



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE
CURSO DE ENFERMAGEM

POLLYANA ALVES DA SILVA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FUNÇÃO RENAL E DESFECHO DE PACIENTES
ADMITIDOS EM PRONTO SOCORRO**

CEILÂNDIA – DF

2018

POLLYANA ALVES DA SILVA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FUNÇÃO RENAL E DESFECHO DE PACIENTES
ADMITIDOS EM PRONTO SOCORRO**

Trabalho de conclusão do curso de Enfermagem da
Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

Orientação: Prof.^a Dr.^a. Marcia Cristina da Silva
Magro

Ceilândia – DF

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

SILVA, Pollyana Alves.

Características clínicas, função renal e desfecho de pacientes admitidos em pronto socorro/ Pollyana Alves da Silva. Brasília. 2018.

36p.

Monografia (Graduação). Universidade de Brasília – UnB. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem. 2018

Orientação: Marcia Cristina da Silva Magro

Função renal 1. Pronto Socorro 2. Características clínicas 3. Desfecho 4.

I. Silva, Pollyana Alves. II. Título: Características clínicas, função renal e desfecho de pacientes admitidos em pronto socorro.

SILVA, Pollyana Alves.

Características clínicas, função renal e desfecho de pacientes admitidos em pronto socorro.

Monografia apresentada à Faculdade de Ceilândia da
Universidade de Brasília como requisito parcial para
obtenção do título de enfermeira.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão julgadora

Prof. Dr^a Marcia Cristina da Silva Magro

Prof. Dr^a Paula Regina de Souza Hermann

Prof. Ms. Tayse Tâmara da Paixão Duarte

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me ajudar a permanecer com fé e força. Agradeço ao meu irmão, Michael Douglas (Dada), aos meus pais Josilene Alaíde e Cícero Bezerra por, cada um do seu jeito, colaborarem para meu sucesso. Agradeço também a todos que, de alguma forma, incentivaram meus estudos.

Agradeço a minha orientadora Marcia Magro, por sua brilhante e distinta participação nesse trabalho. A todos os professores que já tive e que compartilharam seus conhecimentos comigo, especialmente os da UnB- FCE, que inspiram seus alunos a serem profissionais de excelência. Ao GEsCardioNutri, Projeto Rondon e à LISSA, pelas experiências enriquecedoras.

Aos meus amigos, UnBeldades, Turma XII e todos da querida FCE, por viverem comigo as angústias e euforias da vida acadêmica.

A todos estes obrigada por me ajudarem a construir minha vida profissional.

SILVA, PA. Características clínicas, função renal e desfecho de pacientes admitidos em pronto socorro. Trabalho de conclusão de curso. Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia. Distrito Federal, 2018. 36p.

Introdução: Pronto socorro (PS) local destinado a prestar assistência a doentes que necessitam de atendimento imediato e cujos agravos à saúde podem ser muito lesivos, como o acometimento do trato genito-urinário. **Objetivo:** Identificar características clínicas, função renal e desfecho de pacientes admitidos em pronto socorro. **Método:** Estudo quantitativo observacional longitudinal prospectivo. A pesquisa foi realizada em duas unidades do pronto socorro de hospitais da rede pública de saúde do Distrito Federal, com amostra de 109 pacientes. Foram incluídos os pacientes com idade acima de 18 anos, admitidos com taxa de filtração glomerular \geq a 60 mL/min/1.73m² e excluídos aqueles com história de transplante renal, cirurgia renal ou diagnóstico de doença renal crônica em procedimento dialítico. Cada paciente foi acompanhado por um período de 15 dias, a partir do dia da admissão no PS, a coleta de dados foi realizada entre setembro de 2017 e março de 2018 e se deu por um questionário estruturado que extraiu aspectos demográficos e clínicos dos registros do prontuário eletrônico de cada paciente. Os dados foram tabulados em planilha de Excel e analisados com o pacote estatístico SPSS versão 23, considerando-se significativos os resultados com $p \leq 0,05$. **Resultados:** 70 pacientes (64,2%) eram do sexo masculino e 39 (35,8%) do sexo feminino, com idade média de 51 \pm 18 anos, IMC de 25,1 \pm 4,8 kg/m², Clearance de creatinina de admissão de 94 \pm 24 mL/min, e procedência variada. Quanto à distribuição de raça, a amostra foi predominantemente branca (n=56; 51,4%), com 33 (30,3%) pardos, 19 (17,4%) pretos e 1 (0,9%) indígena. As comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial 37 (33,9%) e etilismo 20 (18,3%). Os diagnósticos mais frequentes foram o acidente vascular cerebral 25 (22,9%) e trauma 39 (35,8%), destacando-se o traumatismo crânio encefálico 31 (28,4%). O valor médio de potássio sérico foi 4,0 \pm 0,5 mEq/L e a frequência cardíaca média foi de 85 \pm 12 bpm. Os valores de pressão sistólica e diastólica alteradas, foram identificadas em 99 (90,8%) e 95 (87,2%) dos pacientes, respectivamente. 23 (21,1%) pacientes evoluíram com lesão renal aguda, houve persistência desse quadro em 17 (15,6%), configurando o quadro de doença renal aguda e 14 (12,8%) evoluíram com doença renal crônica. 95 (87,2%) necessitaram de antibiótico e um número expressivo de drogas vasoativas 80 (73,4%), sendo as mais usadas noradrenalina 67 (61,5%) e nitroprussiato de sódio 18 (16,5%). 91 (83,5%) pacientes necessitaram de oxigenoterapia, sendo a ventilação mecânica, a mais usada 69 (63,3%). A disfunção renal esteve mais presente entre homens, pessoas com idade média de 51 anos e IMC médio de 24,7kg/m². A maioria dos não sobreviventes apresentou disfunção renal 11 (61,1%), idade mais avançada 56 (41-66) anos e tendência ao sobrepeso 25,1 (22,0 – 27,7) kg/m². **Conclusão:** Os pacientes admitidos no PS foram caracterizados como homens adultos e miscigenados, portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Clinicamente instáveis e graves, com diagnósticos de patologias cardiovasculares e traumáticas e tempo de internação prolongado. Durante a internação, a disfunção renal além de presente em quase metade dos pacientes, evoluiu para estágios de maior gravidade e mostrou correlação com o sexo masculino, assim como o desfecho óbito foi mais prevalente em pacientes com disfunção renal, idade avançada e com tendência ao sobrepeso.

