

Condutas de Unidades de Terapia Intensiva

(1) José Eduardo Monteiro da Cunha

I — Modelo de Evolução Clínica de Doentes Internados na Unidade de Terapia Intensiva

O doente internado na Unidade de Terapia Intensiva deve ser avaliado de uma maneira global qualquer que tenha sido a afecção primária que determinou sua internação na Unidade. Frequentemente a doença primária ou o tratamento instituído para o seu controle, proporcionam alterações de vários sistemas orgânicos que devem ser devidamente avaliados.

Para o plantonista da U.T.I. é extremamente útil dispor, no recebimento do plantão, de uma evolução ao mesmo tempo simples e completa que lhe dê informações rápidas e exatas sobre o funcionamento de todos os sistemas orgânicos inclusive com dados laboratoriais, radiológicos e de outros exames subsidiários.

Dentro desses princípios básicos o modelo de evolução clínica aqui discriminado tem sido empregado com bons resultados na U.T.I. do Hospital.

Modelo de Evolução Clínica

Fazer a análise da situação diária do doente para cada sistema conforme a lista abaixo.

Quando abordar um determinado sistema, incluir exame físico exame de laboratório, exames radiológicos e comentários, procurando estabelecer correlação com os dias anteriores.

Procurar assinalar somente as anormalidades. Quando houver certeza da estabilidade das alterações desde um período anterior devidamente descrito na evolução, assinalar apenas "Inalterado".

Os sistemas e questões a serem considerados na evolução são:

- 01 — GERAL: aspecto, dados vitais e observações sobre itens não constantes abaixo.
- 02 — S. CAT: presença e permeabilidade de sondas, cateteres e drenos.
- 03 — N. PSQ: neurológicos e psiquiátricos. (V — avaliação específica).
- 04 — CVAS: cardiovasculares, incluindo choque e problema vasculares periféricos.

1. Chefe da UTI do Hospital A. C. Camargo — Fundação Antonio Prudente.

- 05 — RESP: respiratórios incluindo entubação, traqueostomia respirador, oximetria. Força inspiratória, ar corrente, capacidade vital, "shunt" pulmonar, etc.
- 06 — DIG.AB: digestivos e abdominais, incluindo hepáticos e pancreáticos.
- 07 — MEMB: membros, problemas osteoarticulares.
- 08 — NUT: nutrição, incluindo alimentação (vias, aceitação) duração e eventuais complicações da NPP.
- 09 — INF: bacteriologia, incluindo resultados de bacterioscopia e culturas, antibióticos, incluindo antibiograma e tempo de administração. Infecções com comentários sobre localização e evolução de cada processo.
- 10 — RU.HE: renais, urinários e hidroletrolíticos. Incluindo balanço e equilíbrio ácido-básico.
- 11 — OBS: observações e comentários.
- 12 — CONCL: conclusões.
- 13 — COND: mudanças globais de conduta.

II — Conduta da U.T.I. no Pós-Operatório Imediato de Grandes Cirurgias

No pós-operatório imediato em cirurgias de grande porte, atenção especial deve ser dada a 3 aspectos fundamentais:

1 — Assistência Respiratória

Logo após a chegada do paciente à U.T.I. devem ser determinados.

- a — Frequência respiratória;
- b — Ar corrente e capacidade vital;
- c — Pressão parcial arterial de O_2 (pao_2);
- d — Pressão parcial arterial de Co_2 ($paco_2$);
- e — Radiografia do tórax (paciente com sonda traqueal).

Conforme os resultados proceder a conduta de acordo com o quadro de INDICAÇÃO DE ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA.

— Avaliação das Condições Hemodinâmicas

As condições hemodinâmicas devem ser avaliadas através de determinação horária de:

- a — Pressão arterial (PA);
- b — Pressão Venosa Central (PVC);
- c — Débito Urinário;
- d — Condições da Circulação Periférica

Conduta em Diferentes Eventualidades

CONDIÇÕES

- A — Hipotensão arterial
Queda da PVC
Diurese menor que 50 ml/h
(eventual acidose metabólica)
- B — P. arterial normal
PVC normal
Diurese menor que 50 ml/h.
- C — P. arterial variável
PVC elevada
Diurese menor que 50 ml/h.

CONDUTA

- A — Aumentar infusão de volume
 - B — Diurético:
Furosemide ou Manitol 20%.
 - C — a. cirurgia não infectada: digitalizar paciente.
b. cirurgia infectada: tratar como sepse.
- 3 — Avaliação do equilíbrio hidroeletrólítico e acidobásico e do metabolismo glicídico.
Realizada pelos seguintes exames laboratoriais:

- a — Hematócrito e hemoglobina
- b — pH arterial e diferença de bases (DB)
- c — Eletrólitos (principalmente K)
- d — Glicemia

III — Avaliação do Estado Neuropsíquico de Doentes Internados na Unidade de Terapia Intensiva

Um dos problemas vividos por todos aqueles que trabalham em regime de plantões nas Unidades de Terapia Intensiva é representado pela avaliação do estado neuropsíquico dos pacientes internados.

É assim importante uma padronização e classificação do estado neuropsíquico dos pacientes, tornando mais precisa a avaliação da evolução da doença de base, pelos médicos plantonistas que trabalham periodicamente no serviço.

Na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital a seguinte classificação tem sido utilizada:

- A — Alerta: significando nenhuma anormalidade do estado neuro psíquico.
- B — Desorientação grau I:
 - a — lembra-se do próprio nome e idade;
 - b — reconhece o ambiente e o examinador;
 - c — conta de 0 a 10 adequadamente;
 - d — não consegue contar de 10 a 0 ou pares e ímpares.

Indicação de assistência respiratória

Parâmetros		Valores aceitáveis	Indicação de fisioterapia Oxigenação vigilância	Indicação de entubação Ventilação mec. traqueostomia
Mecânica respirat.	Frequência respiratória/min.	15-25	25-35	>35
	Capacidade vital (ml/kg)	70-30	30-15	<15
	Força respiratória (cm H ₂ O)	100-50	50-25	<25
Oxigenação	PAO ₂ (mmHg)	100-75*	200-60*	60**
Ventilação	PACO ₂	33-45	45-60	60***

* Respirando ar atmosférico

** Cair máscara ou cateter nasal de O₂ (FIO₂ = * 40%)

*** Quando não há hipercapnia crônica.

C — Desorientação grau II:

- a — lembra-se do próprio nome e idade;
- b — reconhece examinador e ambiente;
- c — não consegue contar de 0 a 10 ou vice-versa.

D — Desorientação grau III:

- a — Lembra-se do próprio nome e/ou idade;
- b — não reconhece examinador ou o ambiente.

E — Desorientação grau IV:

- a — não se lembra do próprio nome e/ou e idade.

F — Coma grau I:

Paciente pode ser acordado apenas com voz alta.

G — Coma grau II:

Só pode ser acordado com estimulação mecânica.

H — Coma grau III:

Ausência de resposta à estimulação mesmo dolorosa.

I — Coma grau IV:

Hiporeflexia dos reflexos tendinosos, fotomotor e pupilar.