separação para pacientes isolados.
- **limpeza de rotina e terminal** - a limpeza dos equipamentos do ambiente do paciente em precauções especiais deve ser determinada de acordo com a possibilidade de contaminação; o CAISM segue normatização própria.

II - PRECAUÇÕES UNIVERSAIS OU PRECAUÇÕES PADRÃO

As precauções universais ou precauções padrão com sangue e líquidos corporais são normatizadas para serem utilizadas em TODOS OS PACIENTES, independentemente dos fatores de risco ou da doença de base. Compreende a lavagem correta das mãos, uso de luvas, aventais, máscaras ou proteção facial para evitar o contato do profissional com materiais do paciente - sangue, líquidos corporais, secreções e excretas (exceto suor) -, pele não intacta e mucosas.

III – PRECAUÇÕES PARA TRANSMISSÃO AÉREA

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO24
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 6 de 12
Título do Procedimento: Normas para Isolamentos Hospitalares – CCIH / CAISM / UNICAMP		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Devem ser usadas, juntamente com PRECAUÇÕES PADRÃO, para pacientes portadores de doenças transmitidas pelo ar. É recomendado quarto privativo e, se possível, com ventilação especial; as portas e janelas devem permanecer fechadas; é necessário uso de máscara N95 ao entrar no quarto; pacientes com a mesma doença podem dividir o mesmo quarto.

São incluídas:

- **Tuberculose pulmonar (confirmada ou suspeita) e laríngea** - uso de máscaras com filtro especial (N95). Nos casos suspeitos deve-se aguardar resultado da baciloscopia; se negativa, suspender precauções. Manter precauções até 3 baciloscopias negativas colhidas em dias diferentes. Todo paciente que estiver em uso de esquema terapêutico diferente do habitual (Pirazinamida/Isoniazida/Rifampicina) não poderá dividir o quarto com nenhum outro paciente e deverá manter precauções durante todo o período de internação, independentemente da baciloscopia.
- **Varicela, herpes zoster disseminado ou herpes zoster localizado em imunossuprimidos** - As pessoas sabidamente não imunes devem evitar entrar no quarto. Caso isso não seja possível, devem usar as máscaras N95. As pessoas sabidamente imunes estão dispensadas do uso de máscaras. Uso de luvas ao contato com lesões do paciente. Uso de avental ao contato direto com lesões do paciente - manter precauções até que todas as lesões estejam na forma de crostas. Após exposição ao vírus varicela zoster, colocar indivíduos susceptíveis em precauções aéreas a partir do 10º dia pós-exposição até o 21º dia após a última exposição. Para os expostos que receberam imunoglobulina (VZIG), manter as precauções até o 28º dia. Os acompanhantes podem permanecer dentro do quarto, estando dispensados do uso de máscaras desde que sejam imunes; ao entrar apenas para observar e não entrar em contato com o paciente ou dispositivos a ele conectados,

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO24
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 7 de 12
Título do Procedimento: Normas para Isolamentos Hospitalares – CCIH / CAISM / UNICAMP		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

não são necessárias luvas, sendo suficiente o uso de máscaras, com as ressalvas acima.

- **Sarampo** - o uso de máscaras é semelhante ao descrito para varicela, para pessoas não imunes.

IV – PRECAUÇÕES PARA TRANSMISSÃO POR GOTÍCULAS

São utilizadas para pacientes com doenças, conhecidas ou suspeitas, transmitidas por partícula grandes ($> 5 \mu\text{m}$); deve-se usar máscara comum ao entrar no quarto; é recomendado quarto privativo durante o período das precauções; demais procedimentos seguem as **PRECAUÇÕES UNIVERSAIS OU PRECAUÇÕES PADRÃO**. Incluem-se as seguintes patologias:

- **Doença invasiva por *H.influenzae* tipo b** (epiglotite, meningite, pneumonia) – manter precauções até 24 h do início da antibioticoterapia.
- **Doença invasiva por meningococo** (sepsis, meningite, pneumonia) – manter precauções até 24 h do início da antibioticoterapia.
- **Difteria laríngea** – manter precauções até duas culturas negativas.
- **Coqueluche** – manter precauções até 5 dias após o início da antibioticoterapia.
- **Caxumba** – manter precauções até 9 dias do início da exteriorização ou tumefação das parótidas
- **Rubéola** – manter precauções até 7 dias após o início do exantema
- **Escarlatina** – manter precauções até 24 h após o início da antibioticoterapia
- **Vírus influenza** – manter em precaução por 7 dias, no caso de influenza aviária ou cepa pandêmica manter em isolamento aerossol

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO24
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 8 de 12
Título do Procedimento: Normas para Isolamentos Hospitalares – CCIH / CAISM / UNICAMP		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

V – PRECAUÇÕES PARA TRANSMISSÃO POR CONTATO

Ao lado das **PRECAUÇÕES PADRÃO**, deve-se salientar as precauções para transmissão por contato para pacientes suspeitos ou confirmados de ter doença facilmente transmitida por contato direto com o paciente ou com dispositivos ao seu redor. Deve-se usar luvas e avental ao contato com o paciente; não é obrigatório quarto privativo, os pacientes portadores do mesmo microrganismo podem ser agrupados no mesmo quarto.

- **herpes simples mucocutâneo severo**
- **herpes simples em neonatos em contato com doença materna** - para recém-nascidos de parto vaginal ou cesárea, se a mãe tiver lesão ativa e bolsa rota por mais que 4 a 6 horas.
- **abscessos não contidos**
- **rubéola congênita** - até um ano de idade.
- **difteria cutânea**
- **febre hemorrágica viral (Ebola)**
- **infecções entéricas por Shigella rotavirus e hepatite A** somente para pessoas incontinentes (adultos ou crianças).
- **infecção por vírus sincicial respiratório** em lactentes, pré-escolares e adultos imunocomprometidos.
- **microrganismos multirresistentes** - de acordo com as definições da CCIH.: *S. aureus* resistente a Oxacilina; Gram negativos resistentes aos aminoglicosídeos e as cefalosporinas de terceira geração. **O critério de indicação de quarto privativo para esses casos é de competência exclusiva da CCIH, levando em conta critérios epidemiológicos.** Não são necessárias precauções com pneumococo resistente a penicilina.

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO24
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 9 de 12
Título do Procedimento: Normas para Isolamentos Hospitalares – CCIH / CAISM / UNICAMP		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

ADENDO

O cuidado de pacientes portadores das doenças citadas abaixo requer apenas **PRECAUÇÕES UNIVERSAIS** ou **PRECAUÇÕES PADRÃO**.

São elas:

- *Burkholderia cepacia* (infecção ou colonização) em paciente com mucoviscidose
- Cólera*
- Conjuntivites, incluindo conjuntivite gonocócica do recém-nascido
- Creutzfeldt-Jacob **
- Dengue
- Difteria cutânea
- Disenteria amebiana
- Encefalites
- Endometrite
- Enterocolite necrotizante
- Enterocolites e gastroenterites infecciosas, inclusive por *Salmonella* e *Shigella*
- Febre tifóide
- Febre amarela
- Hepatites A, B e C
- Herpes simples mucocutâneo recorrente (pele, oral, genital)
- Impetigo
- Infecções de pele, ferida cirúrgica, úlceras de decúbito, pequenas ou limitadas

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO24
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 10 de 12
Título do Procedimento: Normas para Isolamentos Hospitalares – CCIH / CAISM / UNICAMP		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- Infecções por Echovirus, Poliovirus, Coxsackievirus
- Leptospirose
- Malária
- Meningites virais
- Pericardite, miocardite
- Pleurodinia
- Raiva***
- SIDA
- Sífilis primária ou secundária com lesões de pele ou de mucosas, incluindo a forma congênita
- Tuberculose extra-pulmonar incluindo escrofulose e renal
- Vaccinea

OBSERVAÇÕES:

* recomendável quarto privativo.

** são necessárias precauções especiais para descontaminação de materiais contaminados com sangue, líquidos corporais ou tecido cerebral de pacientes suspeitos ou portadores da doença.

*** apesar de não haver descrição de transmissão inter-humana, o quarto privativo é uma medida cabível devido a letalidade da doença; o uso de máscaras é aconselhável, seguindo normas de precauções padrão.

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO24
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 11 de 12
Título do Procedimento: Normas para Isolamentos Hospitalares – CCIH / CAISM / UNICAMP		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

PRECAUÇÕES PARA PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO DE BACTÉRIAS MULTIRESISTENTES

1 – CRITÉRIO PARA DEFINIÇÃO DE MICRORGANISMOS MULTIRESISTENTES

MICRORGANISMOS MULTIRESISTENTES QUE NECESSITAM PRECAUÇÕES DE CONTATO

GRAM NEGATIVOS

➤ ***P. aeruginosa***

- resistente a Ceftazidima ou
- resistente a carbapenemico (imipenen ou meropenen)

➤ ***Acinetobacter spp***

- resistente a Imipenen ou meropenen ou
- resistente a ampicilina/sulbactan

➤ ***E. coli***

- resistente a carbapenemicos (imipenen ou meropenen) ou cepas ESBL positivo

➤ ***Klebsiella spp***

- resistente a carbapenemicos (imipenen ou meropenen) ou cepas ESBL positivo

➤ ***Enterobacter spp***

- resistente a ceftazidima ou quarta geração (cefepima) ou
- resistentes a carbapenemicos (imipenen ou meropenen), ou resistentes a aminoglicosideo (em pctes da UTI neonatal)

➤ ***Citrobacter diversus***

- resistente a carbapenemicos (imipenen ou meropenen) ou a fluorquinolonas (levofloxacina)

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO24
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 12 de 12
Título do Procedimento: Normas para Isolamentos Hospitalares – CCIH / CAISM / UNICAMP		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

➤ ***Serratia spp***

- resistente aos aminoglicosídeos ou
- cefalosporinas de terceira ou quarta geração (ceftriaxone, ceftazidima, cefepima)

GRAM POSITIVOS

➤ ***S. aureus***

- resistente a OXA
- Os resistentes a OXA são sempre considerados resistentes a Cefazolina.
- Não são considerados grupos para padrão de sensibilidade: Cloranfenicol, Sulfas; Clindamicina

➤ ***S.coagulase negativo***

- resistente a Vancomicina

➤ ***Enterococcus spp***

- resistente a Vancomicina

➤ ***Streptococcus pneumoniae***

- resistente a Penicilina

Elaborado por: CCIH CAISM e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO25
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 2
Título do Procedimento: Paracentese		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Deverá ser realizada para o diagnóstico da presença e da etiologia da ascite, com colheita do líquido ascítico para exames de citologia oncológica e bioquímica. Pode-se também realizar a drenagem para alívio quando a quantidade da ascite está causando desconforto abdominal e restrição respiratória. Usualmente é realizado após o exame de ultra-som abdominal total para o diagnóstico e orientação do local da punção.