Descritores: Função renal. Pronto Socorro. Características clínicas. Desfecho.

SILVA, PA. Clinical characteristics, renal function and outcome of patients admitted to the emergency room. Completion of course work. University of Brasília - Faculty of Ceilândia. Federal District, 2018. 36p.

Introduction: Local emergency room (ER) to assist patients in need of immediate care and whose health problems can be very harmful, such as genitourinary tract involvement. Objective: To identify clinical characteristics, renal function and outcome of patients admitted to the emergency room. Method: Prospective longitudinal observational quantitative study. The research was carried out in two units of the ER of hospitals of the public health network of the Federal District, with a sample of 109 patients. Patients older than 18 years, admitted with glomerular filtration rate ≥ 60 mL / min/1.73m², and those with a history of renal transplantation, renal surgery or diagnosis of chronic kidney disease under dialysis were included. Each patient was followed up for a period of 15 days, from the day of admission to the PS, and data collection was performed between September 2017 and March 2018. Data collection was done through a structured questionnaire that extracted demographic aspects and clinical records of each patient's electronic medical records. The data were tabulated in an Excel spreadsheet and analyzed with the statistical package SPSS version 23, considering the results with $p \leq 0.05$. Results: 70 patients (64.2%) were males and 39 (35.8%) were females, with a mean age of 51 ± 18 years, BMI of 25.1 ± 4.8 kg/m², creatinine of 94 ± 24 mL / min, and varied origin. Regarding race distribution, the sample was predominantly white (n = 56; 51.4%), with 33 (30.3%) brown, 19 (17.4%) black and 1 (0.9%) indigenous. The most frequent comorbidities were arterial hypertension 37 (33.9%) and alcoholism 20 (18.3%). The most frequent diagnoses were stroke 25 (22.9%) and trauma 39 (35.8%), with traumatic brain injury 31 (28.4%). The mean serum potassium level was 4.0 ± 0.5 mEq / L and mean heart rate was 85 ± 12 bpm. The altered systolic and diastolic pressure values were identified in 99 (90.8%) and 95 (87.2%) of the patients, respectively. 23 (21.1%) patients developed acute renal injury, 17 (15.6%) presented persistent renal disease, and 14 (12.8%) developed chronic kidney disease. 95 (87.2%) required antibiotics and an expressive number of vasoactive drugs 80 (73.4%), noradrenaline 67 (61.5%) and sodium nitroprusside 18 (16.5%) were the most used. 91 (83.5%) patients required oxygen therapy, and mechanical ventilation was the most used 69 (63.3%). Renal dysfunction was more present in men, people with a mean age of 51 years and a mean BMI of 24.7kg / m². Most of the non-survivors presented renal dysfunction 11 (61.1%), older age 56 (41-66) years and tendency to overweight 25.1 (22.0 - 27.7) kg / m². Conclusion: Patients admitted to ER were characterized as adult and mixed-gender men with chronic non-communicable diseases. Clinically unstable and severe, with diagnoses of cardiovascular and traumatic pathologies and prolonged hospitalization time. During hospitalization, renal dysfunction, besides being present in almost half of the patients, progressed to more severe stages and showed a correlation with males, as well as the death outcome was more prevalent in patients with renal dysfunction, advanced age and with a tendency to overweight.

Keywords: Renal function. Emergency Room. Clinical features. Outcome.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização demográfica dos pacientes. Brasília, 2018.....	18
Tabela 2 - Caracterização clínica dos pacientes. Brasília, 2018.....	21
Tabela 3 - Distribuição dos pacientes em estágios de disfunção renal segundo a classificação KDIGO. Brasília, 2018.....	22
Tabela 4 - Drogas administradas durante a internação no pronto socorro. Brasília, 2018.....	23
Tabela 5 – Ventilação dos pacientes durante internação no pronto socorro. Brasília, 2018...	24
Tabela 6 – Relação entre características clínicas e função renal dos pacientes internados no pronto socorro. Brasília, 2018.....	24
Tabela 7 – Relação entre características clínicas e desfecho dos pacientes internados no pronto socorro. Brasília, 2018.....	24

ABREVIATURAS

ATB: Antibiótico

AVC: Acidente Vascular Cerebral

CAAE: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CBMDF: Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal

Cr: Creatinina

DATASUS

DRA: Doença Renal Aguda

DRC: Doença Renal Crônica

DVA: Droga Vasoativa

FCE: Faculdade de Ceilândia

FEPECS: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

GEsCardioNutri: Grupo de Estudos em Cardiologia e Nutrição

HBDF: Hospital de Base do Distrito Federal

Hgb: Hemoglobina

HRAN: Hospital Regional da Asa Norte

HRC: Hospital Regional da Ceilândia

HRG: Hospital Regional do Gama

HRSAM: Hospital Regional de Samambaia

HRSM: Hospital Regional de Santa Maria

HRT: Hospital Regional de Taguatinga

IMC: Índice de Massa corporal

IRA: Insuficiência Renal Aguda

K: Potássio

KADIGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes

LISSA: Liga de Simulação em Saúde

LRA: Lesão renal aguda

MMII: Membros inferiores

MMSS: Membros superiores

Na: Sódio

PA: Pressão Arterial

PAM: Pressão Arterial Média

PS: Pronto Socorro

RAS: Rede de Atenção a Saúde

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES: Secretaria Estadual de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TCE: Traumatismo crânio encefálico

TFG: Taxa de Filtração Glomerular

UnB: Universidade de Brasília

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

VM: Ventilação Mecânica

SUMÁRIO

1. Introdução.....	12
2. Referencial teórico.....	13
2.1 Acolhimento e classificação: vertentes que interferem na qualidade do pronto atendimento.....	13
2.2 Definição e tipos de lesão renal aguda.....	14
3. Objetivos.....	15
3.1 Objetivo geral.....	15
3.2 Objetivos específicos.....	15
4. Método.....	16
4.1 Desenho do estudo.....	16
4.2 Local.....	16
4.3 Amostra.....	16
4.4 Critérios de inclusão.....	16
4.5 Período de acompanhamento.....	16
4.6 Considerações éticas.....	16
4.7 Riscos e benefícios.....	16
4.8 Procedimento de coleta de dados.....	17
4.9 Análise estatística.....	17
5. Resultados.....	18
6. Discussão	25
7. Conclusão	27
8. Referências Bibliográficas.....	29
9. Apêndice.....	32
10. Anexo.....	35

1. INTRODUÇÃO

As mudanças socioeconômicas dos últimos anos, principalmente o aumento da violência urbana e de acidentes automobilísticos, provocaram acréscimo na demanda ao atendimento de urgências e emergências em unidades de pronto socorro (PS). Realidade que tem gerado aumento nos gastos públicos decorrente de internações hospitalares e altas taxas de permanência, elevando em 30% o índice de anos potenciais de vida perdidos (BRASIL, 2006). Além da alta morbimortalidade relacionada às violências e acidentes de trânsito até os 40 anos e acima desta faixa há alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2011).

