



ROTINAS^{EM} UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

COORDENADORES

MARIANA ARAÚJO

LEANDRO CORDEIRO PORTELA



**ROTINAS^{EM}
UNIDADE
DE TERAPIA
INTENSIVA**

Autores

AUTORES COORDENADORES

Mariana Araújo

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral (2020.1). Foi estagiária concursada do serviço de Pneumologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) e de Pediatria na Atenção Primária do Centro de Saúde da Família Dr. Grijalba Portela. Foi bolsista remunerada do Departamento de Pesquisa (DEPE) da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS). Atuou como monitora de Habilidades de Comunicação pelo Programa de Iniciação à Docência (PID/UFC). Fez iniciação científica voluntária no laboratório de Biotecnologia e Fisiologia da Reprodução (LABIREP/UFC). Foi membro da Liga Acadêmica de Pediatria de Sobral (LIPE/UFC) e membro-fundadora da Liga Acadêmica de Tisiologia e Pneumologia de Sobral (LATIPS/UFC), tendo sido, respectivamente, vice-presidente e presidente das mesmas. Atua como médica da Estratégia de Saúde da Família do município de Sobral/CE. Médica plantonista da Unidade de Pronto Atendimento Doutor Hugo Mendes Parente em Sobral/CE. Médica plantonista do Hospital e Maternidade Joaquim Guimarães em Groaíras/CE. Médica plantonista da Unidade de Pronto Atendimento Antônia Coelho de Oliveira em Granja/CE.

Leandro Cordeiro Portela

Graduação em Medicina na Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral 2007; Pós-graduação em Cardiologia 2010 pelo Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo Especialista em Cardiologia Pela Sociedade Brasileira de Cardiologia; Pós-graduação em Eletrofisiologia Clínica e Invasiva pela Universidade Federal de São Paulo; Médico Cardiologista do Hospital do Coração de Sobral (HC). Médico Eletrofisiologista do Hospital do Coração de Sobral (HC). Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Ceará; Professor de Cardiologia - Centro Universitário Uninta; Professor e Coordenador da Disciplina de cardiologia da Universidade Federal do Ceará; Coordenador e diarista da Unidade Coronariana e Unidade de Terapia Intensiva do Hospital do Coração de Sobral; Diretor Clínico em vigência do Hospital do Coração de Sobral.

Agradecimentos

Nascida em lar com dois pais professores e criada para valorizar o conhecimento, tornei-me grande admiradora da dinâmica do “ensinar”. Esse livro nasceu do ímpeto de procurar formas de perpetuar o conhecimento e foi estruturado na tentativa de melhor fazê-lo.

Primeiramente, agradeço a Deus, pois compreendo que a criação deste livro é a junção entre a missão que ele plantou em meu coração e uma grande oportunidade proporcionada pela Editora Sanar. Somente minha vontade de escrevê-lo não seria suficiente, não fosse Ele ter me feito enxergar os meios por onde poderia torná-lo real.

Agradeço aos meus pais, Adelma e Célio, e a minha irmã, Carolina, por serem a minha força nessa vida e a minha maior fonte de inspiração. Tudo que conquistei e que ainda conquistarei em minha trajetória, eu devo a vocês.

Agradeço ao professor Dr. Leandro Cordeiro Portela por, em uma conversa, em um dia normal durante a minha passagem como interna pelo Hospital do Coração de Sobral-CE, ter confessado sua vontade de criar um livro sobre Terapia Intensiva e por ter feito com que eu reconhecesse a importância deste projeto para o meio médico. Naquele momento, este livro nasceu dentro de mim e enchi-me de forças para levá-lo adiante.

Agradeço a todos os autores e revisores por terem se disposto a embarcar nessa aventura conosco e por terem dedicado grande parte de seu tempo para se certificarem de que a escrita dos capítulos estava sendo feita de forma metódica. Não fosse uma equipe tão comprometida com a concretização desse sonho, não estaríamos colhendo este fruto.