O procedimento é realizado pela equipe médica com o auxílio da equipe da enfermagem.

Descrição do procedimento:

- A cliente deverá estar deitada da maneira mais confortável possível.
- Realiza-se a assepsia e a antissepsia da paciente e do médico.
- O médico deverá estar de avental descartável, gorro, máscara e luvas estéreis.
- Colocação de campo estéril no abdome, na região da fossa ilíaca esquerda.
- Anestesia local na meia distância entre o umbigo e a crista ilíaca esquerda com seringa de 10ml, aspiração da xilocaina com agulha 12G, realizando-se botão anestésico da pele e do trajeto com agulha de insulina 8G.
- Punção com agulha abocath 14 a 16 ou intracath longo de uma via de grosso calibre, se a cliente for muito obesa ou o conteúdo muito espesso.
- Após a passagem da aponeurose através da sensação de resistência subitamente vencida, retirar o guia e aspirar para avaliar a saída de líquido ascítico e ou possível sangramento pelo procedimento.
- Colher o líquido ascítico para exame oncológico e bioquímica.
- Após a fixação do abocath, acoplar em equipo de soro para drenagem do líquido ascítico em um frasco a um nível mais baixo que o da cliente, deixando o líquido fluir passivamente.

Elaborado por: Áurea Akemi Abe Cairo e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção: Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO25
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 2
Título do Procedimento: Paracentese		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- A drenagem deverá ser interrompida quando houver melhora dos sintomas compressivos causados pela quantidade da ascite ou se a cliente apresentar sinais de quaisquer instabilidades cardiovasculares.
- Manter a cliente sob observação e monitorização dos sinais vitais após o procedimento.

Elaborado por: Áurea Akemi Abe Cairo e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO26
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 2
Título do Procedimento: Punção de Seromas ou Coleções Pré-Operatórias		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Punção de seromas ou outras Coleções Pós-Cirúrgicas

Deverá ser realizada para drenagem de coleções pós-cirúrgicas, principalmente após a retirada do dreno nas mastectomias e quadrantectomias ou nas coleções sub-incisionais das cirurgias abdominais, particularmente das obesas. A punção traz alívio aos sintomas de desconforto clínico das clientes e diminui o risco de infecção. Se o material puncionado demonstrar características infecciosas, este deverá ser encaminhado para bacterioscopia, cultura e antibiograma. A introdução de antibioticoterapia deverá ocorrer após os resultados ou se a cliente demonstrar sintomas infecciosos típicos. Avaliar a necessidade de internação para tratamento de acordo com a gravidade do quadro clínico.

O procedimento é realizado pela equipe médica com o auxílio da enfermagem.

Descrição do procedimento:

- O médico deverá estar de avental descartável, máscara e luvas estéreis.
- Após a assepsia e antissepsia, palpar a região de maior flutuação e próximo do limite inferior para obter o auxílio da gravidade.
- Pode-se solicitar o auxílio de exame ultra-sonográfico prévio para marcação do local de maior coleção.
- Nos casos de punções repetidas ou de processo infeccioso, principalmente se as coleções forem septadas ou com material espesso, sugere-se realizar a punção guiada pelo ultra-som.
- Utiliza-se seringa de 20ml e agulha 12G, com movimento de aspiração contínua, procurando-se guiar a agulha através da palpação e compressão da coleção pela outra mão do médico.
- No caso das drenagens de cirurgias mamárias, deve-se observar a queixa de dor da cliente, porque geralmente está relacionada quando a agulha de punção

Elaborado por: Áurea Akemi Abe Cairo e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO26
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 2
Título do Procedimento: Punção de Seromas ou Coleções Pré-Operatórias		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

atingiu a superfície do músculo peitoral, com o objetivo de se evitar o pneumotórax acidental.

- Interromper o procedimento se houver quaisquer mudanças ou instabilidade dos sinais vitais da cliente.
- Manter a cliente sob observação e dispensar apenas após reavaliação médica e dos sinais vitais.

Elaborado por: Áurea Akemi Abe Cairo e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006	
Revisado por:		Data:	
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO27
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 1
Título do Procedimento: Tamponamento de Sangramento Vaginal		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Deverá ser realizado para controle de urgência da hemorragia vaginal causada pelo Câncer do colo uterino sangrante, para estabilização dos dados vitais e melhora das condições clínicas da cliente. O procedimento é realizado pela equipe médica com o auxílio da equipe de enfermagem.

Descrição do procedimento:

- Realização de exame clínico e avaliação dos dados vitais da cliente para diagnóstico da urgência quanto à estabilização das condições clínicas da paciente.
- Utiliza-se avental descartável, máscara e luva de procedimento para proteção da equipe.
- Puncionar acesso venoso de bom calibre com abocath nº 18, 20 ou 22 para venóclise (ou intracath) e infusão de solução cristalóide ou colóide, para estabilização dos dados vitais.
- Procede-se a sondagem vesical para avaliação da diurese.
- Avaliar necessidade de medicamentos analgésicos antes de continuar o procedimento, tipo derivados de morfina, tramadol ou cloridrato de meperidina. Observar idade e condições clínicas ao administrar estes medicamentos.
- Colheita de exames laboratoriais de urgência, dependendo da necessidade: Hemograma, prenal0, preletr0 e gasometria arterial.
- Colocação de espéculo para visualização da região sangrante.
- realizar sondagem vesical de demora se necessário
- Colocação de Tampão vaginal ou compressa cirúrgica estéril, embebido em creme tipo trofedermim ou metronidazol. O tampão deve ser volumoso o suficiente para comprimir a região sangrante, devendo-se avaliar a necessidade do uso de tampão comum, chumaço estéril ou compressa cirúrgica.
- Encaminhamento da cliente para internação.

Elaborado por: Áurea Akemi Abe Cairo e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006	
Revisado por:		Data:	
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO28
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 20
Título do Procedimento: Atendimento de Urgência de Arritmias e de Parada Cardíaca		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Indicação: Ocorrência de arritmias cardíacas e de Parada Cardíaca

Agentes: Corpo clínico da UTI-A e Enfermaria

Materiais e equipamentos: Monitor multiparamétrico, material de intubação orotraqueal, desfibrilador, marca-passo externo e marca-passo transvenoso.

Equipamento de proteção individual: Óculos, luvas e máscara

Objetivo: Reversão da arritmia e restabelecimento da circulação espontânea.

Descrição: Conforme os algoritmos abaixo descritos.

Observação: Em gestantes as manobras de reanimação são semelhantes, porém com a peculiaridade de deverem ser realizadas com deslocamento lateral do útero ou em decúbito lateral esquerdo.

Na parada cardíaca, tendo como finalidade a otimização da reanimação materna, deverá ser realizada a cesárea peri-mortem em gestantes com mais de 22 a 24 semanas de idade gestacional, até o quinto minuto da parada cardíaca.

Referência Bibliográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Unidade de Emergência – 10 ed – Brasília: MS 2002

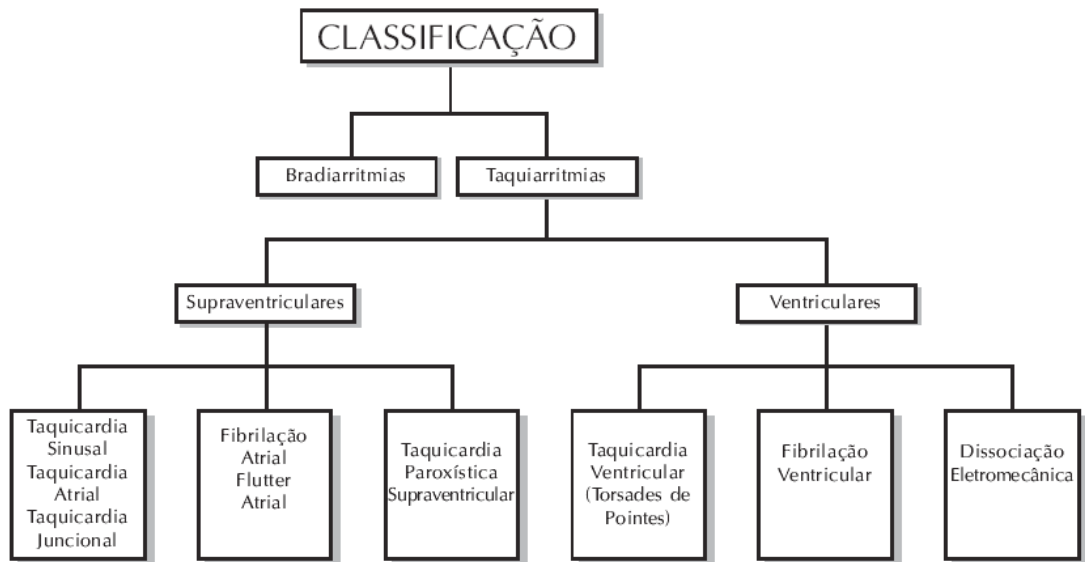
Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO28
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 20
Título do Procedimento: Atendimento de Urgência de Arritmias e de Parada Cardíaca		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Arritmias Cardíacas