Este perfil epidemiológico aliado ao acesso irrestrito ao PS resulta em aumento da demanda de pacientes, que por sua vez encontram na porta aberta desse setor a entrada mais acessível ao Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, essa busca pela assistência, por vezes, refere-se aos casos simples culminando na distorção do fluxo de atendimentos na rede de atenção à saúde (RAS), o que configura uma inversão dos níveis de atenção terciária – secundária – primária, além de fortalecimento da medicina curativa. Tudo isso contribui para superlotação das unidades de urgência e emergência, sobrecarga de profissionais e, conseqüentemente, queda na qualidade da assistência (BOLGUE, 2010; PUCCINI & CORNETTA, 2008).

Seguramente, o perfil epidemiológico de internações em pronto socorro tem mostrado que a maioria das internações é decorrente de doenças de causas não naturais, como trauma, violência ou acidentes de trânsito, entre as doenças de causas naturais as mais prevalentes são as infecções de trato digestivo, vascular, processos neoplásicos, infecções do sistema genito-urinário e do sistema respiratório (IDE, 1988).

O acometimento do trato genito-urinário, comum nesse cenário, tem sido a lesão renal. Decorrente de etiologias variadas pode ser definida como uma anomalia da estrutura ou da função renal com implicações para a saúde de um indivíduo, podendo ocorrer abruptamente e tornar-se crônica (KDIGO, 2012). A limitada abordagem dessa síndrome no cenário de pronto socorro motivou o desenvolvimento do presente estudo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Acolhimento e classificação: vertentes que interferem na qualidade do pronto socorro

Pronto socorro (PS) é definido como estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação (BRASIL, 1987). Este e outros serviços de urgências e emergências, com atendimentos mediatos e imediatos compõem a rede de atenção à saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) como importantes portas de entrada para o cuidado em saúde (BRASIL, 2006).

Uma das estratégias para o aperfeiçoamento do atendimento em unidade de PS é o acolhimento com avaliação e classificação de risco, a exemplo da classificação Manchester. Realizada preferencialmente pelo profissional enfermeiro, é um processo dinâmico em que o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento sinalizam aqueles pacientes que necessitam de tratamento imediato, com priorização do atendimento segundo a gravidade clínica, e não a ordem de chegada ao serviço (SOUZA, 2011).

O aperfeiçoamento do atendimento em unidades de pronto socorro exige ainda outras estratégias, que devem ser exploradas, validadas e implementadas. Para que isso seja possível, o desenvolvimento de estudos que caracterizem as patologias e sinais clínicos específicos de pacientes de pronto socorro pode ser a chave do cuidado, ao considerar que contribuiria para definição de prioridades e direcionamento da assistência à população com fundamentação científica (IDE, 1988).

Além disso, o alto custo sócio-econômico, os sofrimentos enfrentados pelas pessoas acometidas por acidentes de trânsito, violências e doenças cardiovasculares no Brasil, tornam evidente a necessidade de organização do atendimento nas unidades de pronto socorro, com garantia de acolhimento, resolutividade às pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves por meio das Centrais de Regulação Médica de Urgências que promovem a referência e contra-referência dentro da RAS (SOUZA, 2011).

2.2 Definição e tipos de lesão renal aguda

A incidência da Lesão renal aguda (LRA) compreende estimadamente de 20 a 200 milhões de pessoas, sendo 7 a 18% desses pacientes hospitalizados e 50% internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Mundialmente, estima-se que 2 milhões de pessoas vão a óbito por ano devido a LRA (HOSTE et al, 2015; CHAWLA LS et al, 2017). E sua incidência aumenta com a idade, sendo 3,5 vezes maior nos pacientes acima de 70 anos (CHEUNG et al. 2008).

Para fins de diagnóstico e tratamento, a lesão renal é classificada, de acordo com a etiologia, em: Pré-renal, compreende as doenças que provocam hipoperfusão renal sem comprometer a integridade do parênquima, cerca de 55%; Renal, doenças que afetam diretamente o parênquima renal, cerca de 40%; e Pós-renal, doenças associadas à obstrução do trato urinário, cerca de 5% (NUNES et al, 2010).

Há ainda a classificação KDIGO (*Kidney Disease Improving Global Outcomes*). Essa classificação estratifica a lesão renal conforme os níveis de creatinina sérica e ou débito urinário alcançados pelo paciente. Dependendo desses valores e da janela temporal de acometimento por essa patologia, é possível diagnosticar o quadro de LRA, doença renal aguda (DRA) ou doença renal crônica (DRC). A LRA é a diminuição abrupta da função renal ocorrida ao longo de 7 dias ou menos. Se a lesão persistir após este período, e permanecer entre 7 e 90 dias, será classificada como DRA. Em caso de persistência da lesão por um período superior a 90 dias, será classificada como DRC (CHAWLA et al, 2017).

As manifestações clínicas dependem da etiologia da lesão. Na LRA pré-renal o paciente apresenta sede, hipotensão ortostática, redução de pressão venosa jugular e sinais de desidratação. A renal, quando isquêmica costuma se manifestar com complicação da hipoperfusão grave, caracterizada pela dor no flanco associado, oclusão de veia ou artéria renal, presença de nódulos subcutâneos, placas retinianas, isquemia digital, sedimento urinário ativo, edema, hipertensão, oligúria, glomerulonefrite, hipertensão grave com cefaléia, retinopatia e febre. A LRA pós-renal geralmente está associada a dor suprapúbica ou em flanco combinada à bexiga palpável, dor no flanco em cólica que se irradia para a bexiga, nictúria e polaciúria (NUNES et al, 2010).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Identificar características clínicas, função renal e desfecho de pacientes admitidos em pronto socorro.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar demográfica e clinicamente os pacientes admitidos no pronto socorro;
- Descrever a evolução da função renal, em estágios de disfunção renal segundo a classificação KDIGO, dos pacientes admitidos no pronto socorro;
- Identificar drogas administradas durante a internação no pronto socorro;
- Investigar o tipo de ventilação empregada em pacientes durante internação no pronto socorro;
- Relacionar características clínicas, função renal e desfecho dos pacientes admitidos no pronto socorro.

4. MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Estudo quantitativo observacional longitudinal prospectivo.

4.2 Local

A pesquisa foi realizada em duas unidades do pronto socorro de hospitais da rede pública de saúde do Distrito Federal.

4.3 Amostra

Foi composta de 109 pacientes admitidos no pronto socorro (PS) com quadros clínicos diversificados, procedências do serviço de atendimento pré-hospitalar, com características de trauma, condições clínicas médicas e cirúrgicas. Para composição da amostra total incluiu-se 29 pacientes da instituição de saúde da região oeste e 80 da região central por conveniência.

4.4 Critérios de inclusão

Foram elegíveis os pacientes com idade acima de 18 anos, admitidos no pronto socorro com taxa de filtração glomerular \geq a 60 mL/min/1.73m² e excluídos aqueles com história de transplante renal, cirurgia renal ou diagnóstico de doença renal crônica em procedimento dialítico.

4.5 Período de acompanhamento

Cada paciente foi acompanhado por um período de 15 dias, a partir do dia da admissão no PS, e a coleta de dados foi realizada entre setembro de 2017 e março de 2018.

4.6 Considerações éticas

Obedecendo a Resolução 466/2012, este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da SES – FEPECS/SES, CAAE: 38324314.0.0000.5553 e parecer nº 2.359.609.

4.7 Riscos e benefícios

Segundo a resolução CNS 466/2012, que trata de testes e pesquisas em seres humanos, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, porém estes são superados pelos benefícios.

Os benefícios obtidos com a identificação dos fatores relacionados a mortalidade dos pacientes traumáticos com disfunção renal, por sua vez, torna possível o planejamento de medidas preventivas, com diminuição de danos, além de possibilitar tratamento qualificado para tais disfunções, e com isso uma assistência mais eficaz.

4.8 Procedimentos de coleta de dados

Para a coleta de dados adotou-se um questionário estruturado (APÊNDICE 01). Os dados foram extraídos dos registros do prontuário eletrônico de cada paciente.

Os itens do questionário incluíram questões relacionadas aos:

Aspectos demográficos: Nome, número da secretaria de estado de saúde (SES), data de nascimento, data de internação hospitalar, origem, idade, sexo e raça;

Aspectos clínicos: Peso, altura, IMC, Clearance de creatinina da admissão, comorbidades, diagnóstico médico, trauma, local de trauma, tipo de ventilação, medicamentos, parâmetros laboratoriais (creatinina, potássio séricos) e hemodinâmicos (pressão arterial) e desfecho.

Considerou-se pressão sistólica alterada, quando <90 ou >140 mmHg e pressão diastólica alterada, quando <60 ou >100 mmHg.

Por último, os dados foram transcritos em planilha Excel para tratamento e análise estatística.

4.9 Análise estatística

Foi realizada análise descritiva por meio do cálculo de frequências absoluta e relativa, média, desvio padrão, mediana e percentil 25-75. Para análise inferencial adotou-se o pacote estatístico SPSS versão 23 e realizaram-se os testes paramétricos e não paramétricos, conforme apropriado. Resultados com $p \leq 0,05$ foram considerados significativos.

5. RESULTADOS

Foi avaliado o total de 109 pacientes, dos quais 70 (64,2%) eram do sexo masculino e 39 (35,8%) do sexo feminino, com idade média de 51 ± 18 anos. O índice de massa corporal foi de $25,1 \pm 4,8$ kg/m², e o *Clearance* de creatinina de admissão foi de 94 ± 24 mL/min. Quanto à distribuição de raça, a amostra foi predominantemente branca 56 (51,4%), com 33 (30,3%) pardos, 19 (17,4%) pretos e 1 (0,9%) indígena. A procedência dos pacientes foi muito diversificada, embora a maior prevalência seja oriunda da região Oeste, com 22 pacientes (20,2%), 21 (19,3%) foram procedentes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e 15 (13,8%) da própria residência ou do trabalho (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização demográfica dos pacientes internados no pronto socorro. Brasília, 2018.

Características (n=109)	n (%)	Média±DP	Mediana (25-75)
Sexo masculino	70 (64,2)	-	-
Idade (anos) ^a	-	51±18	52 (36-66)
Índice de massa corporal* (kg/m ²) ^{a,ii}	-	25,1±4,8	25 (22,0 – 27,4)
<i>Clearance</i> de creatinina de admissão ^a	-	94±24	88 (74-112)
Raça			
Branca	56 (51,4)	-	-
Preta	19 (17,4)	-	-
Parda	33 (30,3)	-	-
Indígena	1 (0,9)	-	-
Procedência			
Hospitais da região sul	7 (6,4)	-	-
Hospital da Região Oeste	23 (21,1)	-	-

Hospitais da região sudoeste	7 (6,4)	-	-
Hospital de Base do Distrito Federal	3 (5,1)	-	-
Hospital da região norte	1 (0,9)	-	-
Unidade de Pronto Atendimento da região centro-sul	3 (2,7)	-	-
Hospital região leste	3 (2,8)	-	-
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	21 (19,3)	-	-
Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal	8 (7,3)	-	-
Residência própria/trabalho	15 (13,8)	-	-
Hospital da centro-norte	1 (0,9)	-	-
Hospital privado não especificado	3 (2,8)	-	-
Outros	14 (12,8)	-	-

^a média \pm DP, mediana (25% - 75%)

ⁱ1 paciente sem informação; ⁱⁱ10 pacientes sem informação

Na tabela 2 verifica-se que a comorbidade mais frequente entre os pacientes do pronto socorro foi a hipertensão arterial 37 (33,9%). O etilismo foi declarado com maior frequência por 20 (18,3%), superior ao tabagismo representado por 16 (14,7%). O percentual de pacientes obesos 14 (12,8%), superou aqueles com diabetes 12 (11%). Por outro lado, havia pacientes sem nenhuma comorbidade 32 (29,4%).