E, por fim, agradeço à Universidade Federal do Ceará por ter criado um meio tão sólido para a aprendizagem da arte da Medicina e por ser um verdadeiro exemplo do ensino público de qualidade. Sou grata pelas oportunidades criadas por esta instituição e tenho que reconhecer que devo todo conhecimento que tenho a ela e ao seu corpo docente excepcional.

Muito obrigada!

Mariana Araújo – Coordenadora

Agradecimentos

Agradeço minha família e meus amigos por todo o carinho, amor e força. Sou grato, especialmente, a minha esposa Elaine e as minhas filhas Luiza e Catarina, que tanto me ajudam a buscar a excelência e vencer os desafios. Não posso deixar de dedicar um agradecimento especial aos meus alunos que foram grandes parceiros, incentivadores e desbravadores da atualização e execução desse árduo projeto.

Leandro Cordeiro Portela - Coordenador

Apresentação

O livro “Rotinas em Unidade de Terapia Intensiva” surgiu da vontade comum da equipe de autores de compartilhar com outros estudantes e profissionais da saúde os conceitos fundamentais desta área desafiadora da Medicina.

Muitos temem a complexidade dos casos encontrados nos serviços de Terapia Intensiva e, por isso, a importância deste projeto. Este livro é estruturado em capítulos teóricos carregados da vivência prática de seus autores e revisores, cujos tópicos abordados foram escolhidos conforme o que se percebe ser essencial para formar profissionais aptos para atuarem com destreza em unidades especializadas. Este instrumento impresso deve ser utilizado para estudo continuado e para eventuais pesquisas direcionadas, dispondo para isso de fluxogramas ao final de cada capítulo.

Tendo em vista o que estamos vivendo no momento da sua publicação, marcada pela eclosão da COVID-19 e superlotação das inúmeras unidades de UTI, nunca o domínio dos preceitos da Terapia Intensiva mostrou-se tão fundamental para qualquer profissional da área da saúde.

Dito isto, espero que as próximas páginas sejam-lhes úteis e que os ensinamentos nelas contidos possam fazer a diferença no manejo clínico de seus futuros pacientes!

Boa leitura!

Mariana Araújo - Coordenadora

Sumário

01	Reconhecimento do Paciente Grave e Admissão na UTI	25
02	Evolução Médica e Prescrição na UTI	35
03	Nutrição Enteral e Parenteral	51
04	Uso Racional de Antibióticos	71
05	Monitorização Hemodinâmica	83
06	Princípios da Sedoanalgesia	95
07	Drogas Vasoativas	111
08	Abordagem da Insuficiência Respiratória	123
09	Princípios da Ventilação Mecânica	137
10	Insuficiência Cardíaca	169
11	Abordagem das Emergências Hipertensivas	189
12	Pneumonia	205
13	Abordagem da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica	223
14	Sepse	231
15	Abordagem do Choque	251
16	Abordagem dos Distúrbios Hidroeletrólíticos	267
17	Abordagem dos Distúrbios Acidobásicos	339
18	Abordagem da Síndrome Coronariana Aguda	349
19	Abordagem das Bradiarritmias	371
20	Abordagem das Taquiarritmias	387
21	Abordagem da Insuficiência Renal Aguda	407

22	Abordagem das Infecções do Trato Urinário _____	417
23	Abordagem do Acidente Vascular Encefálico Isquêmico e Hemorrágico __	435
24	Abordagem do Traumatismo Cranioencefálico _____	451
25	Abordagem dos Distúrbios da Coagulação _____	467
26	Abordagem dos Distúrbios Endocrinológicos _____	483
27	Abordagem do Paciente no Pós-Operatório _____	495
28	Bacteremias e Infecções de Devices _____	517
29	Terapia Transfusional no Paciente Crítico _____	535
30	Abordagem do Delirium _____	553
31	Abordagem da Trombose Venosa Profunda _____	563
32	Lesões por Pressão _____	577
33	Reanimação Cardiopulmonar _____	597
34	Coma _____	607
35	Morte Encefálica _____	619
36	Cuidados Paliativos _____	629