Classificação

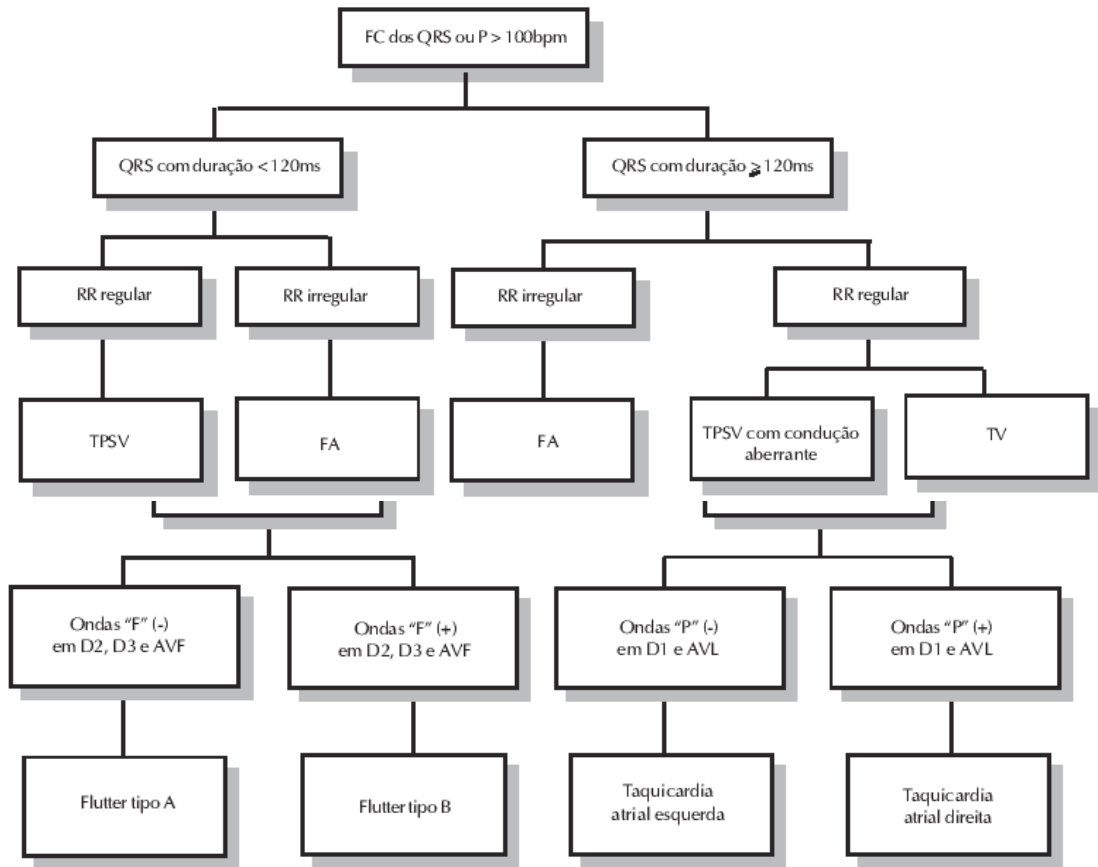


Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:

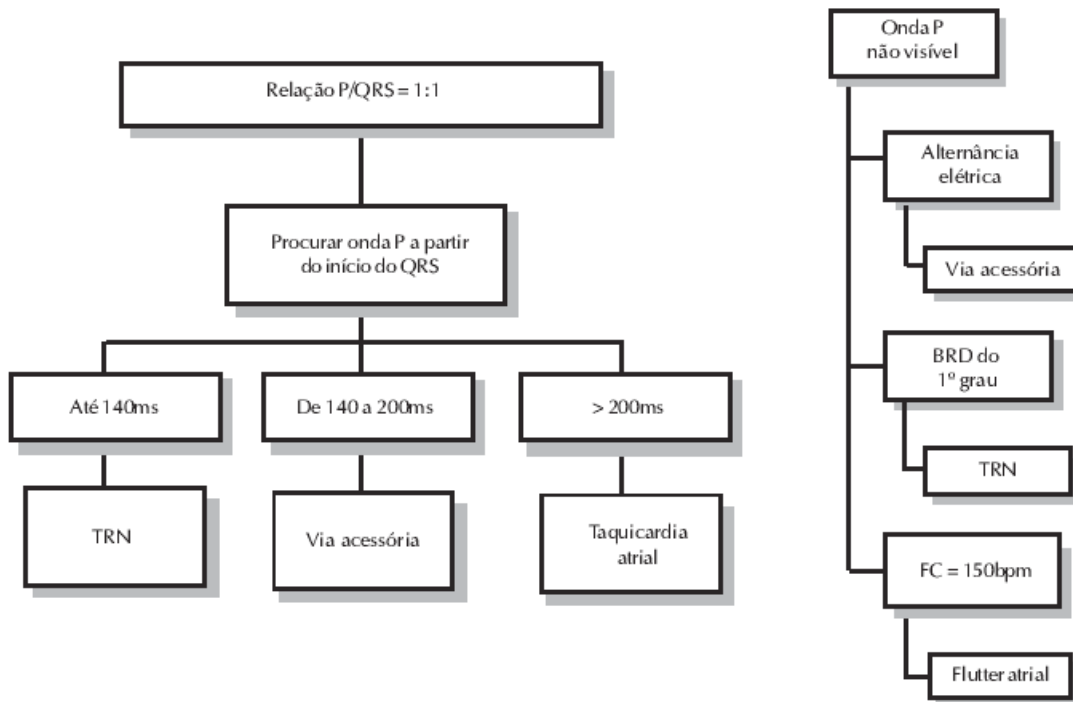


CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO28
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 3 de 20
Título do Procedimento: Atendimento de Urgência de Arritmias e de Parada Cardíaca		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Estratégia Diagnóstica das Taquiarritmias



Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:

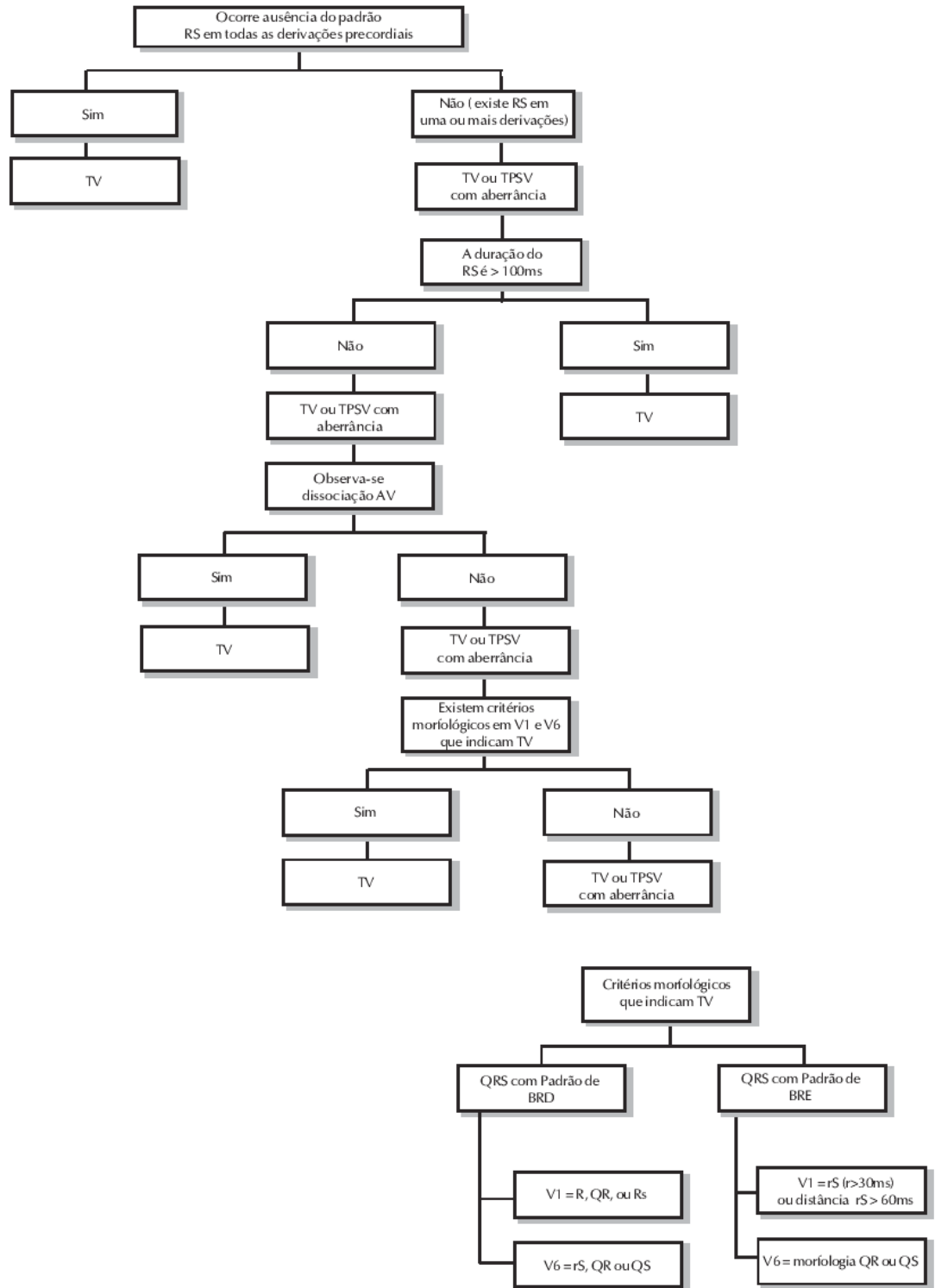


Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO28
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 5 de 20
Título do Procedimento: Atendimento de Urgência de Arritmias e de Parada Cardíaca		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

TRN: Taquicardia por Reentrada Nodal



Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO28
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 6 de 20
Título do Procedimento: Atendimento de Urgência de Arritmias e de Parada Cardíaca		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA NAS TAQUIARRITMIAS

Critério de Brugada	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)
• Ausência de RS em derivações precordiais	21	100
• RS > 100ms	66	98
• Dissociação A-V	82	98
• Morfologia de BRD/BRE em derivações s V1/V2-V5/V6		
■ Presente (TV)	98,7	96,5
■ Ausente (TPSV com QRS largo)	96,5	98,7