O acidente vascular cerebral (AVC) acometeu maior número de pacientes 25 (22,9%). Entretanto, houve ainda um número expressivo acometido por fratura óssea 19 (17,4%),

traumatismo crânio encefálico grave 17 (15,6%), hemorragia subaracnoide 13 (11,9%), e pneumonia 10 (9,2%).

Do total de pacientes 39 (35,8%) foram vítimas de trauma. As regiões mais acometidas foram o crânio, à exemplo do traumatismo crânio encefálico (TCE) diagnosticado em 31 (28,4%) dos pacientes, membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII) com 12 (11,0%) dos pacientes.

Nesse cenário, a disfunção renal esteve presente em 54 pacientes, ou seja, em quase a metade dos paciente (49,5 %). O desfecho dos pacientes foi dividido em 4 categorias, aqueles que tiveram alta 26 (23,9%), óbito 18 (16,5%), embora 64 (58,7%) tenham permanecidos internados após o período de 15 dias da coleta de dados, e ainda 1 (0,9%) evadiu-se.

O perfil laboratorial dos pacientes caracterizou-se pelo potássio sérico de $4,0\pm 0,5$ mEq/L. Em relação aos parâmetros hemodinâmicos a frequência cardíaca média foi de 85 ± 12 bpm. Os valores de pressão sistólica e diastólica alteradas, esteve presente em 99 (90,8%) e 95 (87,2%) dos pacientes, respectivamente.

Tabela 2 – Caracterização clínica dos pacientes internados no pronto socorro. Brasília, 2018.

Características (n=109)	n (%)	Média±DP	Mediana (25-75)
Comorbidades			
Diabetes Mellitus	12 (11,0)	-	-
Hipertensão	37 (33,9)	-	-
Doença pulmonar obstrutiva crônica	2 (1,8)	-	-
Cardiopatía	6 (5,5)	-	-
Dislipidemia	4 (3,7)	-	-
Etilismo	20 (18,3)	-	-
Tabagismo	16 (14,7)	-	-
Tireoideopatia	2 (1,8)	-	-
Obesidade	14 (12,8)	-	-
Depressão	5 (4,6)	-	-
Neoplasia	2 (1,8)	-	-

Nenhuma	32 (29,4)	-	-
Diagnósticos			
Sepse/choque séptico	4 (3,7)	-	-
Insuficiência respiratória aguda	3 (2,8)	-	-
Pancreatite/colecistite	1 (0,9)	-	-
Intoxicação exógena	2 (1,8)	-	-
Neoplasia	5 (4,6)	-	-
Edema agudo de pulmão	2 (1,8)	-	-
Pneumonia	10 (9,2)	-	-
Infecção do trato urinário	1 (0,9)	-	-
Hematoma subdural agudo	8 (7,3)	-	-
Fratura óssea	19 (17,4)	-	-
Hemorragia subaracnoide	13 (11,9)	-	-
Acidente vascular cerebral	25 (22,9)	-	-
Dor torácica	1 (0,9)	-	-
Hematoma extradural agudo	2 (1,8)	-	-
Traumatismo crânio encefálico grave	17 (15,6)	-	-
Hemorragia intraparenquimatosa	1 (0,9)	-	-
Contusão pulmonar	3 (2,8)	-	-
Trauma	39 (35,8)	-	-
Região do trauma			
Traumatismo crânioencefálico	31 (28,4)	-	-
Trauma raquimedular	3 (2,8)	-	-
Tórax	9 (8,3)	-	-
Abdome	5 (4,6)	-	-
MMII/MMSS	12 (11,0)	-	-
Face	6 (5,5)	-	-
Disfunção renal[†]	54 (49,5)	-	-
Desfecho			
Alta	26 (23,9)	-	-
Óbito	18 (16,5)	-	-
Permanece internado	64 (58,7)	-	-

Evasão	1 (0,9)	-	-
Parâmetros laboratoriais/hemodinâmicos			
Potássio sérico ^a	-	4,0±0,5	3,9 (3,7-4,2)
Frequência Cardíaca ^a	-	85±12	85,1 (76,4-96,1)
Pressão Sistólica alterada	99 (90,8)	-	-
Pressão Diastólica alterada	95 (87,2)	-	-

a média ± DP, mediana (25% - 75%); i1 paciente sem informação; ii10 pacientes sem informação; Pressão sistólica alterada <90 ou >140 mmHg, Pressão Diastólica alterada <60 ou >100mmHg

Dentre os pacientes com disfunção renal, a maioria evoluiu com lesão renal aguda 23 (21,1%), embora tenha havido persistência desse quadro em 17 (15,6%), configurando o quadro de doença renal aguda. O menor percentual, 12,8%, evoluiu com doença renal crônica (Tabela 3).

A DRC foi identificada em um período inferior a 90 dias por meio da avaliação do *clearance de creatinina*, que nestes pacientes era $\leq 30\text{mL}/\text{minuto}$.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes em estágios de disfunção renal segundo a classificação KDIGO. Brasília, 2018.

Estágio	Critério Creatinina
	n (%)
Normal	55 (50,5%)
LRA	23 (21,1%)
DRA	17 (15,6%)
DRC	14 (12,8%)

LRA= lesão renal aguda, DRA=doença renal aguda, DRC=doença renal crônica

Do total de pacientes quase todos necessitaram de antibiótico 95 (87,2%) e um número expressivo de drogas vasoativas 80 (73,4%). Entre as drogas, as mais usadas foram noradrenalina 67 (61,5%) como vasoconstritor, e nitroprussiato de sódio 18 (16,5%), enquanto vasodilatador (Tabela 4).

Tabela 4 - Medicamentos administrados durante a internação no pronto socorro. Brasília, 2018.

Medicamentos	Total (n=109)
Uso de ATB	95 (87,2)
Uso de DVA	80 (73,4)
Drogas	
Noradrenalina	67 (61,5)
Nitroprussiato de sódio	18 (16,5)
Dobutamina	6 (5,5)
Nitroglicerina	5 (4,6)
Dopamina	2 (1,8)

ATB = antibiótico, DVA = droga vasoativa.

Na tabela 5, observa-se que a maioria dos pacientes 91 (83,5%) necessitou de oxigenoterapia. A ventilação mecânica esteve entre os suportes ventilatórios mais utilizados 69 (63,3%), seguida do cateter nasal em 45 (41,3%) e máscara de venturi 41 (37,6%). Houve ainda, embora minoritariamente, pacientes em ventilação espontânea/ar ambiente 18 (16,5%), ou seja, sem necessidade de nenhum tipo de oxigenoterapia.

