



MANUAL DO ESTÁGIO EM CLÍNICA PEDIÁTRICA

MÓDULO ENFERMARIA GERAL DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG

INTRODUÇÃO

O Estágio em Clínica Pediátrica é disciplina obrigatória do curso de medicina e, com caráter essencialmente prático, tem como objetivo aprimorar os conhecimentos acumulados dos períodos anteriores bem como ajudar na aquisição de habilidades no manejo de crianças e adolescentes internados no Hospital das Clínicas da UFMG.

A Unidade Funcional de Pediatria está localizada nos 6º e 10º andares do Hospital das Clínicas e tem 52 leitos sob sua responsabilidade. Sua equipe é composta por professores do Departamento de Pediatria, médicos do corpo clínico do HC/UFMG e de médicos residentes do Programa de Pediatria (geral e subespecialidades), enfermeiras, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, psicólogas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e equipe administrativa em um trabalho interdisciplinar que oferece atendimento integral a população pediátrica. Funcionários técnico-administrativo são responsáveis pelo apoio logístico ao Unidade Funcional no período de 7:00 às 17:00 nas secretarias do 6º e 10º andar, telefone: 3409-9440.

Durante o estágio os alunos deverão adquirir ou aprimorar as seguintes habilidades:

- a. Registrar de forma organizada e efetiva a história clínica, a lista de hipóteses diagnósticas e a evolução clínica do paciente;
- b. Executar com habilidade o exame físico completo do paciente, incluindo todos os sistemas;
- c. Indicar e interpretar os principais exames necessários ao esclarecimento do diagnóstico, com ênfase no raciocínio clínico;
- d. Analisar os principais parâmetros de monitoramento do paciente (como por exemplo, eletrocardiograma, oximetria, diurese);
- e. Participar ativamente de procedimentos de urgência e emergência (ressuscitação cardiopulmonar, crises convulsivas, reação adversas a medicamentos);
- f. Informar ao paciente/acompanhante em linguagem coloquial sobre: os principais achados e/ou condutas adotadas; os riscos, custos e possíveis benefícios dos exames solicitados; orientar a alimentação, imunização e hábitos de vida saudáveis;
- g. Redigir a prescrição médica com clareza e letra legível;
- h. Elaborar relatório de alta/transferência/interconsultas;
- i. Respeitar as normas de biossegurança.

Diversos assuntos e temas serão discutidos durante o internato devido variabilidade do casos clínicos em acompanhamento na enfermaria. Entretanto, os alunos devem estudar temas básicos, conforme descritos a seguir:

1. Prescrição do paciente internado (características do paciente internado e prescrição)
2. Aspectos nutricionais do paciente internado
3. Terapia de hidratação venosa e distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos mais comuns
4. Síndromes respiratórias: Bronquiolite, Asma aguda, Pneumonias
5. Síndrome séptica- Abordagem na primeira hora
6. Insuficiência cardíaca na criança internada
7. Cetoacidose diabética
8. Paciente neutropênico febril
9. Sinais e sintomas do câncer na infância
10. Síndrome falciforme: protocolo para tratamento
11. Colestase do lactente
12. Doenças infecto-parasitárias prevalentes na infância
13. Doenças exantemáticas

14. Temas de Ética Médica: abordagem da família, do recém-nascido e da criança hospitalizados; limite terapêutico e ortotanásia.

A bibliografia será disponibilizada pelo professor no decorrer do estágio.

ORIENTAÇÕES

1 – ADMISSAO DE PACIENTES NA UNIDADE

Todos os pacientes encaminhados para a Unidade Funcional de Pediatria devem ser admitidos pelos internos sob a tutoria dos médicos residentes e plantonistas da Unidade. Deve-se acompanhar a passagem do caso por médico assistente ou verificar relatório de transferência entre Unidades do Hospital.

Os alunos devem se apresentar ao paciente e seus cuidadores (mãe, pai ou outro responsável) dizendo seu nome e função assim como do médico responsável. É obrigatório o uso constante de crachá de identificação e jaleco branco.