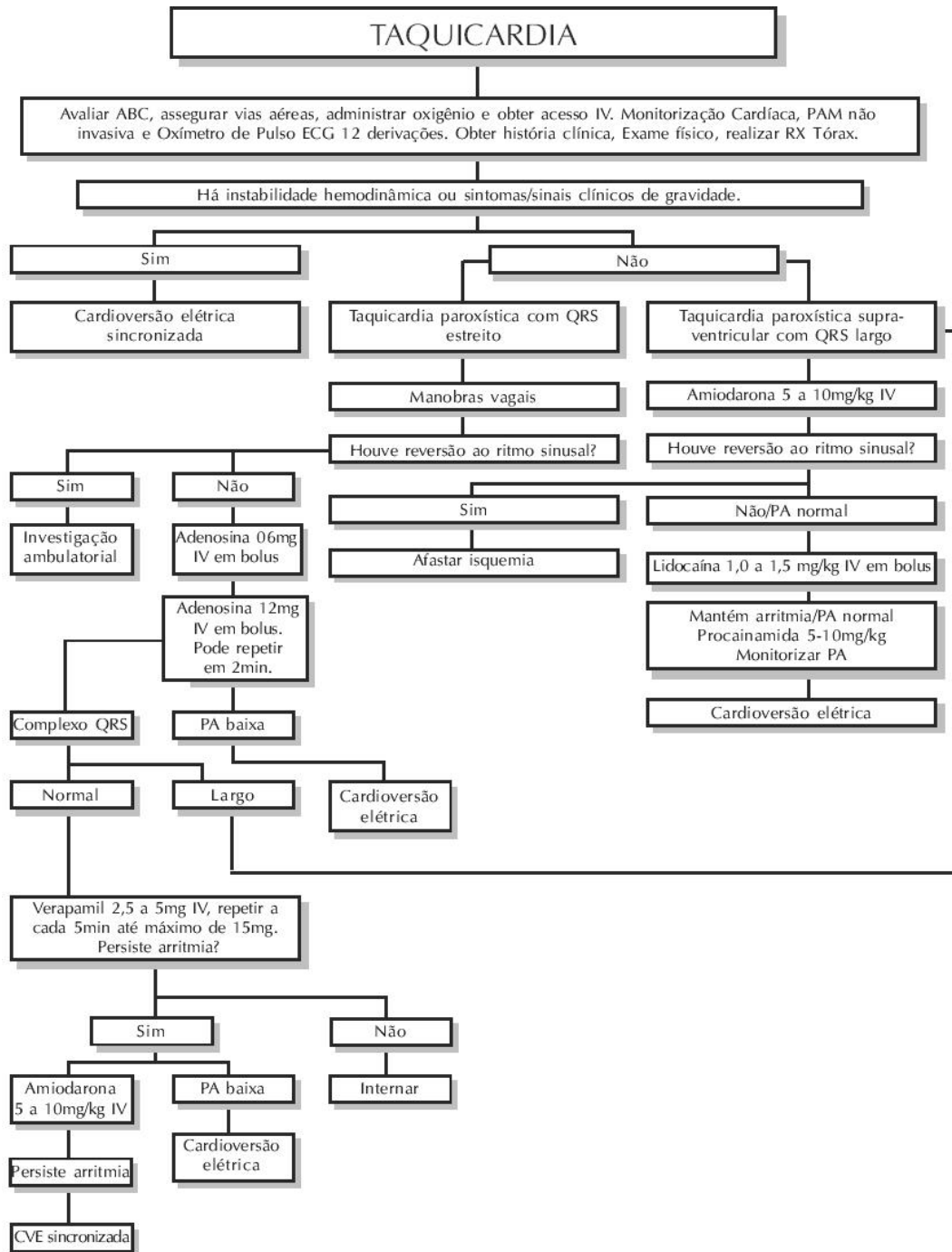
IMPORTANTE!

- As manobras vagais podem servir para o diagnóstico e terapêutica das taquicardias.
- A massagem do seio carotídeo é contra-indicada em pacientes portadores de sopros carotídeos ou história de doença vascular.
- Não indique verapamil em portadores de TPSV com QRS largo.
- A menos que o emergencista tenha experiência em interpretação do ECG, deve evitar o uso de critérios clínicos e eletrocardiográficos para o diagnóstico diferencial entre a TPSV com aberrância de condução da TV.
- Não esquecer de sincronizar a cardioversão elétrica nas TPSV e nas TV com pulso.
- Toda TV sintomática - dispnéia, precordialgia, tontura, hipotensão e alteração do nível de consciência, deve ser considerada, na abordagem inicial, a cardioversão elétrica.

Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



Algoritmos Para Manejo das Arritmias Cardíacas I

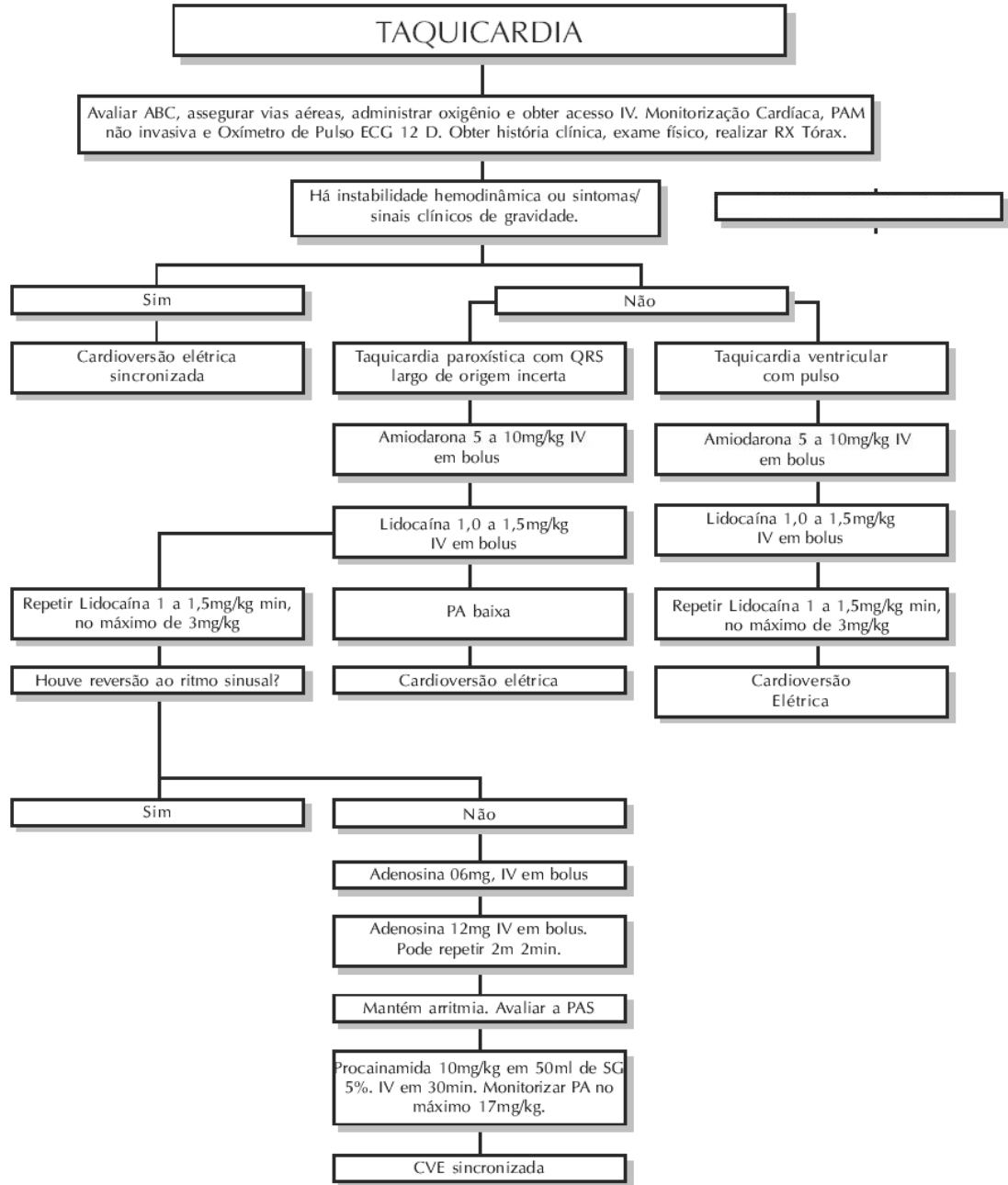


Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO28
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 8 de 20
Título do Procedimento: Atendimento de Urgência de Arritmias e de Parada Cardíaca		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Algoritmos Para Manejo das Arritmias Cardíacas I

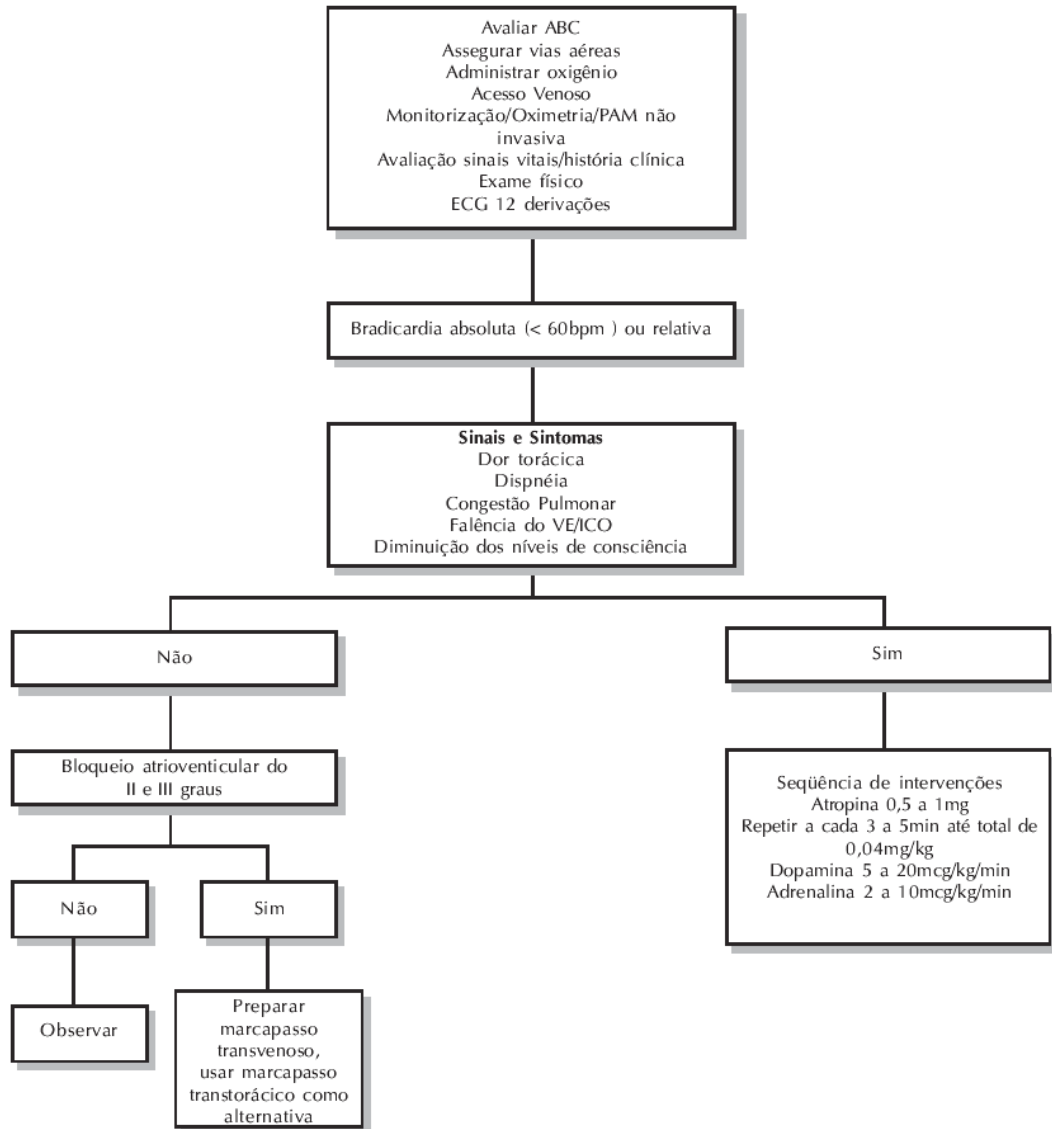


Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO28
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 9 de 20
Título do Procedimento: Atendimento de Urgência de Arritmias e de Parada Cardíaca		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Bradicardia