Tabela 5 – Ventilação dos pacientes durante internação no pronto socorro. Brasília, 2018.

Ventilação	Total (n=109)
Espontânea	18 (16,5)
Oxigenoterapia	91 (83,5)
Tipo de oxigenoterapia	
Ventilação mecânica	69 (63,3)
Cateter nasal	45 (41,3)
Máscara Venturi	41 (37,6)

Relacionando características clínicas e função renal (Tabela 6) observa-se que a disfunção renal esteve mais presente entre homens, pessoas com idade média de 51 anos e IMC médio de 24,7 que equivale ao peso normal. Embora tenha se percebido essa tendência, somente o sexo masculino mostrou relação significativa com a disfunção renal ($p=0,009$).

Tabela 6 – Relação entre características clínicas e função renal dos pacientes internados no pronto socorro. Brasília, 2018.

Características	Normal (n = 54)	Disfunção (n = 54)	p
Masculino	28 (51,9%)	41 (75,9%)	0,009
Idade	52 (37 – 65)	51 (36 – 65)	0,9*
IMC	25,5 (22,9 – 29,0)	24,7 (21,6 – 26,8)	0,2*

IMC = índice de massa corporal. Teste chi-quadrado; óbito = Desfecho óbito, não óbito = demais opções de Desfecho; Dados expressos em mediana (25% - 75%); Teste Mann-whitney*

Constatou-se que embora a maioria dos não sobreviventes tenha revelado características clínicas mais graves, como disfunção renal 11 (61,1%), idade mais avançada 56 (41-66) anos e tendência ao sobrepeso 25,1 (22,0 – 27,7), não foi identificado correlação entre essas variáveis (Tabela 7).

Tabela 7 – Relação entre características clínicas e desfecho dos pacientes internados no pronto socorro. Brasília, 2018.

Características	Não óbito (n = 89)	Óbito (n = 18)	p
Disfunção	43 (48,3%)	11 (61,1%)	0,3
Masculino	56 (62,2%)	13 (72,2%)	0,4
Idade (anos)	49 (36 – 65)	56 (41 – 66)	0,2*
IMC (kg/m ²)	25,0 (22,4 – 27,4)	25,1 (22,0 – 27,7)	0,7*

Teste chi-quadrado; óbito = Desfecho óbito, não óbito = demais opções de Desfecho; dados expressos em mediana (25% - 75%); * Teste Mann-Whitney

6. DISCUSSÃO

O aumento da demanda de atendimento em PS resulta com frequência da violência urbana e acidentes automobilísticos principalmente no sexo masculino, na faixa etária adulta e economicamente ativa, como sinalizado no presente estudo, mas inclusive da exposição a fatores de risco como o tabagismo, condições consideradas determinantes de internações hospitalares (MORAES et al, 2009).

Sabidamente, a raça negra é frequentemente mais predisposta a comorbidades como hipertensão e insuficiência renal. No presente estudo, quase 50% dos pacientes foram identificados como negros ou pardos, quando isso é aliado a frequente miscigenação brasileira, não exclui a possibilidade de pessoas brancas acumularem componentes genéticos que determinem o aumento do risco para disfunção renal (MORAES et al, 2009).

Nessa direção, os principais fatores de risco para LRA são alterações na pressão arterial, sepse, hipovolemia, aterosclerose, insuficiência congestiva, diabetes *mellitus* e medicação nefrotóxica (FINLAY & JONES, 2016; KRISTY, 2017), condições comuns entre os pacientes com LRA (MAXWELL & BELL, 2017), também identificado neste estudo. O conhecimento desses determinantes alinha-se com o elevado índice de disfunção renal e desfecho desfavorável, sobretudo incentiva a implementação de avaliações quanto ao real risco dos pacientes usando a própria caracterização clínica e anamnese com coleta de histórico detalhado, para estabelecimento de medidas preventivas para lesão renal.

Pacientes com LRA apresentam maior risco de desenvolver DRC, doença renal em estágio terminal e até mesmo morte prematura (KRISTY, 2017). No entanto, o percentual dessa síndrome no presente estudo mostrou-se elevado, condição preocupante ao ser considerado a possibilidade de evolução clínica negativa comum na vigência desse quadro clínico. Diante dessas circunstâncias, é recomendável, segundo KDIGO, avaliar o paciente pelo menos durante 3 meses continuamente, mesmo após aparente resolução do insulto para investigação do aparecimento de novo episódio e progressão para doença renal aguda e doença renal crônica (CHAWLA et al, 2017).

A LRA é associada tanto a resultados adversos, ao longo do tempo como a fatores de risco, como doença renal crônica pré-existente e gravidade do quadro clínico inicial.

Elementos por sua vez intervenientes na recuperação da função renal, e predisponentes a prejuízos do funcionamento parcial, ou total do rim (GOCZE et al, 2017).

Nessa direção, o uso em larga escala de drogas vasoativas no cenário de PS embora tenha o objetivo de melhorar a performance do músculo cardíaco, pode desencadear a vasoconstrição, por vezes determinante de prejuízo na perfusão renal, que ainda quando aliada ao efeito de drogas nefrotóxicas pode culminar em grave insulto renal (FINLAY & JONES, 2016). Entre os medicamentos adotados para tratamento do paciente crítico, os antibióticos representam um grupo com grande efeito nefrotóxico (KRISTY, 2017). Nesses casos, é válido ressaltar que muitas vezes a nefrotoxicidade pode passar despercebida pela equipe de profissionais de saúde, e resultar em agravos ou condições que necessitem de hospitalização (LONGRAS, 2016).

No presente estudo, entre os diferentes tipos de suporte de oxigenoterapia, o emprego da ventilação mecânica invasiva foi expressiva, ressaltando a elevada gravidade e instabilidade dos pacientes. Evidência científica destaca que a grande maioria dos pacientes em uso de ventilação mecânica, pode evoluir com significativas oscilações hemodinâmicas e consequente prejuízo do fluxo sanguíneo renal, perfusão e filtração glomerular (SANTOS & MAGRO, 2015).