Em cumprimento à Ordem de Serviço 02/2014, emitida pelo hospital no dia 25 de junho de 2014, é proibido o uso de adornos pessoais que incluem: alianças, anéis, pulseiras, relógios, colares, brincos, broches, piercings expostos, gravatas e cordões ou fitas utilizados para pendurar o crachá. Também é proibido o uso de cabelos soltos e unhas grandes durante a assistência ao paciente. Verifique se há necessidade de uso de equipamento de proteção individual como capote descartável, luvas e máscaras – habitualmente haverá uma placa de indicação na porta ou a beira do leito sobre precaução de contato recomendada pela CCIH. Deve-se SEMPRE lavar as mãos com água e sabão antes e depois de examinar o paciente, além de higienizar, com álcool gel ou 70%, as mãos e acessórios (estetoscópio, oxímetro, esfigmomanômetro, etc). Em caso de dúvidas, pergunte ao médico assistente (professor, residente ou plantonista) ou para equipe de enfermagem sobre quais são as medidas de proteção necessárias para cada caso.

Deve-se fazer anamnese completa seguido por exame físico detalhado de todos os aparelhos. Peso e estatura devem ser mensurados para cálculo da área de superfície corporal (Fórmula: $\sqrt{(\text{Peso em Kg} \times \text{Altura em cm}/3600)}$). Dispositivos médicos como cateter de longa permanência, derivação ventrículo-peritoneal,

sonda de gastrostomia, sonda vesical de demora, cânula orotraqueal devem ser descritos no exame físico, com particular atenção aos achados ao redor orifício de ostomias.

Na elaboração da historia médica, siglas devem ser evitadas, entretanto, são permitidas apenas aquelas catalogadas no siglário do hospital, disponível na intranet (<http://nossaintranet.hc.ufmg.br/>). Verifica-se o relatório de transferência para informações adicionais e programação terapêutica. Exames laboratoriais (hemograma, dosagem de íons, hemocultura, etc) relevantes ao caso devem ser transcritos na história médica.

Após discussão dos achados com a equipe médica, deve-se acompanhar a prescrição a ser feita em sistema eletrônico pelo residente ou plantonista. É obrigatório o preenchimento do formulário “Folha de Parada” que será anexado a pasta de cuidados de enfermagem do paciente. Este formulário é um compilado das medicações utilizadas em caráter de urgência, com doses pré-calculadas para situações envolvendo parada cardiorrespiratoria, crises convulsivas, necessidade de entubação orotraqueal ou outras situações de urgência e emergência. Tal formulário poderá ser feito nos computadores das salas de prescrição, entretanto, recomenda-se aos alunos do internato que preencham manualmente o formulário para fins de treinamento. O formulário deverá ser entregue a enfermagem e será colocado na pasta de cuidados de enfermagem conforme rotina do serviço.

Duas vezes por semana, o aluno deverá redigir a prescrição de seu paciente a mão, em folha de prescrição separada, que deverá ser entregue ao seu preceptor para a devida avaliação.

2- EVOLUÇÃO MÉDICA DIÁRIA

As atividades do internato começam às 7h30 minutos, quando os alunos devem procurar o médico residente de plantão, médico residente que o acompanha e/ou o preceptor para verificar se há algum pendência urgente ou paciente novo para acompanhamento. Os alunos devem se apresentar ao paciente e seus

cuidadores (mãe, pai ou outro responsável) dizendo seu nome e função assim como do médico responsável. É obrigatório o uso constante de crachá de identificação e jaleco branco.

Em cumprimento à Ordem de Serviço 02/2014, emitida pelo hospital no dia 25 de junho de 2014, é proibido o uso de adornos pessoais que incluem: alianças, anéis, pulseiras, relógios, colares, brincos, broches, piercings expostos, gravatas e cordões ou fitas utilizados para pendurar o crachá. Também é proibido o uso de cabelos soltos e unhas grandes durante a assistência ao paciente. Verifique se há necessidade de uso de equipamento de proteção individual como capote descartável, luvas e máscaras – habitualmente haverá uma placa de indicação na porta ou a beira do leito sobre precaução de contato recomendada pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar/CCIH. Deve-se SEMPRE lavar as mãos com água e sabão antes e depois de examinar o paciente, além de higienizar, com álcool gel ou 70%, as mãos e acessórios (estetoscópio, oxímetro, esfigmomanômetro, etc). Em caso de dúvidas, pergunte ao médico assistente (professor, residente ou plantonista) ou para equipe de enfermagem sobre quais são as medidas de proteção necessárias para cada caso.