Se prepare para a residência
em Medicina Intensiva!



sanarmed.com/residenciamedica

Videoaulas do ciclo básico ao
internato com o SanarFlix!



sanarflix.com.br

Reconhecimento do Paciente Grave e Admissão na UTI

Autor(a): Tatiane Moreira Costa
Revisor(a): Kailane Martins Cardoso

CONCEITO

Considera-se paciente grave o indivíduo que apresenta alguma instabilidade em um de seus sistemas orgânicos, desenvolvidos por alguma alteração aguda ou agudizada.¹

Os pacientes que possuem sinais clínicos instáveis e deterioração clínica costumam apresentar sinais e sintomas similares, sem considerar causas subjacentes, uma vez que desenvolvem comprometimento das funções respiratória, cardiovascular e neurológica.⁵

É possível identificar as alterações quando o paciente apresentar:



Com a proposta de realizar uma identificação rápida e eficaz dos sinais e sintomas que o paciente apresenta foi desenvolvido uma escala, para auxiliar na avaliação e prestação da assistência, denominada “NEWS” (National Early Warning Score – Escore para Alerta Precoce - EPAP) ferramenta utilizada para sistematizar o cuidado e atuar de forma eficiente no tratamento ao paciente. Em 2013, foi publicado um exemplo da eficácia desta ferramenta na revista *Resuscitation*.

TABELA 1: ESCORE PARA ALERTA PRECOCE – EPAP

PARAMETROS FISIOLÓGICOS	3	2	1	0	1	2	3
Nível de consciência				A			V,D ou NR
Temperatura	≤ 35,0		35,1 – 36,0	36,1 – 38,0	38,1 – 39,0	≥ 39,1	
Frequência Cardíaca	≤ 40		41 – 50	51 – 90	91 – 110	111-130	≥ 131
PA Sistólica	≤ 90	91 -100	101 – 110	111-129			≥ 220
Frequência Respiratória	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturação de Oxigênio	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
Qualquer Suplementação de O2		Sim		Não			

Observações:

- 1. Nível de consciência: Alerta (A)** – o paciente está completamente acordado, embora não esteja necessariamente orientado. Apresentará abertura ocular espontânea, responderá à voz e terá sua função motora preservada. Voz (V) – O paciente apresentará resposta quando for estimulado pela voz. Dor (D) - O paciente responderá ao estímulo doloroso, apresentando movimentos de retiradas a dor ou mesmo flexão ou extensão involuntária dos membros ao estímulo doloroso. Não responde (NR) – O paciente estará inconsciente e não apresentará resposta aos estímulos citados.
- 2. Insuficiência Respiratória (IRp):** Pacientes com IRp Crônica (por exemplo: doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose pulmonar, dentre outras patologias), onde a suplementação de O2 é crônica, níveis menores SpO2 podem ser aceitos. Tais pacientes deverão ser avaliados por especialistas, e novos critérios poderão ser definidos no escore especificamente para o paciente em questão. Pacientes com necessidade de altas frações de O2 e VNI apresentam risco clínico elevado e devem ser monitorados continuamente.

No artigo 11, da Resolução do CREMEC de 1997,¹ ressalva que a internação do paciente deverá ser realizada de comum acordo entre o médico solicitante e o médico da UTI, salvo em caso iminente risco de vida, conforme a disponibilidade dos leitos no setor.