Seguramente, é possível correlacionar a incidência de LRA a diferentes fatores clínicos comuns em pacientes críticos, entre eles consta que a obstrução do trato urinário em homens idosos tem ganhado espaço. Deve ser considerado que a atual inversão da pirâmide etária predispõe a ocorrência mais frequente da LRA obstrutiva (FINLAY & JONES, 2016). O aumento da próstata com a idade prejudica a passagem do débito urinário podendo causar lesão pós-renal. Esse e outros tipos de obstrução podem ser diagnosticados por ultrassonografia, mas não deve ser menosprezado a anamnese com histórico detalhado, inclusive a investigação de neoplasias familiares, além do exame clínico com ênfase em avaliação da volemia, frequência cardíaca e pressão arterial, perfusão periférica, pressão venosa jugular, edema, sinais de obstrução e evidência de doença vascular (FINLAY & JONES, 2016), elementos que favorecem o diagnóstico precoce e consequentemente aumentam a chance de sucesso no tratamento.

Evidências mostram que a LRA é um fator de risco independente para a mortalidade, ainda que não estejam totalmente esclarecidos os fatores que desencadeiam esse desfecho

(FINLAY & JONES, 2016). Segundo o sistema de dados renais dos Estados Unidos a taxa de mortalidade intra-hospitalar de pacientes idosos com LRA é de 9%, e a chance de hospitalização recorrente dessa síndrome em 2 anos é de 48% (KRISTY, 2017). Sabidamente, para os pacientes com disfunção renal, medidas devem ser pesquisadas e implementadas antes da disfunção evoluir para o desfecho negativo, como sinalizado no presente estudo.

Compreender a relação entre desfecho e padrões de recuperação é importante para o planejamento de ações que facilitem o equilíbrio da função renal. Na maioria dos estudos o desfecho de alta hospitalar é acompanhado de relato de recuperação da função renal (I. GOCZE et al, 2017). No entanto, este momento pode ser precoce para indicação de recuperação, considerando os diferentes fatores que podem interferir durante o processo evolutivo. Seria mais adequado aguardar o prazo de 90 dias para reavaliação e diagnóstico, mas para isso, o emprego da monitorização individual do risco pode ser a melhor estratégia (CHAWLA et al, 2017). Em suma, a assistência à pacientes com disfunção renal inclui o acompanhamento baseado em parâmetros e perfil individual de cada paciente, condição valorizada no presente estudo.

7. CONCLUSÃO

Os pacientes admitidos no PS foram demograficamente caracterizados, em sua maioria, como homens adultos e miscigenados, portadores em sua maioria de doenças crônicas não transmissíveis. Clinicamente instáveis e graves, com diagnósticos de patologias cardiovasculares e traumáticas e tempo de internação prolongado, acima de 15 dias.

Durante a internação, a disfunção renal além de presente em quase metade dos pacientes, evolui para estágios de maior gravidade. Diferentes fatores caracterizaram a gravidade dos pacientes, entre eles a ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas e antibióticos.

A disfunção renal mostrou correlação com o sexo masculino, assim como o desfecho óbito foi mais prevalente em pacientes com disfunção renal, idade avançada e com tendência ao sobrepeso.

A prevenção da LRA em pacientes de alto risco é um dos elementos-chave do atual manejo da disfunção renal, e a identificação precoce desses pacientes oportuniza o desenvolvimento de ações preventivas, além do diagnóstico precoce e o tratamento mais adequado. Há ainda os pacientes com disfunção renal que submetidos a procedimentos, como cirurgias ou recebimento de contraste intravenoso, têm risco aumentado e devem ter estratégias preventivas aplicadas de imediato, como otimização da volemia, ajuste de dosagem de drogas que possam afetar adversamente a perfusão e evitar medicamentos nefrotóxicos.

Pesquisas para caracterização rápida do perfil do paciente, avaliação de risco para disfunção renal e identificação e uso de biomarcadores precoces são aspectos chave da gestão moderna da LRA e compõe a vertente promissora de pesquisas futuras nesta área.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEVC S , EKART R , HOJS R. The assessment of acute kidney injury in critically ill patients. **European Journal of Internal Medicine** 45 (2017) 54–58.

BOLGUE A.P.M., Caracterização da demanda do pronto socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2010.

CHAWLA, L. S. et al. Acute kidney disease and renal recovery: consensus report of the Acute Disease Quality Initiative (ADQI) 16 Workgroup. **Rev. Nature/ nephrology**. 2017.

CHEUNG M, PONNUSAMY A, ANDERTON JG. Management of acute renal failure in the elderly patient. *Drugs Aging* 2008; 25:455-76.

FINLAY, S.; JONES, M.C., Acute kidney injury. **Acute medicine ii**. 2016.

GOCZE I et al. Renal recovery . **Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology** 31 (2017) 403 € e414.

HOSTE, E. A. *et al.* Epidemiology of acute kidney injury in critically ill patients: the multinational AKI-EPI study. **Intensive Care Med**. 41, 1411–1423. 2015.

IDE, C.A.C.; PIERIN, A.M.G.; PADILHA, K.G.; CHAVES, E.C. Perfil epidemiológico das internações em um pronto socorro do município de São Paulo. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, 22(3) 257-271, dez. 1988.

KDIGO 2012. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Official Journal of the International Society of Nephrology**. Vol 3 | issue 1 | january (1) 2013.

KIRSZTAJN, G. M., et al. Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manejo da doença renal crônica na prática clínica. **J Bras Nefrol**. 2014; 36(1):63-73.

KOVESDY C.P, FURTH S.L, ZOCCALI C. Obesidade e doença renal: consequências ocultas da epidemia. **J Bras Nefrol** 2017;39(1):1-10.

KRISTY WASHINGER, MSN, FNP-BC. Acute Kidney Injury in Adults: Na Underdiagnosed Condition. **The Journal for Nurse Practitioners - JNP** Volume 13, Issue 10, November/December 2017.

LONGRAS, C.D.M. Medicação potencialmente inapropriada em idosos: fisiopatologia e métodos de prevenção de nefrotoxicidade. FMUC Medicina - Teses de Mestrado, 2016.

MAXWELL R.A, BELL C.M., Acute Kidney Injury in the Critically Ill . **Surg Clin N Am** 97 (2017) 1399–1418 .2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Política Nacional de Atenção as Urgências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Terminologia básica em saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

MORAES CE et al. Preditores de insuficiência renal crônica em pacientes de centro de referência em hipertensão arterial. **Rev Assoc Med Bras** 2009; 55(3): 257-62.