O acompanhamento médico diário deve ser feito com entrevista com o paciente e/ou seus responsáveis, questionando sobre intercorrências, sinais de melhora ou outros achados relevantes ao paciente. Prossegue-se com exame físico completo. Deve-se pesquisar no prontuário as intercorrências verificadas pela equipe de enfermagem, assim como os dados vitais: curva térmica, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio (incluir valores mínimos e máximos), eliminações fisiológicas (evacuações – aspecto, consistência, quantidade; diurese – volume em ml/m²/hora ou ml/Kg/min e aspecto), perdas (vômitos, sudorese, drenos, fístulas, derivações externas, etc), seguido de anotação no prontuário médico estes dados. Se o paciente tiver apresentado febre, deve-se anotar o número de episódios febris.

Para evolução no prontuário médico, cada alunos deve fazer seu cadastro no sistema eletrônico MVPEP (procure a secretaria da Unidade caso você ainda não

tenha feito seu cadastro). Atenção: a evolução no prontuário eletrônico utilizará identificação e senha pessoal, não compartilhe sua senha.

Acesse a aba “Evolução do Aluno” e descreva sua avaliação, passo a passo. Inicie-se com as medicações em uso: descreva dose, data de início e via de cada medicação em uso. Em “Evolução” descreva dados importantes como tempo de internação do paciente, idade e peso/estatura, diagnóstico, dados de enfermagem e breve nota evolutiva, exame físico do dia. Resultados de novos exames devem ser compilados na evolução caso isto não tenha sido feito anteriormente. Condutas por problema identificado, explicações e planejamento que se seguem após a discussão do caso com o professor e/ou médico especialista devem ser descritos de forma clara e objetiva. Segue modelo a ser seguido:

MODELO DE EVOLUÇÃO NO PRONTUÁRIO MÉDICO

#PEDIATRIA

- DIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
- IDADE PESO SUPERFÍCIE CORPORAL
- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

MEDICAÇÕES EM USO

DIETA PRESCRITA

COLOCAR QUANTOS DIAS DE ANTIBIÓTICO

MEDICAMENTOS DE USO HABITUAL (SEMPRE OLHAR PRESCRIÇÃO)

HIDRATAÇÃO VENOSA, SE HIPERHIDRATAÇÃO OU CORREÇÃO DE DISTÚRBIOS

HIDROELETROLÍTICOS

EVOLUÇÃO:

- **DADOS DE ENFERMAGEM** (DIA ANTERIOR; SE FEBRE – CITAR QUANTOS PICOS, CALCULAR DIURESE EM 24 HORAS)
- *ΔTemp axillar: 36,2°C – 37,0°C*
- *ΔFrequencia cardiaca: 88-102bpm*
- *ΔFrequencia respiratoria: 16-24irpm*
- *ΔSatO₂: 95-98% (em ar ambiente)*
- **RESULTADO DE EXAMES** (NOVOS)
- **INFORMAÇÕES DIÁRIAS SOBRE O PACIENTE – ANAMNESE RESUMIDA SOBRE ESTADO GERAL EM DIA ANTERIOR, REALIZAÇÃO DE**

PROCEDIMENTOS, HÁBITOS FISIOLÓGICOS, NOVAS INFORMAÇÕES SOBRE O CASO.

- **EXAME FÍSICO COMPLETO** (SEMPRE MEDIR PRESSÃO ARTERIAL, CONTAR FREQUENCIA RESPIRATÓRIA E FREQUENCIA CARDÍACA)

- **PACIENTE COM DOR?**

- Descrição da dor/escala de dor

- **PROBLEMAS IDENTIFICADOS**

TODOS OS DIAGNÓSTICOS
NOVAS HIPÓTESES
INTERCORRÊNCIAS

- **CONDUTA POR PROBLEMA IDENTIFICADO**

PEDIDO DE EXAMES – DESCREVER
ALTERAÇÃO NA MEDICAÇÃO
PROPOSTAS DE PROPEDEÚTICA OU TERAPÊUTICAS NOVAS
PENDÊNCIAS
DICUSSÃO COM ESPECIALIDADES/PROFESSOR – NOVAS
PROPOSTAS?? NOVAS INFORMAÇÕES??