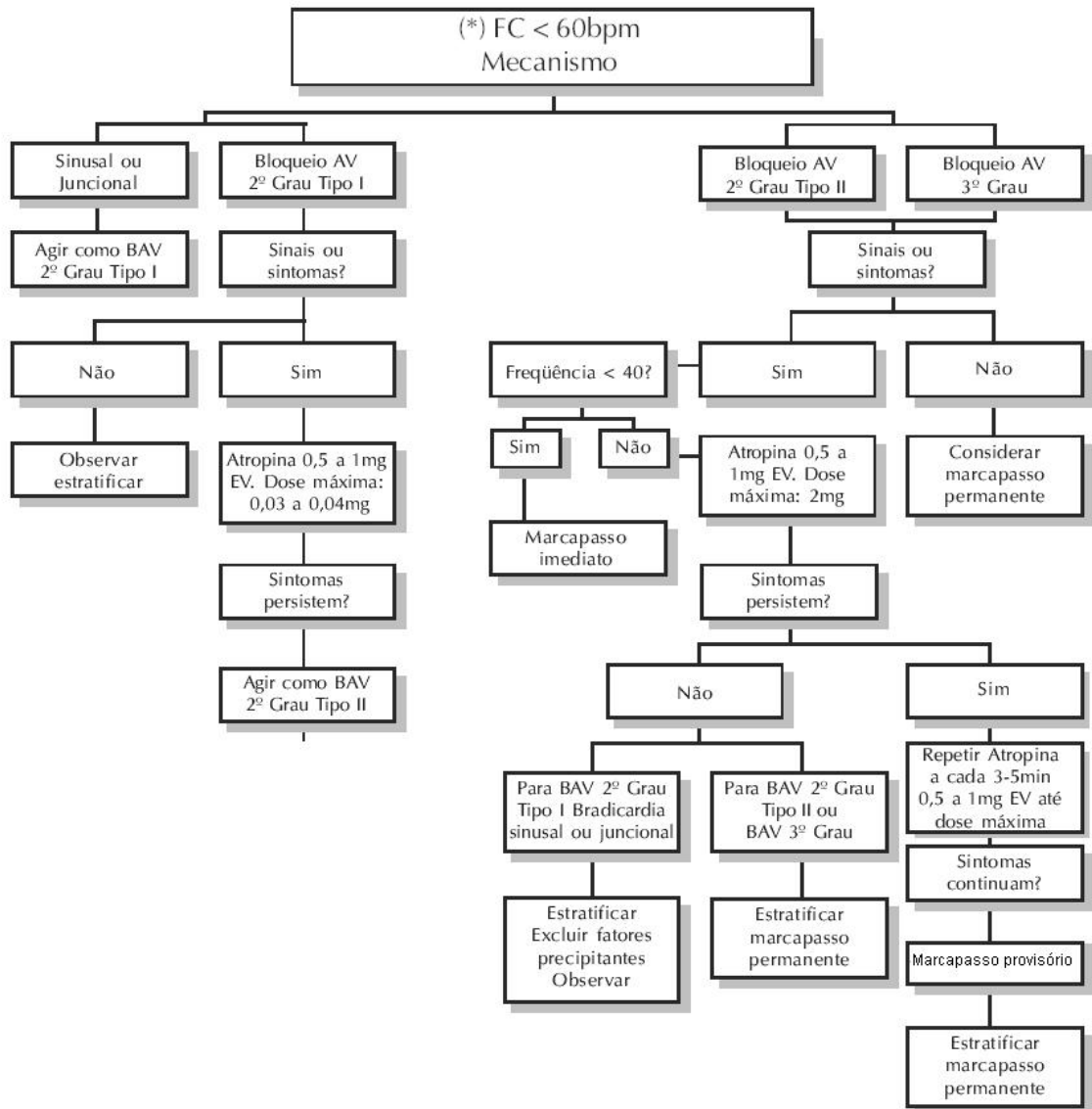


Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO28
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 10 de 20
Título do Procedimento: Atendimento de Urgência de Arritmias e de Parada Cardíaca		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Bradiarritmia



ATENÇÃO:

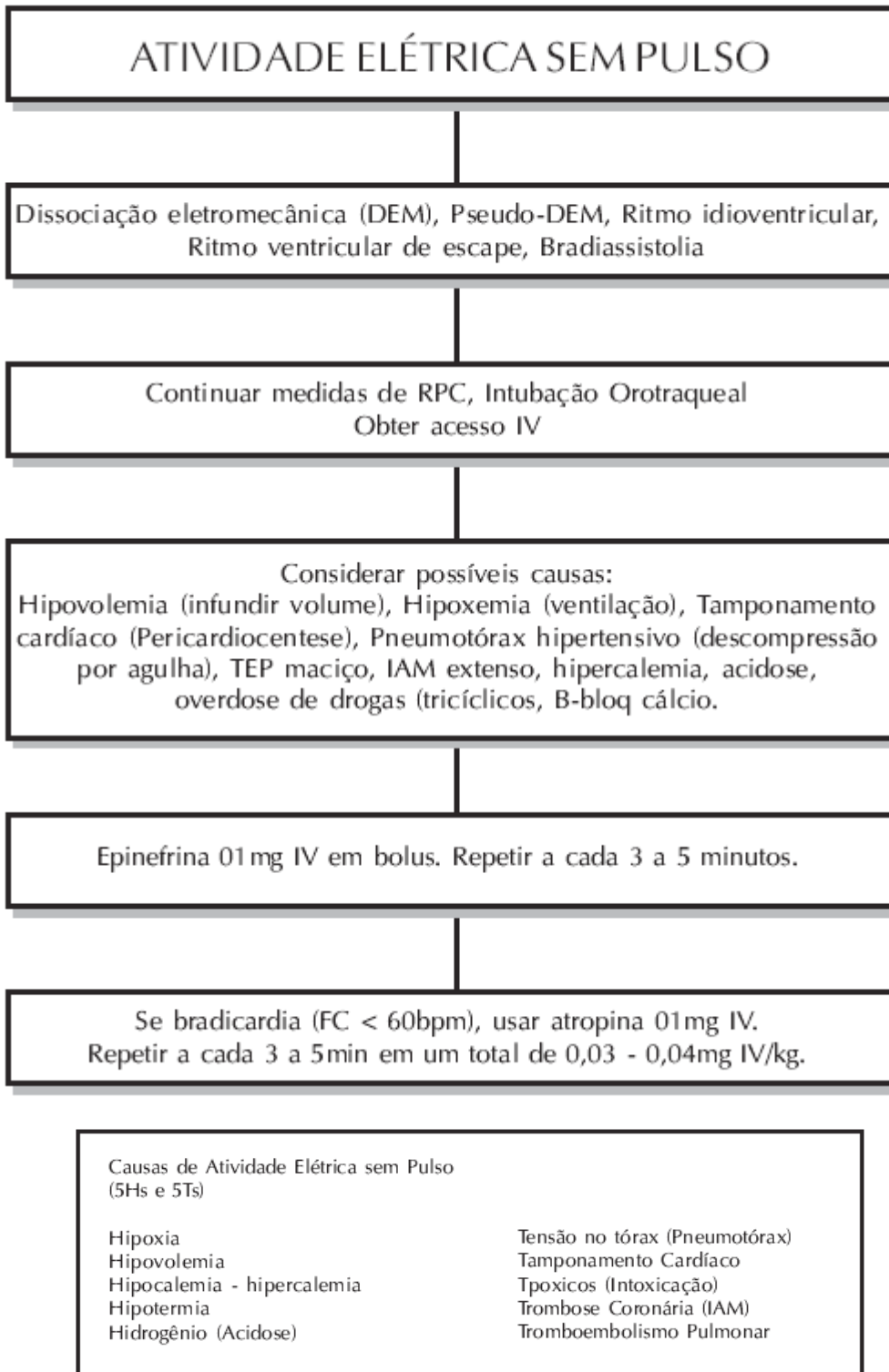
As extra-sístoles ventriculares no BAV de terceiro grau não são de risco e contribuem para manutenção do débito. O seu desaparecimento pode ser acompanhado de desestabilização do paciente e necessidade de marcapasso imediato.

Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO28
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 11 de 20
Título do Procedimento: Atendimento de Urgência de Arritmias e de Parada Cardíaca		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Atividade Elétrica Sem Pulso



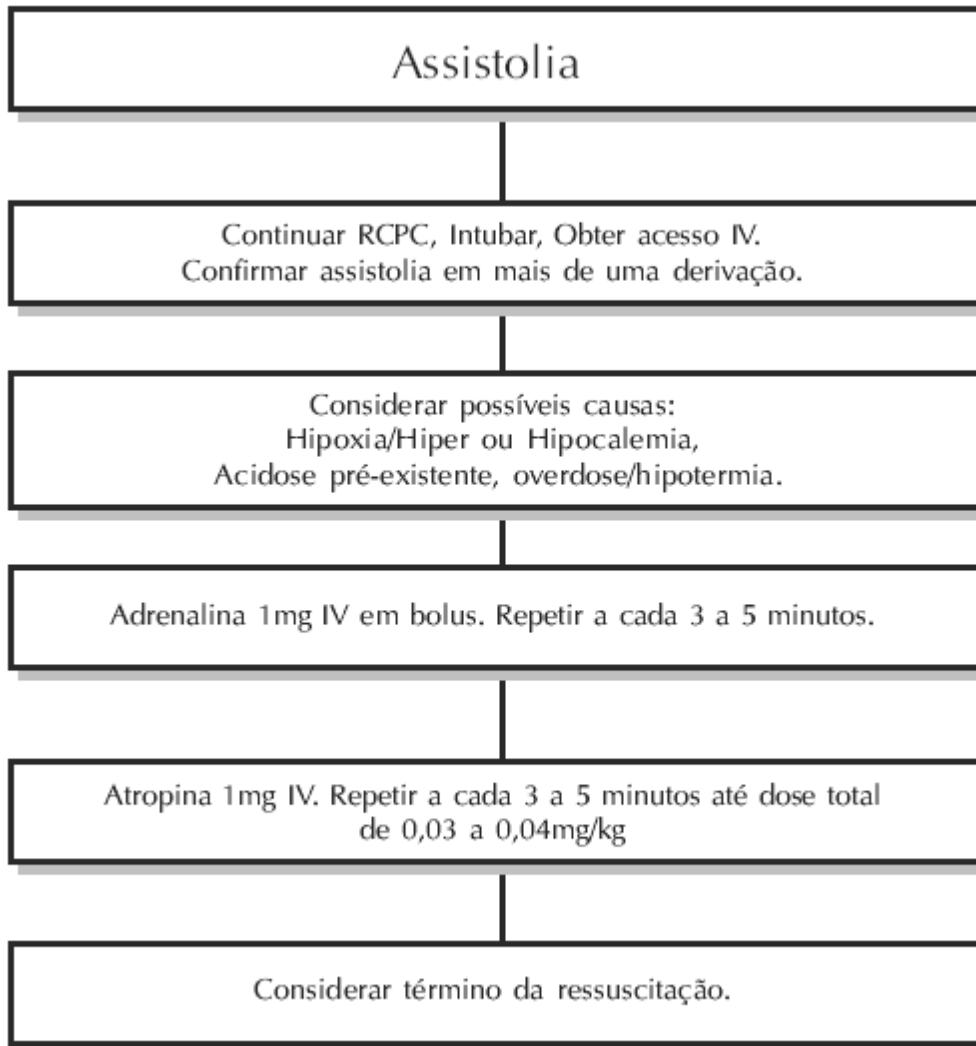
CPSG= Crise parcial secundariamente generalizada

Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO28
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 12 de 20
Título do Procedimento: Atendimento de Urgência de Arritmias e de Parada Cardíaca		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Assistolia

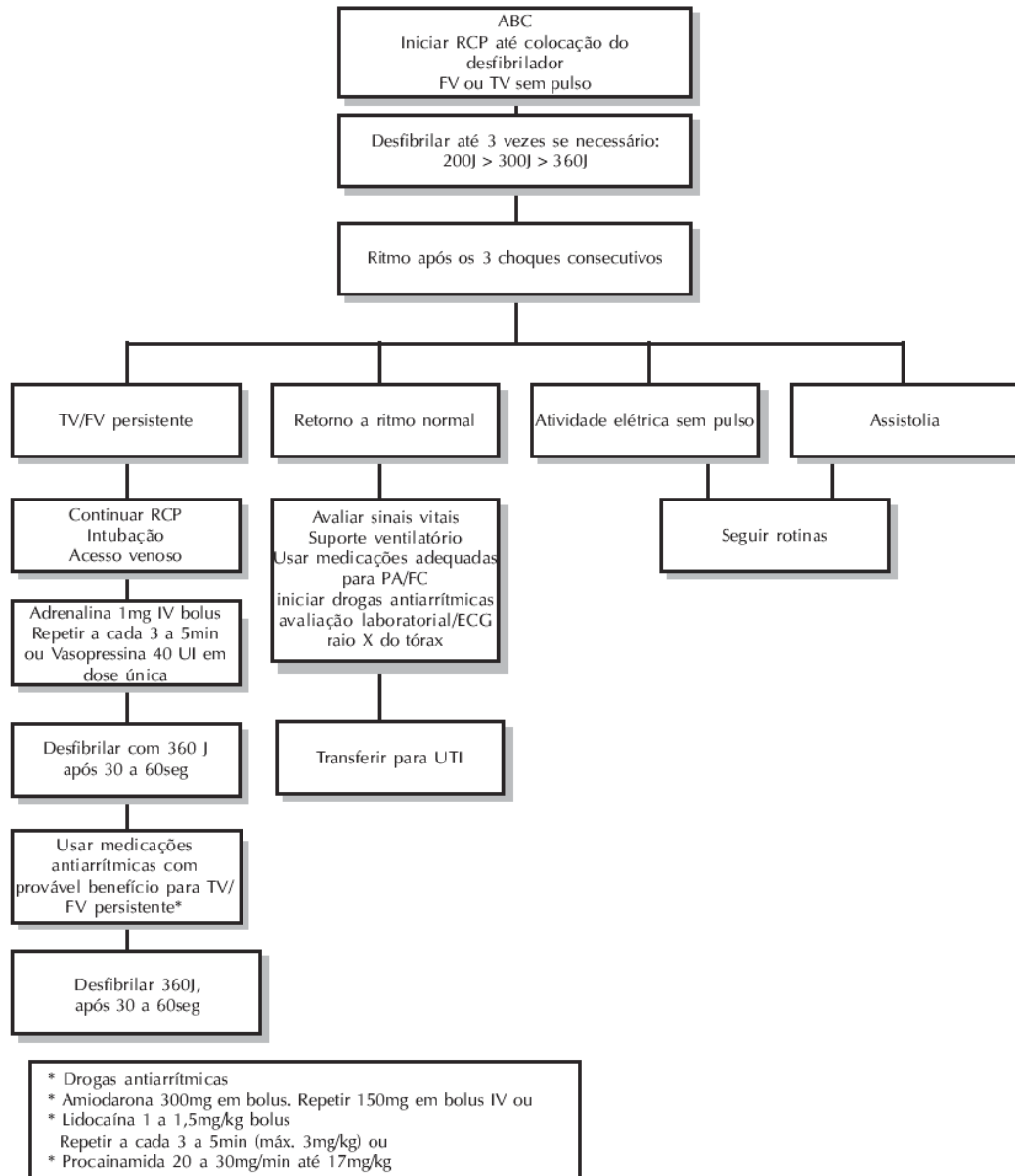


Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO28
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 13 de 20
Título do Procedimento: Atendimento de Urgência de Arritmias e de Parada Cardíaca		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Fibrilação Ventricular



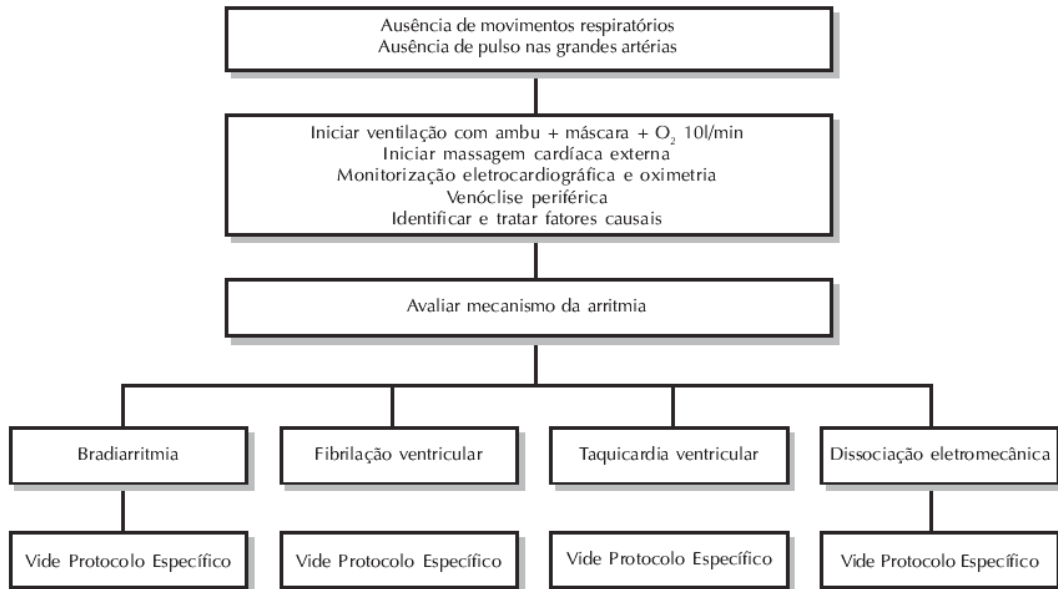
Atenção: as medicações IV devem ser administradas em bolus IV rápido seguido de 20ml de solução salina e elevação do membro superior (local de aplicação do fármaco).

Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO28
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 14 de 20
Título do Procedimento: Atendimento de Urgência de Arritmias e de Parada Cardíaca		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Parada Córdio-Respiratória

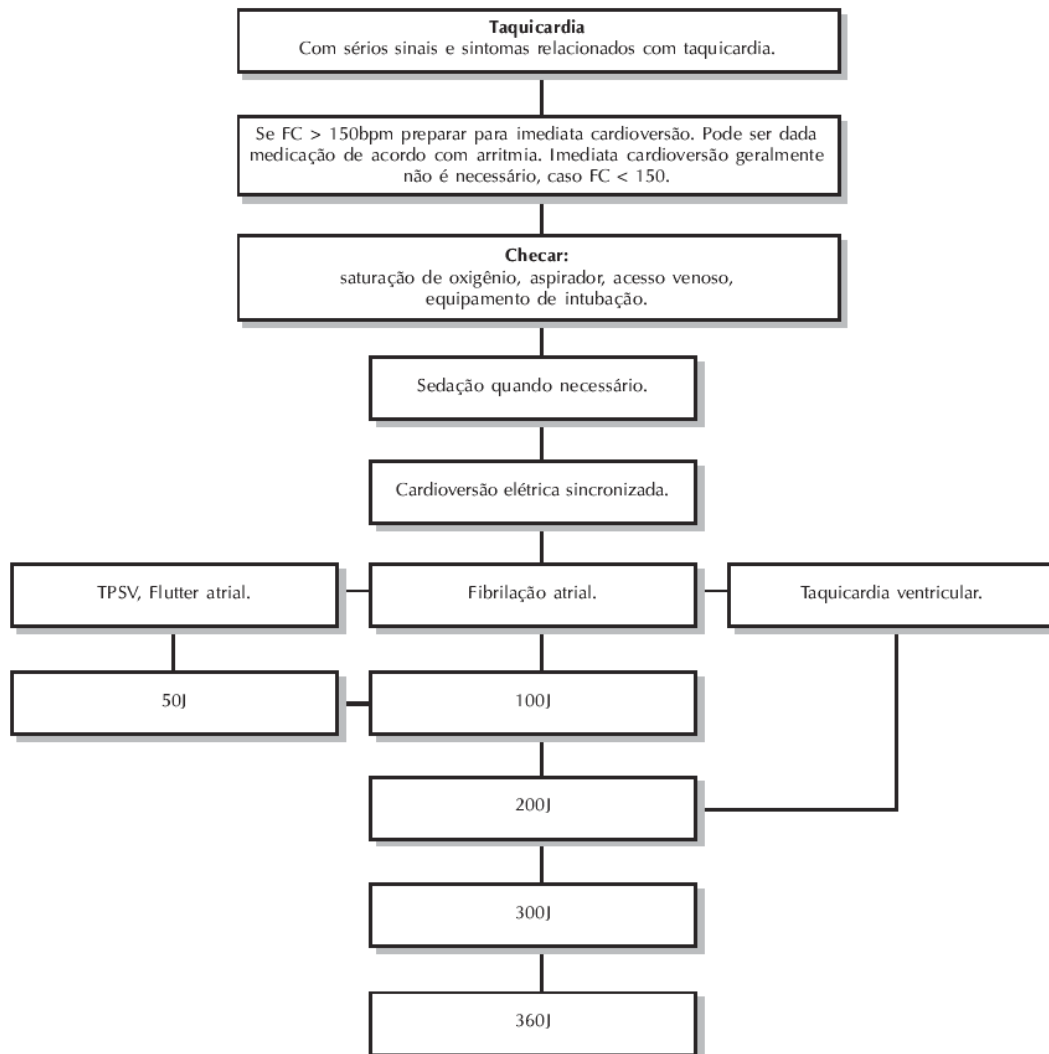


Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO28
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 15 de 20
Título do Procedimento: Atendimento de Urgência de Arritmias e de Parada Cardíaca		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