NEVES J.T., LOBÃO M.J.. Oxygen therapy multicentric study—A nationwide audit to oxygen therapy procedures in Internal Medicine wards. **Revista Portuguesa de Pneumologia** (English Edition), Volume 18, Issue 2, March–April 2012, Pages 80-85.

NUNES, T. F. et al. Insuficiência renal aguda. **Revista Medicina - Ribeirão Preto**, v. 43, n. 03, p. 272-282. 2010.

PUCCINI PT, CORNETTA VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. **Cad. Saúde Pública** vol.24 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2008.

RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Conselho nacional de saúde. Publicada no Diário Oficial da União nº 12. 2013. Seção 1. Página 59.

SANTOS LL, MAGRO MC. Ventilação mecânica e a lesão renal aguda em pacientes na unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm.** 2015; 28(2):146-51.

SANTOS, E. S., MARINHO, C. M. S. Principais causas de insuficiência renal aguda em unidades de terapia intensiva: intervenção de enfermagem. **Rev Enferm Refer.** III Série – n. 09. Mar. 2013.

SOUZA CC, TOLEDO AD, TADEU LFR, CHIANCA TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** jan-fev 2011.

9. APÊNDICE

Características clínicas, função renal e desfecho de pacientes internados em pronto socorro - Instrumento de coleta de dados

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

NOME: _____

SES: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Data de internação hospitalar: ____/____/____

Origem: _____

Idade: _____ Sexo: () M () F

Raça: () Branca () Parda () Negro

() Amarela () Outros: _____

ASPECTOS CLÍNICOS

Peso (admissão): ____ Kg Altura: ____ m IMC: ____ Kg/m²

Clearance creatinina (admissão): ____ ml/min/1.73m²

Comorbidades

() HAS () DM () DPOC () Dislipidemia

() Cardiopatia () Tabagista () Etilista

Outros: _____

Diagnóstico Médico: _____

Trauma

() TCE () Tórax () Abdominal () Cabeça/pescoço () MMSS/MMII

() Sem trauma () Outro. Qual? _____

Ventilação

() Espontânea () cateter nasal ____ L/min () Máscara de venturi ____ L/min

() Máscara c/ reservatório 100% ____ l/min

() Ventilação Mecânica

Desfecho: () Alta () Evasão () Permanece internado () Óbito

MEDICAÇÕES

Droga Vasoativa

() Noradrenalina - ____ dias

() Dopamina - ____ dias

() Dobutamina - ____ dias

() Niprid - ____ dias

Antibioticoterapia

() Sim () Não

VENTILAÇÃO

	Espontânea	Oxigenoterapia		
		Cateter nasal – l/min	Mascara de Venturi - % - l/min	Ventilação mecânica
1° dia				
2° dia				
3° dia				
4° dia				
5° dia				
6° dia				
7° dia				
8° dia				
9° dia				
10° dia				
11° dia				
12° dia				
13° dia				
14° dia				
15° dia				

EXAMES LABORATORIAIS

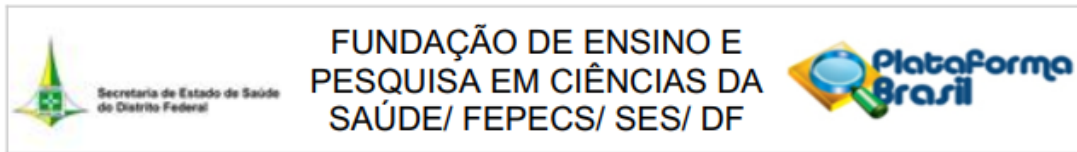
Dados laboratoriais		
	Cr	K
1° dia		
2° dia		
3° dia		
4° dia		
5° dia		

6° dia		
7° dia		
8° dia		
9° dia		
10° dia		
11° dia		
12° dia		
13° dia		
14° dia		
15° dia		

HEMODINÂMICA

DIA	PA sistólica	PA diastólica	PAM
1° dia			
2° dia			
3° dia			
4° dia			
5° dia			
6° dia			
7° dia			
8° dia			
9° dia			
10° dia			
11° dia			
12° dia			
13° dia			
14° dia			
15° dia			

10. ANEXO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: VÍTIMAS DE TRAUMA NO DF: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E ATENDIMENTO PRÉ E INTRA-HOSPITALAR PELO SAMU

Pesquisador: Paula Regina de Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38324314.0.0000.5553

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.359.609

Apresentação do Projeto:

Emenda

Objetivo da Pesquisa:

Emenda

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Emenda

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Emenda

Recomendações:

Emenda

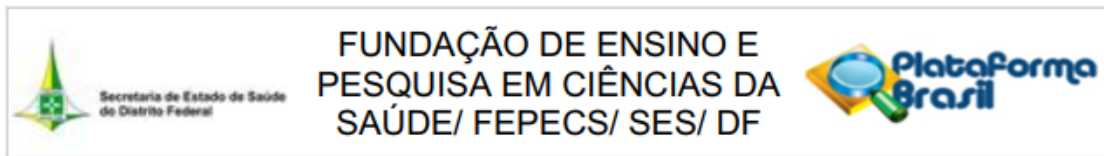
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ampliação do cenário de coleta de dados.

Justificar alteração (es) mencionadas:

Há necessidade da ampliação do cenário de coleta de dados para alcançar o tamanho amostral e permitir a generalização dos resultados. - EMENDA APROVADA

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS			
Bairro: ASA NORTE		CEP: 70.710-904	
UF: DF	Município: BRASILIA		
Telefone: (61)3325-4955	Fax: (63)3254-9551	E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com	



Continuação do Parecer: 2.359.609

Considerações Finais a critério do CEP:

Emenda Aprovada

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_478840 E1.pdf	16/09/2017 16:04:38		Aceito
Outros	ememda.pdf	16/09/2017 16:03:08	Paula Regina de Souza	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_399670.pdf	04/11/2014 23:11:28		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.pdf	04/11/2014 23:10:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Pesquisa Wlyana.pdf	04/11/2014 23:05:07		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Wlyana Reis Praça).pdf	04/11/2014 23:04:34		Aceito
Outros	Currículo Lattes.pdf	04/11/2014 23:00:18		Aceito
Outros	Termo de concordância.pdf	04/11/2014 22:58:11		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto plataforma Brasil.pdf	04/11/2014 22:57:20		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 31 de Outubro de 2017

Assinado por:
Geisa Sant Ana
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (63)3254-9551 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com