NOME COMPLETO/PERÍODO

Durante a conversa com o paciente e durante o exame físico, verifique ainda quais os medicamentos em uso (especialmente os de uso venoso), a rotulagem de hidratação venosa e de medicamentos em curso. Trata-se de importante ferramenta de conferência para a segurança ao paciente.

Deve-se transcrever os exames laboratoriais e/ou radiológicos aos quais o paciente foi submetido, fazendo interpretação clínica e conduta frente aos resultados. Com a complexidade dos casos acompanhados, todos os exames de hematologia e bioquímica dos pacientes deverão ser compilados em folha resumo própria para melhor visualização longitudinal do caso. Os exames de imagem deverão ser discutidos no setor de radiologia juntamente com o residente

responsável pelo leito e, esses exames deverão ser levados para discussão com o professor e o grupo de colegas.

A discussão do caso com o professor e o residente ocorrerá às 9hs da manhã e, cabe ao aluno relatar a evolução do caso. Esta conduta também é válida caso o paciente esteja em acompanhamento com outra clínica de especialidade.

É de suma importância a concentração no caso que está sendo apresentado. Deve-se evitar conversas paralelas e recomenda-se não atender ao telefone, trocar mensagens ou emails durante a corrida/discussão dos casos devido a facilidade de dispersão da atenção, especialmente quando há grande número de internos/alunos, residentes e preceptores.

A conduta para cada evolução deverá ser anotada em prontuário, de maneira clara e objetiva, após discussão do caso clínico. Não é permitido a expressão “conduta mantida” ao final da evolução.

Lembrem-se que o registro no prontuário cabe ao médico e, segundo o Código de Ética Médica, é vedado a ele: *“Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente. § 1o O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina. § 2o O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.”*

Deve-se discutir com o professor a necessidade de reavaliação clínica do paciente nos períodos da tarde e/ou da noite. Formulário especial para relatar o caso do paciente para o colega médico ou interno está disponível em todas as salas de prescrição (folha de passagem de plantão), devendo sempre conter o nome completo paciente, registro do SAME, peso e idade, principais diagnósticos clínicos, medicamentos em uso e o motivo da solicitação da reavaliação. Sempre que possível, deve-se antecipar as possíveis condutas frente aos achados (por exemplo, deixar sugestão de antibióticos a serem utilizados).

Durante a avaliação clínica matinal, o interno e o residente do leito devem acompanhar o transporte paciente para realização de exames, sempre que possível. Trata-se de importante momento de aprendizado desde o acompanhamento do transporte de paciente internado até a discussão dos achados dos exames.

Os prontuários devem ser mantidos sempre na sala de prescrição, pois devido ao atendimento multiprofissional, várias equipes necessitam dele para registrar atendimento e impressões.

Pedidos de alguns exames, reserva de hemoderivados e de interconsulta devem ser preenchidos pelos alunos sob a supervisão do médico residente e/ou professor.

3- PLANTÃO DIURNO

O plantão diurno ocorrerá no período de 14:00 às 19:00 durante os dias de semana e de 07:00 às 19:00 aos finais de semana. Os alunos deverão se dirigir ao quarto de plantão e se apresentar aos médicos residentes e plantonistas, acompanhar a passagem de plantão onde os casos são descritos (a passagem de plantão deverá ser acompanhada pelos alunos que estão chegando e saindo do plantão). Ao aluno serão atribuídos reavaliações dos pacientes (conforme descrito acima) e admissões de novos pacientes. Todas as atividades serão supervisionadas pelos médicos residentes e/ou plantonistas, solicite a eles que assinem sua folha de presença.

Durante o plantão, deve-se ficar atento às intercorrências e as solicitações da equipe de enfermagem para reavaliações de pacientes, conferir medicamentos ou outros itens da prescrição ou qualquer outra demanda da equipe.

O transporte intra-hospitalar de pacientes pediátricos para exames ou procedimentos deverá ser acompanhado pelo aluno de plantão juntamente com o médico plantonista e residente. Os alunos devem acompanhar a dinâmica do plantão e ter atitude proativa no desenvolvimento de suas habilidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Caso tenha qualquer dúvida, entre em contato com a coordenadora do Módulo – Professora Fabiana Maria Kakehasi .