Pensando nisso, o Ministério da Saúde instituiu a portaria n. 895/2017 com o objetivo de padronizar as prioridades para admissão e alta nas Unidades de Terapia Intensiva – UTI dentro do SUS. Em 2016, o Conselho Federal de Medicina (CFM) já havia publicado uma resolução semelhante de N° 2156, o qual determina critérios a serem seguidos por médicos do País. A portaria institui como prioridade de internação em UTI:

Prioridade 1	Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
Prioridade 2	Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
Prioridade 3	Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.
Prioridade 4	Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.
Prioridade 5	Pacientes em estágio final, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista;

Ressalva-se a importância de a instituição revisar continuamente e realizar adaptações quando necessário baseado nas características específicas da localização e da população a qual faz uso dos serviços da instituição, completando os aspectos culturais, evolução das terapias e métodos dos diagnósticos. Dessa forma, é possível fazer uso de dados específicos e conhecimento do perfil epidemiológico para que haja uma organização contínua do serviço prestado.

PARA REFLETIR:

A UTI só dispõe de uma vaga... Qual paciente deve ter prioridade para ser admitido na UTI? Deve-se considerar a classificação de risco.

Classificação de risco

O paciente considerado de prioridade I deve ter prioridade em relação ao de prioridade II e este sobre o de prioridade III.

A admissão na UTI para além do uso das prioridades também será classificada por meio do modelo baseado no diagnóstico e modelo baseado em parâmetros objetivos.⁶

FLASHCARDS

Quais os indicadores para admissão na UTI?

Patologia, sinais vitais, exame físico e exames complementares.

O médico intensivista deverá julgar se o paciente preenche os requisitos para a admissão na unidade, seja um paciente grave ou potencialmente grave, conforme os critérios estipulados.⁴

Considerando-se as seguintes alterações a seguir:

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

- Necessidade de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva em pacientes agudamente enfermos.
- Doença pulmonar, com risco de falência respiratória e/ou obstrução das vias aéreas.
- Lesão de vias aéreas superiores ou inferiores, que possibilitem instabilidade hemodinâmica.
- Insuficiência respiratória (intubação imediata).
- Hemoptise maciça que não preencha as indicações acima.
- Tromboembolismo pulmonar com instabilidade respiratória ou hemodinâmica.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

- Choque de qualquer etiologia ou necessidade de suporte hemodinâmico com aminas ou outros fármacos vasoativos parenterais.
- Pós-ressuscitação cardiopulmonar.
- Síndrome coronariana ou aórtica aguda.
- Arritmias cardíacas que ameacem a vida, ou que tenham necessidade de cardioversão elétrica ou uso de marca-passo.
- Insuficiência cardíaca, independentemente de função sistólica, com risco iminente de insuficiência respiratória ou necessidade de suporte hemodinâmico.
- Necessidade de monitorização invasiva depressões arteriais ou venosas.
- Pacientes submetidos a procedimentos intratorácicos, cardiovasculares ou endovasculares eletivos ou de urgência, com potencial de comprometimento hemodinâmico, respiratório ou alto risco de sangramento maciço.
- Emergências hipertensivas.

DOENÇAS NEUROLÓGICAS

- Convulsões não responsivas ao tratamento ou com necessidade de infusão contínua de drogas anticonvulsivantes.
- Inflamação aguda ou infecções meníngeas, cerebrais ou medulares graves ou com déficit neurológico progressivo.
- Acometimento agudo e grave do sensório, com risco de broncoaspiração.
- Traumatismo cranioencefálico moderado agrave com escala de coma de Glasgow < 13 ou tomografia computadorizada com alterações traumáticas agudas.
- Disfunção neuromuscular progressiva com alteração do sensório ou com risco iminente de depressão ventilatória.
- Sinais de hipertensão intracraniana.
- Após procedimentos neurocirúrgicos com necessidade de monitorização invasiva.
- Pré-operatório de neurocirurgia com deterioração neurológica com Sinais de compreensão medular.
- Acidente vascular encefálico ou medular agudo de qualquer tipo, incluindo hemorragia subaracnóidea aguda.
- Coma metabólico, tóxico ou anóxico agudo.

DOENÇAS ONCO/HEMATOLÓGICAS

Pacientes com doença oncológica ou hematológica instável ou sangramento ativo, como:

- Coagulopatia grave.
- Pacientes com citopenia grave com sangramento ativo ou comprometimento hemodinâmico ou respiratório.
- Síndrome de Lise tumoral.
- Plasmaférese ou citaférese em pacientes instáveis.
- Protocolo de transplante de medula óssea.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E/OU METABÓLICAS

Pacientes com alterações metabólicas ou eletrolíticas de grande monta, em descompensação aguda ou crônica agudizada, que causem riscos ou instabilidade hemodinâmica ou respiratória, como:

- Cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar.
- Crise tireotóxica ou mixedematosa.
- Distúrbios eletrolíticos.

DOENÇAS GASTROINTESTINAIS

Pacientes com doença gastrointestinal instável, como:

Sangramento gastrointestinal grave e agudo.

Insuficiência hepática aguda levando ao coma, instabilidade hemodinâmica ou respiratória.

Pancreatite aguda grave.

Perfuração de víscera oca.

DOENÇAS CIRÚRGICAS

Pacientes em pós-operatório necessitando monitorização ou suporte ventilatório ou requerendo intenso cuidado multidisciplinar, como:

- Cirurgias de grande porte.
- Cirurgias de médio porte com instabilidade hemodinâmica ou risco de falência respiratória ou de obstrução de vias aéreas.

- Cirurgias de médio porte em portadores de comorbidades.
- Transplante de órgãos intracavitários.
- Politrauma com instabilidade hemodinâmica ou neurológica.
- Grande perda de sangue pré ou pós-operatória imediata.

DOENÇAS RENAIS

Pacientes com doença renal instável, como:

- Insuficiência renal com necessidade de terapia dialítica ou preencha critérios de admissão hidroeletrolítico ou cardiovascular.
- Rabdomiólise aguda com insuficiência renal.

DOENÇAS DE OUTROS SISTEMAS

- Intoxicação exógena, com risco de descompensação.
- Disfunção de múltiplos órgãos.
- Hipertermia maligna.
- Grande queimado ou queimadura, com risco de comprometimento respiratório.
- Hipotermia levando a instabilidade.
- Acidentes elétricos ou ambientais.
- Sepses com critérios de gravidade.
- Quase afogamento com instabilidade ou afogamento.

O MODELO DE PARÂMETROS OBJETIVOS

São parâmetros de sinais vitais e exames laboratoriais e imagem, em que sua análise demonstra potencial de gravidade. Esses critérios são arbitrários, devendo ser revisados em cada unidade de acordo com dados epidemiológicos internos.

SINAIS VITAIS

- FC < 40 bpm ou FC > 150 bpm.

- Pressão arterial sistólica < 80 mmHg ou queda de 20 mmHg abaixo da pressão usual do paciente, em caso de ser hipertenso.
- Pressão arterial média (PAM) < 60 mmHg.
- Pressão arterial diastólica > 120 mmHg.
- FR > 35 ir/min.

Diante do exposto, observa-se a caracterização do paciente em estado grave ou potencialmente grave, o qual será beneficiado de alta tecnologia para tratamento e recuperação. Destaca-se a importância de priorizar o paciente o qual apresenta prognóstico positivo devido à desproporção da demanda versus oferta do serviço, para que assim, as UTIs desenvolvam o seu principal objetivo e forma eficaz e eficiente.

INTRODUÇÃO

Unidades de Terapia Intensiva (UTI) destinam-se ao atendimento de pacientes críticos que exigem cuidados complexos e especializados, realizados por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Como vimos no capítulo anterior, é necessária a realização de uma triagem para elencar os níveis de prioridade e a possibilidade de acesso a esse ambiente, que é um recurso caro e limitado, reservado para pacientes que realmente se beneficiarão dele.

O compartilhamento de informações e experiências entre os profissionais tem o papel de garantir a continuidade da assistência. Para que esse objetivo seja alcançado, os dados sobre o paciente devem ser claros, objetivos e completos, com informações que possibilitem o monitoramento, avaliação e planejamento do cuidado.

De acordo com a *European Society of Intensive Care Medicine*, cada paciente deve ter uma **documentação padronizada**, especialmente no momento da alta, que contenha diagnósticos prévios, motivação da internação, novos diagnósticos realizados, bem como intercorrências em curso e pendências. Indica ainda a inclusão de uma lista de medicações a serem utilizadas nessa nova etapa, bem como orientações de seu manejo.

Para alcançar suas metas, a equipe da UTI precisa também estar atenta a uma série de indicadores de qualidade. Nesse contexto, a presença de diretrizes, protocolos e *checklists*, dentre outros registros, mostram-se essenciais para o gerenciamento dos pacientes. Toda essa documentação deve ser construída com base no registro diário dos profissionais da UTI.

É por meio também da avaliação constante desses parâmetros que os profissionais intensivistas definirão diariamente a indicação de permanência do paciente na UTI, sempre focando no status fisiológico do paciente e na redução da necessidade de monitorização.

Atentar-se, portanto, aos registros médicos e multidisciplinares, bem como a evolução e prescrição dos pacientes, é ainda mais crucial nessas unidades.

PARTICULARIDADES DO DOENTE CRÍTICO

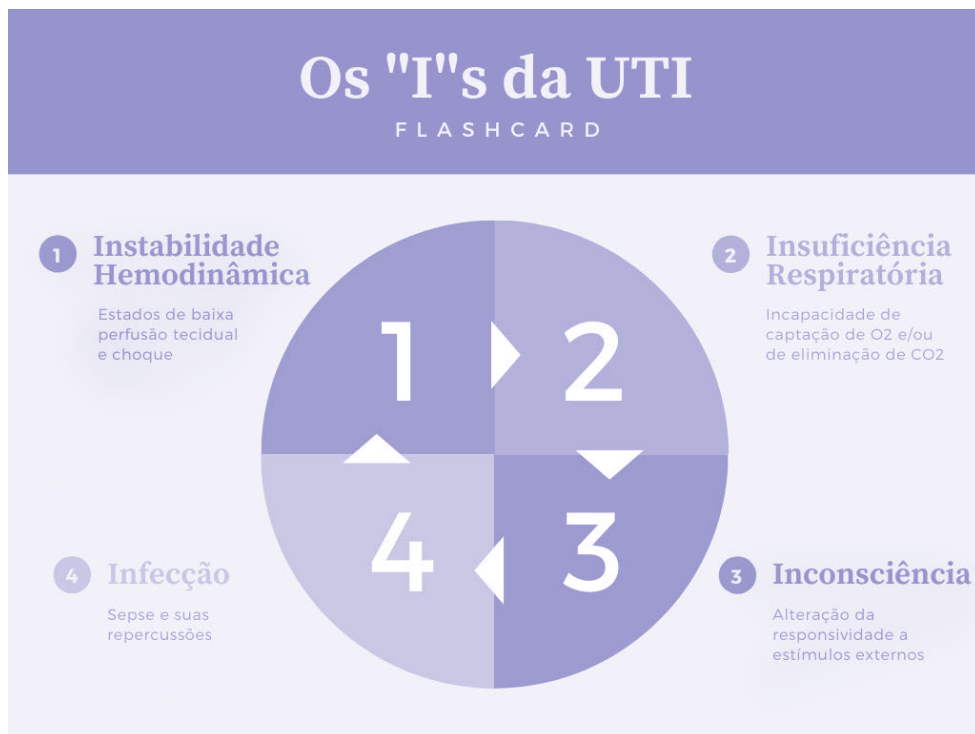
Como sugere o nome, em Unidades de Cuidados Intensivos tem-se a necessidade de **monitorar continuamente nossos pacientes**. As unidades de terapia intensiva são caracterizadas pela instabilidade dos pacientes e pela necessidade de manejo com terapias, sistemas de informação e equipamentos de alta complexidade. Assim, constituem-se num local onde a **segurança** do paciente merece uma atenção diferenciada, já que os pacientes estão mais vulneráveis aos eventos adversos devido à gravidade de suas doenças e à maior necessidade de cuidados específicos.

Para tanto, o exame físico e anamnese sofrem alguns ajustes. Grande parte dos doentes podem estar sedoanalgesiados ou com rebaixamento do nível de consciência, dificultando a coleta de informações da história clínica.

Nesse contexto, é de suma importância o **contato com os acompanhantes**, bem como o registro em prontuário, afinal, em condições ideais, o paciente passou por outros níveis de atendimento (atenção básica, consultório, pronto-atendimento etc.) e por uma triagem antes de chegar a UTI, sendo os **relatos prévios** grande fonte de orientação na anamnese.

É necessário valorizar cada pequena variação na performance clínica do paciente, seguindo um **modelo diagnóstico focado em sistemas** e avaliando o potencial de gravidade com o apoio de parâmetros objetivos, de modo a ser facilitar a antecipação de desfechos.

A avaliação na Unidade de Terapia Intensiva é, portanto, focada numa abordagem sistemática e sindrômica, que inicialmente objetiva estabilizar o paciente e retirá-lo da condição crítica, para então seguir uma investigação mais aprofundada de sua doença.



Para a monitorização dessas alterações, além da anamnese e do exame físico, o intensivista pode lançar mão de tecnologias alternativas e procedimentos invasivos capazes de gerar mais dados quanto ao status do paciente. Alguns exemplos são escores médicos (*Ramsay, RASS etc.*), monitorização cardíaca, oximetria de pulso, capnografia, mensuração contínua da pressão arterial (invasiva ou não), checagem de débito urinário, parâmetros do ventilador mecânico e tabelas de evolução clínico-laboratorial (Folha Espelho etc.).

TABELA 1 – ELEMENTOS DA EVOLUÇÃO DO PACIENTE CRÍTICO

ELEMENTO	DESCRIÇÃO
IDENTIFICAÇÃO	<i>Dados de identificação do paciente e da evolução médica.</i> Data e hora da avaliação médica Número do prontuário Nome do paciente, idade, data de nascimento, sexo, peso ideal, peso estimado, procedência, data de internação hospitalar, data de admissão na UTI, dias de internação hospitalar
LISTA DE PROBLEMAS	<i>Sumarização de diagnósticos/doenças do paciente (prévios, motivadores da entrada, resolvidos na internação e motivadores da permanência em regime hospitalar).</i> Hipóteses diagnósticas (entrada e atual) Intercorrências resolvidas Comorbidades
INTERCORRÊNCIAS	<i>Resumo, em forma de relato, da evolução do paciente, com os eventos significativos ocorridos nas últimas 12h ou 24h.</i>
DEVICES/ DISPOSITIVOS	<i>Listagem dos tubos, drenos, acessos periféricos ou centrais, bem como outros dispositivos usados na monitorização do paciente, com checagem de localização, posicionamento e contagem de dias.</i> TOT, VM, CVC, AVP, AV PARA HDL, SNG/E, SVD, drenos etc.
EXAME FÍSICO	<i>Avaliação integral por sistemas, detalhada no tópico seguinte.</i>
EXAMES COMPLEMENTARES	<i>Resumo dos últimos exames realizados e/ou principais resultados, com data e, se houver, laudo médico, organizado por sistemas, seguindo o modelo do exame físico.</i> Bioquímica, gasometria, radiografias, exames de imagem etc.
INTERCONSULTAS	<i>Resumo das condutas sugeridas por outros profissionais por meio de interconsultas, com data.</i>