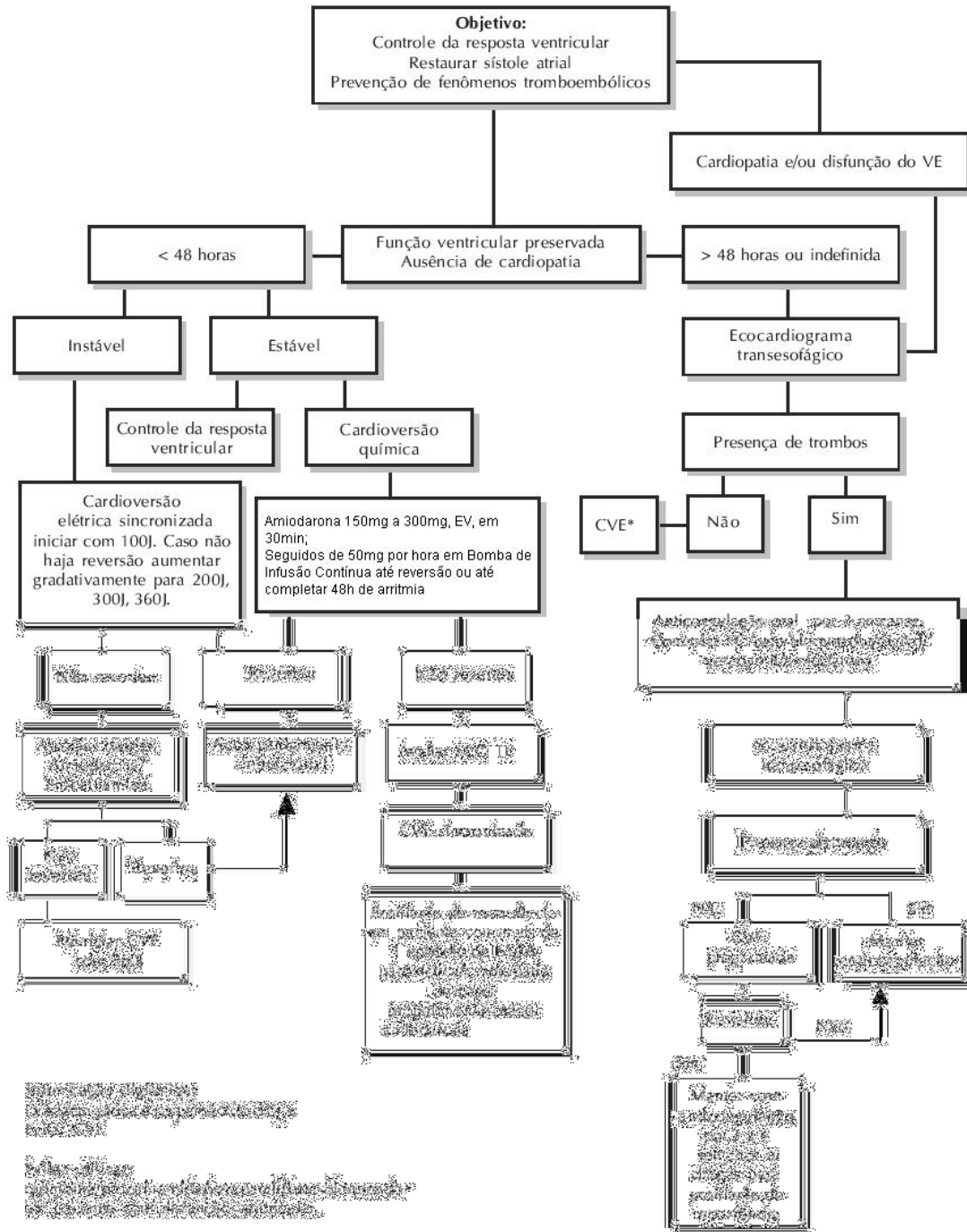
Cardioversão Elétrica



Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:

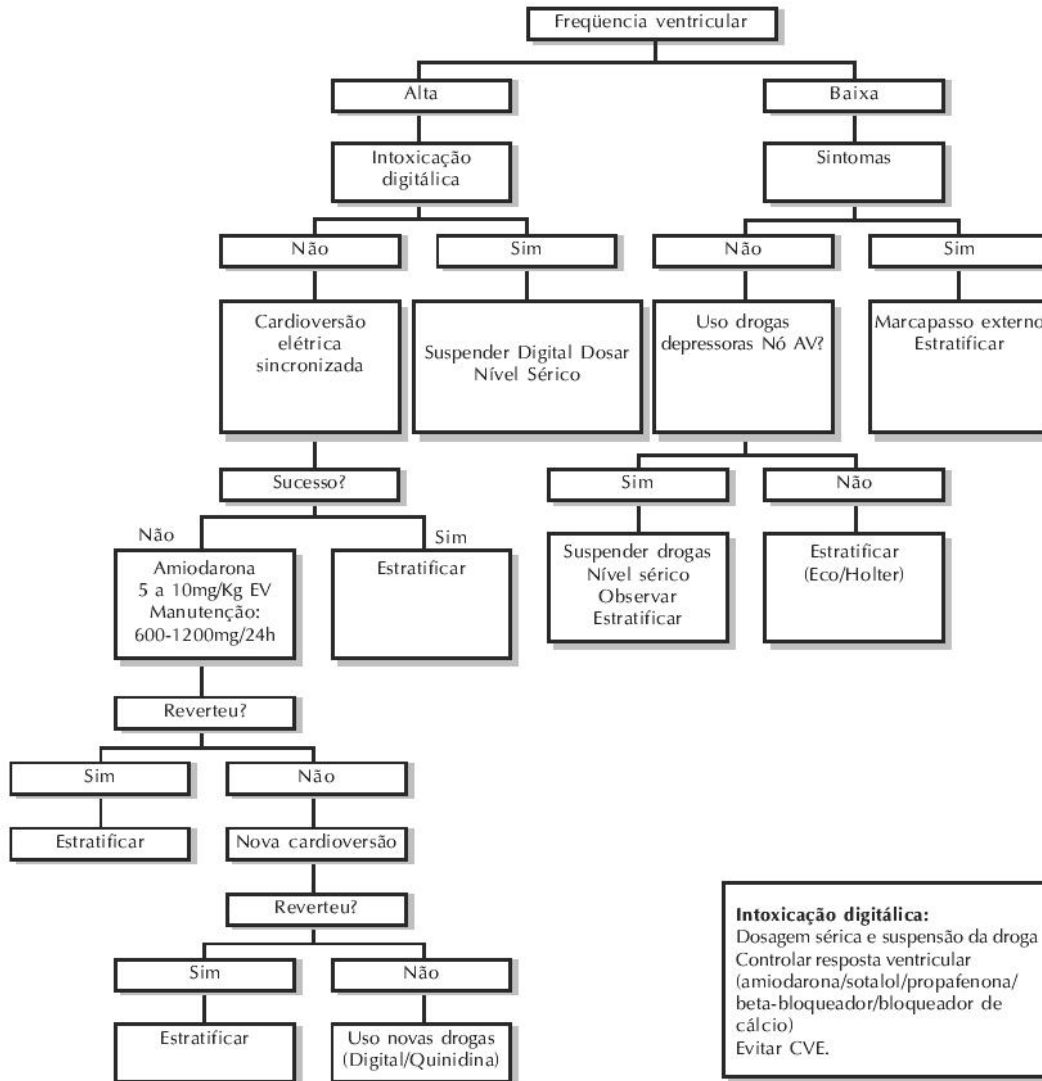


Fibrilação Atrial Paroxística





Flutter Atrial



Intoxicação digitálica:
Dosagem sérica e suspensão da droga
Controlar resposta ventricular
(amiodarona/sotalol/propafenona/
beta-bloqueador/bloqueador de
cálcio)
Evitar CVE.

Etiologia
DPOC
Valvulopatia
Miocardiopatia
HAS
Cardiopatia congênita
ICO
Pós-operatório de cirurgia cardíaca
Miocardite
Pericardite

Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO28
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 18 de 20
Título do Procedimento: Atendimento de Urgência de Arritmias e de Parada Cardíaca		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Fibrilação e Flutter Atrial Parte II: considerações essenciais

Fatores de Risco que contribuem para aumentar a probabilidade de eventos embólicos

Fatores de Risco

Idade avançada
Presença de doença valvar reumática
Disfunção ventricular sistólica
Aumento atrial
IAM anterior prévio
Hipertensão Arterial Sistêmica
História prévia de Acidente Vascular Encefálico
Diabetes Mellitus

Agentes eficazes na redução da Frequência Ventricular Esquerda na FA e no Flutter (na ausência de pré-excitação)

Fármaco	Dose na fase aguda	Dose de manutenção
DIGOXINA	1,0 - 1,5mg IV ou VO/24h, em incrementos de 0,25 ou 0,50mg	0,125mg - 0,50mg diários
PROPRANOLOL	1 - 5mg IV (1mg IV a cada 2min)	10 a 120mg VO de 8/8h
ESMOLOL	0,5mg /kg/min IV	0,05 a 0,2mg/kg/min IV
VERAPAMIL	5 - 20mg (5mg IV a cada 30min)	40 a 120mg VO de 8/8h ou 120 a 360mg retard VO/dia
DILTIAZEM	20 -25mg ou 0,25 - 0,35mg/kg IV, seguidos de infusão de 10 - 15mg IV/h	60 a 90mg VO de 6/6h ou dose única 240 a 360mg retard

Abordagem terapêutica anti-trombótica em portadores de FA e/ou Flutter Atrial

Terapia Anti-trombótica na FA e/ou Flutter Atrial
<ol style="list-style-type: none">1- FA crônica ou FA paroxística devem ser considerados como equivalentes na avaliação do risco para a ocorrência de AVC na FA.2- Portadores de valvopatia mitral reumática ou valva protética devem receber anticoagulante oral (ACO)3- Manter o RNI entre 2 - 3 com ACO nas seguintes situações:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> História de AVC embólico ou AIT prévios<input type="checkbox"/> ICC clínica ou disfunção sistólica esquerda subclínica (FEVE < 40 %)<input type="checkbox"/> FA associada a tireotoxicose4- AAS 325mg no mínimo (SPAF 1 e 2) para pacientes < 75 a sem cardiopatia estrutural e/ou de baixo risco para desenvolver AVC/AIT (pacientes sem DM, ICC, HAS, AVC/AIT prévios)5- Em Pacientes > 65 a sem FR acima descritos com FA isolada (Lone Atrial Fibrillation), deve-se usar apenas AAS.6- Nos pacientes maior ou igual a 75 anos, deve-se considerar o uso de ACO ou AAS, sendo a escolha baseada no risco de desenvolvimento de AVC versus hemorragia.

Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF		Data: 06/2006	
Revisado por:		Data:	
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO28
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 19 de 20
Título do Procedimento: Atendimento de Urgência de Arritmias e de Parada Cardíaca		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- Causas de dificuldades no ajuste da dose terapêutica dos anticoagulantes orais (ACO)

1 - Não uso do RNI no controle da anticoagulação e a utilização de diferentes kits de fabricação de trombolíticas com ISI diferentes;

2 - Flutuações na ingestão de vitamina K na dieta, com uso de saladas de forma abundante ou síndrome de má absorção; alimentos ricos em gordura animal;

3 - Drogas que interagem com o Warfarin

4 - Não adesão ao tratamento.

5 - Erro de técnica laboratorial.

Drogas que interagem com Warfarin aumentando ou diminuindo o RNI

Aumentam o RNI	Diminuem o RNI
Amiodarona, propafenona, quinidina, fenitoína	Colestiramina
Cefalosporinas de 2ª e 3ª geração, SMZ-TMP, Eritromicina, Ketoconazol, Fluconazol, Metronidazol, Isoniazida, Sulfonpirazona, Carbenicilina	Carbamazepina
Cimetidina, Omeprazol, Clofibrato, Dissulfiram, Vitamina E (megadose), Tamoxifen, Heparina, Moxalactan	Sucralfato Barbitúrico
Esteróides anabolizantes, Piroxicam, Fenilbutazonas, Ticlopidian.	Uso crônico de Álcool
Heparina e AAS	Rifampicina e Nafcilina

Reversão do Efeito Anticoagulante

- RNI 4 a 6
 - Suspende Warfarin
 - Repetir RNI 24/24h
 - Retornar Warfarin em doses pequenas quando RNI estiver normal
- RNI 6 a 10
 - Vitamina K 0,5 a 1mg SC
 - RNI de 8/8h
 - Repetir Vitamina K 24h e após, se necessário
 - RNI normal - recomeçar Warfarin
- RNI 10 a 20
 - Vitamina K 3 a 5mg IV
 - RNI de 6/6h, considerar plasma
 - Repetir Vitamina K 12h e após, se necessário
- ✱ RNI > 20 ou RNI < 20 com sinais de sangramento
 - ✱ Vitamina K 10mg IV
 - ✱ Plasma fresco 15ml/kg
 - ✱ RNI de 6/6h
 - ✱ Repetir Vitamina K 12h após, se necessário

Obs.: se o retorno do Warfarin estiver indicado, iniciar Heparina até que os efeitos da Vitamina K tenham cessado.

Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO28
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 20 de 20
Título do Procedimento: Atendimento de Urgência de Arritmias e de Parada Cardíaca		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

● Indicações Clínicas da Anticoagulação Oral

1 - Profilaxia de TEP/TVP;

2 - Tratamento da TVP/TEP;

3 - Infarto Agudo do Miocárdio;

4 - Válvula mecânica;

5 - Fibrilação Atrial e Flutter Atrial Crônico;

6 - Cardiopatia Dilatada e ICC;

7 - Gestação (contra-indicado nos primeiros 3 meses da gestação, devendo-se optar por Heparina e manter o TTPa entre 1,5 a 2, 5 vezes o Valor Basal da paciente, com controle de 6/6h até atingir nível ótimo de anticoagulação).

Curto período de anticoagulação (definição)

Entende-se por curto período de anticoagulação o uso de Warfarin ou Fepracumon (marcoumar) por um período de 4 semanas antes da cardioversão eletiva, sendo que deve ser mantida a terapia com ACO até 3 a 4 semanas após o procedimento, naqueles pacientes considerados de baixo risco ou sem cardiopatia estrutural subjacente.

Elaborado por: Souza, JPD & Oliveira Netto, AF		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO29
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 2
Título do Procedimento: Toracocentese		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Deverá ser realizada para diagnóstico de presença do derrame pleural e da sua etiologia, colhendo líquido pleural para citologia oncológica e bioquímica.

É realizado após o exame clínico, solicitação, realização e avaliação do resultado do raio-X do tórax em posição ortostática e e quando necessário em decúbito lateral com raios horizontais e/ou ultra-sonografia confirmando o diagnóstico. Pode se realizar a punção diagnóstica ou toracocentese orientada ou não pelo ultra-som. Quando é indicada a drenagem contínua do derrame pleural, a paciente é encaminhada para a internação.

O procedimento é realizado pela equipe médica com o auxílio da equipe da enfermagem.

Descrição do procedimento:

- A cliente deverá estar em condições de permanecer imóvel e confortável.
- Realiza-se a assepsia e a antisepsia da paciente e do médico.
- O médico deverá estar vestindo avental descartável, máscara e luvas estéreis.
- Procede-se a palpação dos 5º e 6º arcos costais na linha axilar anterior, acompanhando a curvatura da borda superior da costela inferior.
- Realiza-se pequeno botão anestésico com seringa de 10ml, agulha 12G, para aspiração da xilocaína a 1-2% sem adrenalina e agulha de insulina + 8G para anestésiar o trajeto.
- Punção com agulha tipo abocath nº 14 a 18 acoplado à seringa de 20 a 60cc para o procedimento, com o objetivo de evitar pneumotórax e colher líquido para exames. Avaliar possível sangramento.
- Retirar a agulha após pedir para a paciente realizar um momento de apnéia ou expiração forçada e cobrir imediatamente o orifício com curativo oclusivo.
- Encaminhar o material colhido para exame citológico e bioquímica.
- Interromper o procedimento se a cliente apresentar quaisquer sinais de instabilidade cardiovascular.

Elaborado por: Áurea Akemi Abe Cairo e Joana Fróes Bragança Bastos		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:
		Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO29
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 2
Título do Procedimento: Toracocentese		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

- Manter a cliente sob observação dos sinais vitais após o procedimento antes da alta ou encaminhamento para outra unidade.

Elaborado por: Áurea Akemi Abe Cairo e Joana Fróes Bragança Bastos			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO30
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 1 de 2
Título do Procedimento: Inserção de Acesso Venoso Central		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Frequência:	Mediante indicação e prescrição médica.
Agente:	Médico.
Fluxograma:	<div style="text-align: center;"><p>Internação da cliente com 48h antes do procedimento cirúrgico</p><p>Indicação do Acesso pela equipe da Oncologia até as 12h do dia anterior ao procedimento cirúrgico, com agendamento do AVC na UTI pelo R3 da enfermaria de oncologia.</p><p>Responsável pelo procedimento: R3 UTI* Supervisor: Médico Assistente da UTI</p></div>
<i>* Nas segundas e sextas feiras, o procedimento será realizado após o R3 da UTI sair do Centro Cirúrgico</i> <i>* Aos Domingos, o responsável pelo procedimento será o R3 da Enfermaria de Oncologia</i>	
Material:	<ul style="list-style-type: none">- Campos estéreis;- 1 Kit acesso venoso central – 1 Cateter para acesso venoso central,- 04 pacotes de gases;- 01 frasco de lidocaína sem vasoconstritor;- 01 seringa de 20ml, 01 seringa de 10ml, 01 agulha 40x12, 01 agulha 25x7, 01 agulha 13x 4,5, fio de sutura mononylon 2.0 ou 3.0;- 1 par de luvas estéril;- 1 Equipo;- 1 frasco de solução salina de 250ml;- 2 frascos de clorexidina-tintura;- Fita aderente;
Equipamento:	<ul style="list-style-type: none">- 1 Suporte de soro;- Mesa de Mayo;- Kit acesso central – 01 porta agulha, 01 tesoura, 01 pinça dente de rato e 01 kelly reta;
EPI:	<ul style="list-style-type: none">- Luvas de procedimentos;- 2 gorros;- 2 máscaras;- 1 avental estéril;- 2 óculos de proteção

Elaborado por: Oliveira Netto, AF & Souza, JPD		Data: 06/2006
Revisado por:		Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção: Data:



CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE DA MULHER		Doc. nº. CAISM/ONCO30
Área de Oncologia	Enfermaria de Oncologia	Página 2 de 2
Título do Procedimento: Inserção de Acesso Venoso Central		Data de Emissão: 06/2006
		Revisão nº.

Técnica:	<ol style="list-style-type: none">1. Explicar a cliente o procedimento e sua finalidade;2. Reunir todo material e trazer próximo ao leito;3. Realizar o posicionamento adequado da cliente;4. Colocar gorro, máscara e óculos;5. Realizar degermação das mãos – clorexidina degermante;6. Vestir avental e luvas estéreis;7. Técnica de acesso venoso central:8. Decúbito dorsal, preferencialmente em posição de Trendelenburg.9. Determinar o sítio de punção.10. Assepsia.11. Colocação dos campos estéreis12. Anestésiar.13. Puncionar com agulha conectada a uma seringa.14. A introdução da agulha deve ser feita com aspiração contínua; caso não seja aspirado sangue, deve-se retirar a agulha pelo mesmo trajeto, sempre com sucção mantida.15. Introdução do cateter16. Testar a posição intraluminal do cateter aspirando 5ml de sangue venoso pela seringa, sem dificuldades.17. Fixação do dispositivo à pele.18. Curativo local;19. Reunir o material perfuro-cortante utilizado num determinado local da mesa, evitando acidentes;20. Solicitar RX de tórax e checar.
-----------------	--

Elaborado por: Oliveira Netto, AF & Souza, JPD			Data: 06/2006
Revisado por:			Data:
Aprovação da Supervisão:	Data:	Aprovação Direção:	Data: