

Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
DTFCI - CECOM



SAMU
192

PROTÓCOLOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

SUORTE DE VIDA POR ENFERMEIRO - SIV

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Prefeito
Fernando Haddad

Secretário da Saúde
José de Fillipi Junior

Coordenação Municipal de Urgência e Emergência
Dr. Marcelo Itiro Takano

Diretor do SAMU 192
Dr. Marcelo Klinger

Coordenador Médico
Dr. José Caruso

Coordenação de Enfermagem
Maria Bernadete Fischer Ruiz

Coordenação do Núcleo de Educação em Urgências
Denise dos Santos Vilela

PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

4ª Edição: 2014

Elaboração:

Enf. Alexandre M. L. Yague
Enf. Ivanete Fátima Signor
Enf. Leia Magna Leite
Prof. Dr. Marcos Campoy
Profa. Dra. Marisa Amaro Malvestio
Enf. Maria Bernadete Fischer Ruiz
Enf. Sandra Kadluba

Coordenação:

Profa. Dra. Marisa Amaro Malvestio

Colaboradores:

Dr. Marcelo Klinger
Dr. José Caruso
Prof. Dra. Lucimar Aparecida Françaço

3ª Edição: 2013

Elaboração:

Profa. Dra. Marisa Amaro Malvestio

Coordenação:

Dr. Claus Robert Zeefried

Colaboradores:

Prof. Dra. Lucimar Aparecida Françaço
Dra. Tatiana Misuzaki
Dra. Leia Magna Leite
Dr. Carlos Alberto Guglielmi Eid

2ª Edição: 2010

Elaboração:

Profa. Dra. Marisa Amaro Malvestio

Diretor da Divisão de Modernização e Pesquisa:

Dr. Claus Robert Zeefried

Colaboradores

Enf. Denise Santos Vilella
Prof. Dra. Lucimar Aparecida Françaço
Enfa. Leia Magna Leite
Enf. Maria Filomena Guaglione

1ª Edição: 2006

Elaboração

Profa. Dra. Marisa Amaro Malvestio

Diretor da Divisão de Desenvolvimento e Pesquisa:

Dr. Claus Robert Zeefried

Colaboradores

Enf. Alberto Nunes Assunção
Enf. Ana Regina Espírito Santo Nascimento
Enf. Ângela Abujabra
Prof. Dra. Lucimar Aparecida Françaço
Dra. Luz Marina Gonçalves Araújo
Enf. Márcia Amaral Marques
Enf. Patrícia do Amaral Barbosa Comelli
Enf. Tânia Maria Vargas Escobar Azevedo

PREÂMBULO

A Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência.

O código de ética profissional reúne normas e princípios, direitos e deveres, pertinentes à conduta ética do profissional que deverá ser assumido por todos.

Segundo o decreto nº 94.406, de junho de 1987, regulamenta a Lei nº 7.498, de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências, e tendo em vista o disposto Art. 8º - *Ao Enfermeiro incumbe:*

Inciso I privativamente

Em alíneas:

e) *consulta de Enfermagem;*

f) *prescrição da assistência de Enfermagem;*

g) *cuidados diretos a pacientes graves com risco de vida;*

h) *cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;*

Inciso II como integrante da equipe de saúde

Em alínea:

c) *prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.*

Segundo Resolução COFEN – 240/2000, aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências; - Revogada pela Resolução COFEN – 311/2007.

Capítulo I - Dos princípios fundamentais

Artigo 4º - o profissional de enfermagem exerce suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade;

Artigo 6º - o profissional de enfermagem exerce a profissão com autonomia, respeitando os preceitos legais da Enfermagem.

Capítulo II – Dos Direitos

Art. 14º. Atualizar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais.

Art. 15º. Apoiar as iniciativas que visem ao aprimoramento profissional, cultural e a defesa dos legítimos interesses da classe.

Capítulo V – Das proibições

Art. 42º. Negar assistência de Enfermagem em caso de urgência ou emergência.

Artigo 48º - prescrever medicamentos ou praticar ato cirúrgico, exceto os previsto na legislação vigente e em caso de emergência.

DECISÃO COREN- SP -DIR/ 001/ 2001

"Dispõe sobre a regulamentação da Assistência de Enfermagem em Atendimento Pré-Hospitalar e demais situações relacionadas com o Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida".

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, no uso de suas atribuições legais e regimentais, tendo em vista a deliberação do Plenário em sua Reunião Ordinária nº 520a, realizada em 06 de março de 2001. CONSIDERANDO, a Constituição da República Federativa do Brasil, art. 5º inciso II "ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei";

CONSIDERANDO, o Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940, Código Penal, art. 135, que trata da " omissão de socorro";

CONSIDERANDO, os termos da Lei 5.905, de 12 de julho de 1973, que determina ao Conselho Federal de Enfermagem e aos Conselhos Regionais de Enfermagem a normatização do exercício das atividades de enfermagem;

CONSIDERANDO, os termos da Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional;

CONSIDERANDO, a necessidade e a obrigatoriedade legal e ética deste Conselho em assegurar uma assistência de Enfermagem isenta de riscos à integridade e à vida das vítimas/ pacientes/ clientes que são assistidos em situações de urgência/ emergência relacionadas com o assunto em questão;

CONSIDERANDO, a existência de situações de extremo risco de vida e integridade à saúde que tem sido constatada, no Estado de São Paulo, por este Conselho, nas situações de urgência/ emergência relacionada com o APH e com o suporte básico e Avançada de Vida;

CONSIDERANDO, os termos da Decisão proferida pela 1ª Vara Federal do Distrito Federal, que vetou a criação e excluiu a figura do "SOCORRISTA"

RESOLVE:

Artigo 1º - Que o Atendimento Pré-Hospitalar, de Suporte Básico e de Suporte Avançado de Vida, em termos de procedimentos de Enfermagem previstos em Lei sejam, incondicionalmente, prestados por Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem ou Auxiliares de Enfermagem, observados os dispositivos constantes na Lei 7498/86 e decreto-lei 94.406/87;

Artigo 2º - Que o profissional de Enfermagem que esteja envolvido com este tipo de assistência, comunique ao COREN-SP, de acordo com o determinado pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, todas as situações em que não estiver sendo delegado, supervisionado e acompanhado pelo ENFERMEIRO na execução dos procedimentos de Enfermagem pertinentes à situação que se apresente;

Parágrafo primeiro - Compete privativamente ao Enfermeiro, Dirigir, Coordenar, Planejar, Prescrever, Delegar, Supervisionar e Avaliar as ações de Enfermagem, de acordo com o nível de dependência das vítimas/ pacientes/ clientes, quando o mesmo delegará, se a assistência deverá ser feita por Técnico e/ ou Auxiliar de Enfermagem;

Parágrafo segundo - No que tange aos procedimentos de Enfermagem considerados de alta complexidade, estes deverão ser realizados exclusivamente pelos profissionais Enfermeiros.

Parágrafo terceiro - A Assistência de Enfermagem em unidades móveis de UTI e Suporte Avançado de Vida (terrestre, aéreo ou aquático), deverá ser prestada pelo ENFERMEIRO, de acordo com o determinado pela Lei 7.498/86 e pelo Decreto-Lei 94.406/87;

Artigo 4º - O ENFERMEIRO deverá implementar e documentar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, através do registro das informações técnicas colhidas (protocolo de atendimento), contendo o Histórico de Enfermagem, Prescrição e Evolução da Assistência de Enfermagem determinada pelo mesmo;

Parágrafo único - O registro contendo a Evolução da Assistência de Enfermagem deverá abranger todo o Atendimento prestado, até o momento em que o vítima/ paciente estiver sob responsabilidade do serviço ao qual foi transferido;

DECISÃO COREN-SP/ DIR/ 008/ 1999

"Normatiza a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde, no âmbito do Estado de São Paulo".

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, no uso de suas atribuições a que alude a Lei 5905/73 e a Lei 7498 de 25 de junho de 1986, e tendo em vista deliberação do Plenário em sua 485ª reunião ordinária, realizada em 19 de outubro de 1999, e ainda, considerando a Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988 nos artigos 5º, XIII e 197;

Considerando os preceitos da Lei no. 7498 de 25 de junho de 1986, e o Decreto Lei no. 94406 de 08 de junho de 1987, no artigo 8º., I, alíneas c, e, f ;

Considerando o contido no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, nos termos que dispõe a Resolução COFEN-160/93;

Considerando que a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - sendo atividade privativa do Enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/ doença, subsidiando a prescrição e implementação de ações de Assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade;

Considerando a institucionalização do SAE como a prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo Enfermeiro;

Considerando que a implementação do SAE constitui, efetivamente, na melhoria da qualidade da Assistência de Enfermagem;

Decide:

Artigo 1º. Ao Enfermeiro incumbe:

I – privativamente:

A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas: Consulta de Enfermagem, Histórico, exame físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem.

Artigo 2º. A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - torna-se obrigatória em toda Instituição de Saúde, pública e privada.

Enfermeiro: Prescrição de Medicamentos e Solicitação de Exames (Resolução COFEN nº 271)

A Lei 7498/86, regulamentada pelo Decreto-Lei 94406/87, está em plena vigência constitucional, e assim, compete privativamente ao Enfermeiro a realização da Consulta, Prescrição e Evolução de Enfermagem.

Assim, o Enfermeiro poderá continuar o seu pleno exercício profissional, sendo que a prescrição medicamentosa somente é assegurada pela legislação profissional quando fundamentada nos Programas de Saúde Pública ou em rotinas institucionais, mediante Protocolos elaborados pela Instituição ou pelo Ministério da Saúde, até que se decida sobre o mérito da questão judicial.

O mesmo se refere à solicitação de exames referentes às rotinas de Protocolos Institucionais. A Resolução COFEN-271 é uma norma administrativa que reproduz, *ipsis-litteris*, textos de legais existentes, em plena vigência e em nenhum momento citada na Decisão Judicial, quais sejam:

- LEI 7.498, de 25 de Junho de 1.986 (legislação profissional da Enfermagem no País)
 - DECRETO-LEI 94.406/87 (legislação profissional da Enfermagem no País)
 - RESOLUÇÃO COFEN-195 - dispõe sobre solicitação de exames pelo Enfermeiro.
- Assim, tudo o que o Enfermeiro assumir dentro destes mandamentos legais, estará em rigorosa sintonia com a Lei e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Outrossim, esclarecemos que a atuação do Enfermeiro na Consulta de Enfermagem, incluído o Exame Físico, Diagnóstico, Prescrição e Evolução de Enfermagem (SAE), obrigatória em Lei, em absolutamente nada tem a ver com a atuação médica na Consulta Médica, que inclui o Exame Físico, Diagnóstico, Prescrição e Evolução Médica.

Desta forma, fica aqui ressaltada a importância do Enfermeiro assumir, em definitivo, seu papel profissional, participando ativamente da elaboração destes Protocolos e, principalmente, sistematizando a Assistência de Enfermagem na forma da Lei, respaldando seus atos e decisões nos documentos que produzir na Assistência de Enfermagem.

ÍNDICE

Protocolo nº

PROTOSCOLOS ADMINISTRATIVOS E OPERACIONAIS

Papel e responsabilidades da equipe de APH.....	01
Responsabilidades adicionais do condutor de veículos.....	02
Regras gerais de Condução de Veículos de Emergência.....	03
Regras Gerais para estacionamento de ambulância.....	04
Procedimentos iniciais em caso de acidentes com a ambulância.....	05
Aspectos gerais de avaliação da segurança de Cena.....	06
Regras gerais de biossegurança.....	07
Atendimento ao paciente portadora de necessidade especial.....	08
Atendimento a paciente menor de 18 anos de idade (desacompanhado).....	09
Atendimento a paciente sem condições de decidir e acompanhada de menor de 18 anos de idade.....	10
Atendimento à paciente sem condições de decidir e acompanhada de animais.....	11
Atendimento à paciente que recusa atendimento e/ou transporte.....	12
Recebimento de ordens de autoridades policiais, outras autoridades na cena.....	13
Atendimento na presença de médicos e enfermeiros estranhos ao serviço.....	14
Regras gerais de abordagem em ocorrências com suspeita de crime.....	15
Cuidados com pertences de pacientes.....	16
Dispensa de pacientes na cena.....	17
Regras gerais para abordagem de eventos envolvendo imprensa e tumulto.....	18
Regras gerais de eventos envolvendo transporte aeromédico.....	19
Segurança do paciente.....	20
Sistematização da passagem do caso para a regulação médica.....	21
Limpeza concorrente da ambulância: Biguanida/Fácil 41.....	22
Limpeza terminal da ambulância: Biguanida/Fácil 41.....	23
Limpeza de superfície / Material biológico: Biguanida/Fácil 41.....	24
Limpeza concorrente da ambulância: Hipoclorito e álcool.....	25
Limpeza terminal da ambulância: Hipoclorito e álcool.....	26
Limpeza de superfície / Material biológico: Hipoclorito e álcool.....	27
Acidente de trabalho com material biológico.....	28
Acidente de trabalho: outros acidentes (não biológicos).....	29
Solicitação de Acionamento do SAV e/ou Resgate.....	30
Realização de condutas adicionais em SIV.....	31
Presença ou suspeita de envolvimento de produtos perigosos.....	32

EMERGÊNCIAS CLÍNICAS (ADULTOS)

Avaliação primária do paciente (agravo clínico).....	33
Avaliação secundária (agravo clínica).....	34
Controle das vias aéreas.....	35
Oxigenioterapia.....	36
OVACE Adulto.....	37
OVACE Criança e bebê.....	38
Técnica Punção intra-óssea.....	39
PCR - Adultos.....	40
PCR - Interrupção da RCP.....	41
PCR - Regras gerais para RCP em deslocamentos.....	42

Atendimento à paciente no período pós- PCR	43
Choque.....	44
Emergências clínicas – Exacerbação da asma no adulto.....	45
Emergências clínicas – Exacerbação da DPOC no adulto.....	46
Emergências clínicas – Insuficiência respiratória.....	47
Emergências clínicas – Dor no peito de origem cardíaca.....	48
Emergências clínicas – Crises convulsivas no adulto.....	49
Emergências clínicas – Acidente vascular encefálico.....	50
Emergências clínicas – Crise hipertensiva.....	51
Emergências clínicas – Bradicardia com pulso.....	52
Emergências clínicas – Taquiarritmia com pulso.....	53
Emergências clínicas – Hipotermia.....	54
Emergências clínicas – Reação anafilática no adulto.....	55
Emergências clínicas – Cólica nefrética no adulto.....	56
Emergências clínicas – Hiperglicemia no adulto e na criança.....	57
Emergências clínicas – Hipotermia no adulto, criança e RN.....	58
Emergências clínicas – Doença Falciforme.....	59

EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

Parâmetros pediátricos.....	60
PCR na criança de 1 ano até o início da puberdade e no lactente (<1 ano).....	61
Reanimação do recém-nascido.....	62
Avaliação do recém-nascido (Índice de APGAR).....	63
Emergências pediátricas – Reação anafilática.....	64
Emergências pediátricas – Febre.....	65
Emergências pediátricas – Vômitos.....	66
Emergências pediátricas – Crises convulsivas.....	67
Emergências pediátricas – Crise asmática.....	68
Emergências pediátricas – Doença Falciforme.....	69

EMERGÊNCIAS TRAUMÁTICAS

Atendimento Inicial ao politraumatizado: Medidas Gerais em SIV.....	70
Avaliação primária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada.....	71
Avaliação secundária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada.....	72
Avaliação da cinemática do trauma: Padrão de lesões.....	73
Escalas de avaliação da gravidade do trauma (Glasgow e RTS).....	74
Trauma cranioencefálico.....	75
Trauma de face.....	76
Trauma ocular.....	77
Trauma de tórax – Fratura de costelas	78
Trauma de tórax – Tórax instável	79
Trauma de tórax – Fratura de esterno	80
Trauma de tórax – Pneumotórax simples	81
Trauma de tórax – Pneumotórax aberto	82
Trauma de tórax – Pneumotórax hipertensivo	83
Trauma de tórax – Hemotórax	84
Trauma de tórax – Tamponamento cardíaco	85
Trauma abdominal fechado	86

Trauma abdominal penetrante	87
Trauma raquimedular	88
Lesão do aparelho locomotor – Extremidades	89
Lesão do aparelho locomotor – Membros superiores	90
Lesão do aparelho locomotor – Membros inferiores	91
Lesão do aparelho locomotor – Amputação e esmagamento.....	92
Retirada de paciente s : KED e Retirada Rápida.....	93
Queimaduras.....	94
Afogamento.....	95
Intoxicações: Síndromes Tóxicas.....	96
Intoxicações: Medidas Gerais.....	97
Intoxicações: Condutas.....	98
Intoxicação por monóxido de carbono.....	99
Intoxicação alcoólica.....	100
Emergências obstétricas – Trabalho de parto iminente.....	101
Emergências obstétricas – Trauma na gestante	102
Emergências obstétricas – Síndrome hemorrágica.....	103
Emergências obstétricas – Síndrome hipertensiva.....	104
Emergências obstétricas: PCR na gestante.....	105
Emergências Psiquiátricas.....	106
Atendimento a múltiplas pacientes.....	107
Atendimento a múltiplas paciente s: Triagem pelo START.....	108
Acidentes com animais peçonhentos.....	109
Óbito no APH.....	110
Torniquete	111
Código Q e alfabeto fonético.....	112

Relação de siglas

AM	Ambulância
APH	Atendimento pré-hospitalar
AVE	Acidente vascular encefálico
DEA/RECURSO DISPONÍVEL	Desfibrilador Automático Externo
DM	Diabetes melitus
EPI	Equipamento de proteção individual
SF	Solução fisiológica
GCS	Escala de Coma de Glasgow
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IM	Intramuscular
IO	Intra-óssea
IV	Intravenoso
KED	Kendrick Extrication Device
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
OVACE	Obstrução de vias aéreas por corpo estranho
PCR	Parada cardiorrespiratória
PR	Parada respiratória
PIC	Pressão intracraniana
RCP	Reanimação cardiopulmonar
RL	Solução de Ringer lactato
RTS	Revised Trauma Score
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
SAV	Suporte Avançado à Vida
SBV	Suporte Básico à Vida
START	Simple Triage and Rapid Treatment
TCE	Traumatismo cranioencefálico
TRM	Traumatismo raquimedular
VAS	Vias aéreas superiores
VHB	Vírus da hepatite B

PROCOLOS ADMINISTRATIVOS E OPERACIONAIS

PAPEL E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE APH	
4ª edição	AGOSTO/2014

1. ASPECTOS GERAIS DE CONDUTA PESSOAL:

- Ser pontual e assíduo no cumprimento da escala de trabalho;
- Permanecer de prontidão durante todo o plantão, atendendo aos chamados com presteza e agilidade;
- Apresentar-se uniformizado e asseado (barba feita, uniforme limpo e adequadamente fechado, cabelos presos, unhas curtas, maquiagem, brincos e colares discretos);
- Adequar hábitos pessoais, linguagem e atitude ao ambiente de trabalho;
- Não fumar, nem permitir que fumem dentro da base e/ou dentro da ambulância conforme legislação estadual;
- Zelar pelo cumprimento dos protocolos;
- Primar pelos princípios éticos e de legislação profissional dos diferentes profissionais envolvidos no cuidado;
- Tratar com urbanidade os pacientes, familiares e cidadãos em geral;
- Zelar pela imagem do serviço;
- Contatar a Central utilizando sempre os temas do Código “Q” e alfabeto fonético.

2. NA BASE OPERACIONAL:

- Realizar o check-list da viatura, materiais, medicamentos e equipamentos no início e término de cada plantão, incluindo a checagem do equipamento de oxigenioterapia fixo e portátil, equipamentos de comunicação e abastecimento de combustível;
- Providenciar os reparos necessários na viatura logo ao início de cada plantão;
- Providenciar a reposição de materiais de consumo ao início do plantão e/ou a cada atendimento;
- Realizar a limpeza da AM e dos equipamentos conforme protocolos;
- Zelar pela ordem da base operacional
- Zelar e contribuir para a harmonia das relações interpessoais e interinstitucionais durante o horário de plantão.

3. RECEBIMENTO DO CHAMADO/OCORRÊNCIA

- Receber e anotar o chamado: qualquer membro da equipe poderá fazê-lo;
- Atentar para a ordem de transmissão do chamado pela Central de Operações, que é a seguinte: endereço, página do guia de ruas, código determinante, nomes do solicitante e do paciente, outras informações quando cabíveis;
- Enquanto um membro da equipe anota o chamado, o condutor deverá iniciar a busca do endereço no guia de ruas, a fim de agilizar o atendimento;

4. DURANTE O DESLOCAMENTO ATÉ O LOCAL DO ATENDIMENTO:

- Zelar pelo respeito às regras de condução de veículos de emergência, conforme protocolo e Código de Trânsito Brasileiro;
- Estabelecer a melhor e mais segura rota para o local da ocorrência;
- Buscar na relação o significado do Código determinante do chamado passado pela Central e preparar-se para o melhor atendimento.

5. NA CENA DO ATENDIMENTO:

- Garantir sua segurança e a da equipe do SAMU 192, além dos circundantes e do paciente;
- Apresentar-se como profissional do SAMU 192;
- Avaliar o paciente e realizar as intervenções necessárias e previstas em Protocolo, dentro dos limites ético-profissionais;
- Utilizar EPI durante todo o atendimento;
- Manter o controle da situação, estabelecendo prioridades;
- Apoiar, orientar e acalmar familiares e acompanhantes do paciente;
- Entrar em contato com a Regulação Médica na Central de Operações, reportar o caso (Médico/a do SAV) e seguir as orientações determinadas pelo Médico Regulador.

6. DURANTE O TRANSPORTE DO PACIENTE ATÉ O HOSPITAL:

- Transportar o paciente para o hospital determinado pela Regulação Médica;
- Trafegar sempre com o cinto de segurança afivelado bem como de todos os tripulantes;
- Realizar o transporte rápido e seguro;
- Transportar o acompanhante no banco da frente, ao lado do motorista, com o cinto de segurança devidamente afivelado;
- Manter observação e cuidados constantes do paciente;
- Preencher de forma completa a ficha de APH em duas vias e com letra legível.

7. NO HOSPITAL:

- Informar à equipe da Unidade de Emergência do Hospital sobre: tipo de ocorrência, condições do paciente e os procedimentos realizados;
- Arrolar os pertences do paciente e entregar ao responsável da unidade;
- Deixar a 2ª via da ficha de APH no hospital;
- Agilizar o preparo da equipe, materiais e ambulância para novas ocorrências;
- Comunicar à Central de Operações sua disponibilidade tão logo esteja liberado.

8. DURANTE O REGRESSO PARA A BASE:

- Comunicar à Central sobre a saída do hospital e a sua disponibilidade;
- Transmitir ao rádio-operador os dados referentes ao atendimento, utilizando o recurso de comunicação portátil disponível.

RESPONSABILIDADES ADICIONAIS DO CONDUTOR DE VEÍCULOS	
4ª edição	AGOSTO/2014

Ao Condutor do Veículo compete, adicionalmente ao Protocolo 1:

1. A responsabilidade de condução do veículo dentro das regras de trânsito previstas no Código de Trânsito Brasileiro para veículos de emergência;
2. Portar durante todo o plantão os documentos referentes à sua habilitação e os documentos da viatura;
3. Conhecer o sistema viário e as principais referências da região;
4. Saber utilizar adequadamente o sistema de comunicação e de sinalização sonora e de iluminação da viatura. No deslocamento até o local do atendimento o Enfermeiro será o responsável pelo acionamento destes equipamentos;
5. Verificar antes do deslocamento da viatura:
 - Nível do óleo do motor e Km da troca;
 - Nível e estado da água do radiador;
 - Fluido de freio;
 - Tensão da correia do motor;
 - Estado geral da bateria;
 - Possíveis vazamentos;
 - Presença de fumaça anormal no sistema de escapamento;
 - Fixação e estado do escapamento;
 - Ruídos anormais;
 - Eventuais peças soltas dentro e fora da viatura;
 - Fixação e estado dos parachoques;
 - Funcionamento dos limpadores de parabrisa;
 - Sistemas elétricos, luminosos e sonoros;
 - Calibragem e estado de conservação dos pneus e estepe;
 - Existência de triângulo de sinalização, macaco e chave de rodas;
 - Arranhões e amassados na cabine e carroceria;
 - Limpeza geral externa da viatura;
 - Nível do combustível;
 - Marcador de temperatura do motor;
 - Ajuste do banco do motorista e cinto de segurança;
 - Ajuste dos espelhos retrovisores;
 - Ficha de abastecimento de combustível e Registro Individual de Viatura (RIV);
 - Estado, carga e fixação do extintor de incêndio;

- Guia da cidade;
- Relatórios de trabalho;
- Lanterna portátil;
- Sistema de rádio e comunicação;
- Estado e conservação de todos os cintos de segurança da viatura.

6. Verificar durante o deslocamento da viatura:

- Ruídos anormais;
- Eventuais peças soltas em geral;
- Estado dos freios;
- Funcionamento do rádio fixo e/ou *hand-talk*;

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA**

Nº. 03



REGRAS GERAIS DE CONDUÇÃO DE VEÍCULOS DE EMERGÊNCIA

4ª edição

AGOSTO/2014

Regras fundamentais de condução de veículos de emergência:

- A segurança da equipe e dos cidadãos é prioritária. Sempre.
- O condutor deve seguir as regras previstas no Código de Trânsito Brasileiro (CTB).

No. de passageiros na viatura: O número de passageiros permitido deve ser igual ao número de cintos de segurança disponíveis e em condições de uso, mais o paciente na maca, também com cinto. (CTB artigo 65)

Uso de dispositivos sonoros e de iluminação : devem ser utilizados somente em efetiva prestação de serviço de urgência (CTB artigo 29). Recomenda-se que, além dos sinais luminosos e das sirenes, se utilize o farol baixo, tanto durante o dia quanto à noite.

Velocidade permitida: O veículo de emergência não tem direito a ultrapassar a velocidade permitida pela via e pode sofrer sanções punitivas, mesmo se comprovada a efetiva prestação de serviços de urgência.

Privilégios do veículo de emergência no trânsito: O veículo de emergência têm o privilégio de solicitar passagem e ultrapassar sempre pela esquerda. Para isso, o condutor deve utilizar os recursos sonoros e de iluminação, incluindo os faróis, para alertar os outros condutores de sua aproximação e já posicionar a ambulância na faixa de rolamento à esquerda. O veículo de emergência não deve ser conduzido no espaço “entre faixas de rolamento”.

Exceções permitidas em situação de emergência:

- Ultrapassar o semáforo vermelho*;
- Andar na contra-mão*;
- Estacionar em local proibido*.

***Importante:** O veículo de emergência apenas poderá se utilizar desses recursos quando restritamente necessário e desde que estejam garantidas todas as condições de segurança para si mesmo e para os outros. Na ausência de garantias de segurança, o condutor deve considerar que a segurança da equipe e dos cidadãos é prioritária. Para elevar a segurança nas situações acima, o condutor deve:

- Solicitar apoio de policiais ou de agentes do trânsito presentes no local.

- Alternar o tipo de sirene;
- Projetar o veículo à frente em velocidade baixa e somente após garantir a segurança para o movimento.

Comportamento de segurança no trânsito:

- Evitar freadas e acelerações bruscas;
- Evitar mudanças desnecessárias de faixa de rolamento (evitar costurar);
- Não usar pisca-alerta em movimento;
- Utilizar velocidade compatível com o procedimento necessário ao paciente;
- Posicionar corretamente a viatura na cena de atendimento (ver protocolo de segurança de cena);
- Sinalizar adequadamente a viatura e a via quando parado (ver protocolo de segurança de cena).

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

Nº. 04

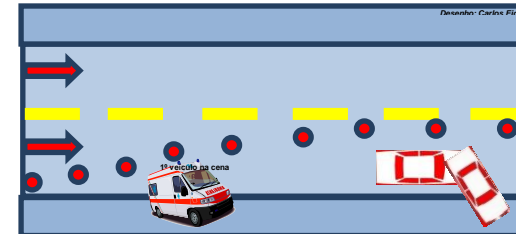


REGRAS GERAIS PARA ESTACIONAMENTO DE VEÍCULOS DE EMERGÊNCIA NA VIA PÚBLICA

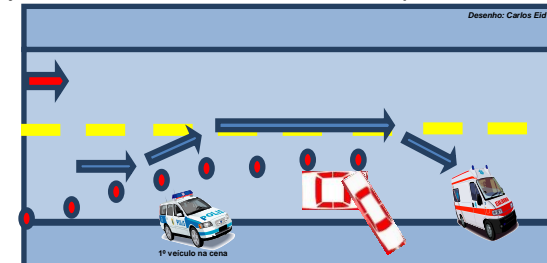
4ª edição

AGOSTO/2014

- Se o veículo for o primeiro a chegar na cena, estacionar antes do evento e sinalizar o local



- Se a cena já estiver sinalizada, estacionar após o evento:



- A ambulância deve ser parada no sentido da via, com os sinais luminosos ligados e a uma distância segura do evento;
- Para decidir pela distância segura observe a existência de vazamento de óleo, combustível, gases, fumaça, fogo, etc;
- A sinalização pode ser realizada com cones ou similares ;
- Se a equipe não tiver condições de efetivar a sinalização, deve solicitar à Central de Operações que acione apoio da CET;
- Estabeleça a distância para a primeira sinalização, usando a velocidade máxima permitida para a via como referência:

Tabela: Distância do acidente para início da sinalização

Tipo da via	Velocidade máxima permitida	Distância para início da sinalização (pista seca)	Distância para início da sinalização (chuva, neblina, fumaça, à noite)
Vias locais	40 km/h	40 passos longos	80 passos longos
Avenidas	60 km/h	60 passos longos	120 passos longos
Vias de fluxo rápido	80 km/h	80 passos longos	160 passos longos
Rodovias	100 km/h	100 passos longos	200 passos longos

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR Nº. 05
SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA



PROCEDIMENTOS INICIAIS EM CASO DE ACIDENTE COM A EQUIPE E AMBULÂNCIA DO SAMU

4ª edição

AGOSTO/2014

Informar a Central de Operações assim que possível sobre:

- Local;
- Existência de paciente s do acidente (na equipe ou outros veículos, etc);
- Existência de paciente s já em atendimento;
- Situação no local para avaliação das necessidades de apoio.

Obs: Cabe a Central de Operações tomar as decisões e acionar os recursos necessários para o atendimento a equipe acidentada.

• Se o acidente ocorrer durante o deslocamento para o chamado ou no retorno à base:

. No caso de acidente com paciente s, cabe a equipe providenciar se possível :

- Sinalização do local para garantia de segurança ou solicitar apoio para tal;
- Atendimento às paciente s conforme protocolo.

. No caso de acidente sem paciente s a equipe deve aguardar a decisão da Regulação médica sobre o prosseguimento.

• Se o acidente ocorrer durante o deslocamento para o hospital (com paciente na viatura):

. No caso de acidente com paciente s, cabe a equipe se possível providenciar:

- Sinalização do local para garantia de segurança;
- Nova avaliação do paciente (já embarcada) na viatura;
- Tranquilização de familiares e do paciente já embarcada;
- Atendimento às paciente s do acidente conforme protocolo.

. No caso de acidente sem paciente s aguarde a decisão da Regulação médica sobre o prosseguimento ou não para o hospital de destino.

ASPECTOS GERAIS DA AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DE CENA	
4ª edição	AGOSTO/2014

- A avaliação da cena deve ser a primeira prioridade para todos;
- Ela é uma identificação rápida dos diferentes fatores que estão relacionados com a ocorrência e a tomada de rápidas ações de controle de fatores que possam ameaçar a segurança da equipe, do paciente e dos circundantes;
- O profissional jamais deve tentar uma ação de salvamento a menos que seja treinado para tal;
- Em caso de risco o atendimento deve ser adiado até que a cena esteja segura.

Passos para avaliação da cena:

1. Qual é a situação? (estado atual)
2. Para onde pode ir? (potencial)
3. Como controlá-la?(operação e recursos)

Passo 1: Qual é a situação?

- Considerar informações passadas pela Central de Regulação, por outras equipes no local e/ou por testemunhas;
- À chegada na cena observar: situação geral, presença de outros serviços e presença de agente de risco (fogo, fumaça, animais, produto perigoso, inundação, instabilidade de estruturas, fios elétricos, acesso difícil, tráfego intenso, armamento, aglomeração de pessoas e risco de pânico em massa, fluidos corporais, no. de paciente s, etc);

Passo 2: Para onde a situação pode ir ?

- Considerar a evolução possível da situação nos próximos minutos e horas, por exemplo: explosão, intoxicação por fumaça, rompimento da estrutura, choque elétrico, violência interpessoal, vazamento de produtos, contaminação, vias intransitáveis, aumento do número de paciente s, etc.

Passo 3: Como controlar a situação?

- Considerar o acionamento de recursos de apoio e/ou especializados como : equipes adicionais do SAMU, Bombeiros, Polícia, CET, Sabesp, aeromédico, Eletropaulo, etc;
- Todos os acionamentos devem ser solicitados por meio da Central de Regulação Médica;
- Seguir regras gerais de estacionamento da viatura;
- Seguir as regras gerais de biossegurança;

Ações básicas de controle de riscos para a primeira equipe que chega na cena:

1. Diante de riscos óbvios, posicione-se em local seguro e próximo:
 - a. Se a rede elétrica foi envolvida, o local mais seguro e próximo para se posicionar é após os postes que ainda estiverem intactos.
 - b. Se há presença ou suspeita de materiais tóxicos inaláveis ou fumaça, leve em consideração a direção do vento e conseqüentemente da fumaça antes de se posicionar, o vento deve estar batendo às costas do profissional.
 - c. Se há fogo e fumaça na cena, além da direção do vento, considere uma distância de pelo menos 35m de distância para se posicionar com o vento batendo nas suas costas.
 - d. Se há escoamento de combustível posicione-se na direção contrária ao sentido do escoamento
2. Informar detalhes a Central de Regulação;
3. Delimitar zonas de segurança;
 - a. Se a cena é **segura**, iniciar o atendimento;
 - b. Se a cena é **insegura**, aguardar equipes especializadas na zona fria e considerar a montagem do posto médico.

REGRAS GERAIS DE BIOSSEGURANÇA	
4ª edição	AGOSTO/2014

Biossegurança: É conjunto de normas e procedimentos considerados seguros e adequados à manutenção da saúde em atividades com risco de se contrair doenças profissionais.

Durante o Atendimento:

- Avaliar a segurança da cena conforme Protocolo. Se necessário, solicite apoio à Central de Operações;
- Utilizar as precauções-padrão básicas como dispositivos de barreira (equipamentos de proteção individual-EPI) e práticas seguras;
- EPI obrigatórios:
 - uniforme completo com calçado apropriado;
 - luvas de procedimento;
 - óculos de proteção;
 - máscara;
- Práticas seguras:
 - Manter unhas curtas e limpas e caso se aplique, manter os cabelos presos;
 - não utilizar adornos em excesso de número e de tamanho (correntes, pulseiras, anéis e brincos).
Obs: Brincos do tipo argola não são permitidos. Prefira o uso apenas de relógio;
 - Desprezar materiais perfuro-cortantes no coletor apropriado da ambulância;
Obs: Veja outros aspectos no Protocolo de Segurança do paciente
- Em caso de ocorrência de respingos biológicos acidentais lavar imediatamente o local com sabão e água corrente ou soro fisiológico;
- Em caso de acidente de trabalho durante o atendimento veja Protocolo específico.

Após o atendimento:

- Recolha todo o lixo produzido no atendimento (luvas, gazes, etc) para ser descartado na lixeira da ambulância;
- Despreze as luvas e todo o material (lixo) de consumo não- cortante utilizado no atendimento (envólucros, lençóis descartáveis, gazes, luvas etc) no coletor de lixo hospitalar adequado (saco branco leitoso);

- Lavar cuidadosamente as mãos e antebraços, com água e sabão e secar;
- Na impossibilidade de lavar as mãos, utilizar álcool gel;
- Trocar o uniforme, caso o mesmo esteja úmido/sujo por fluídos corporais do paciente ;
- Proceder a limpeza e desinfecção concorrente da ambulância (principalmente das superfícies tocadas) e de materiais e equipamentos utilizados;
- Quando cheios, descartar o saco de lixo branco leitoso da ambulância (de material médico-hospitalar) e o coletor de perfuro-cortantes no hospitais de destino e em local apropriado, de onde serão devidamente descartados.

Obs: Jamais descarte esses itens em lixo comum.

ATENDIMENTO AO PACIENTE PORTADOR DE NECESSIDADE ESPECIAL

4ª edição

AGOSTO/2014

Regras gerais da abordagem de pacientes portadoras de necessidades especiais:

- Identificar-se;
- Ser paciente;
- Transmitir segurança;
- Solicitar a presença de familiar ou responsável durante o atendimento;
- Explicar à paciente e aos familiares todos os procedimentos que serão realizados;
- Usar palavras simples e de fácil compreensão;
- Repetir as informações quantas vezes forem necessárias.

1. PACIENTE COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA:

- Falar pausadamente e olhando diretamente para os olhos do paciente para que ela possa usar a leitura labial;
- Utilizar a escrita, se necessário.

2. PACIENTE COM DEFICIÊNCIA VISUAL

- Descrever os procedimentos realizados
- Manter contato físico constante (com os braços do paciente)

3. PACIENTE COM DÉFICIT DE DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL

- Manter comunicação constante
- Dar tempo para que o paciente responda suas perguntas

4. PACIENTE IDOSA

- Tratar com respeito
- Respeitar suas limitações, angústias, medos e pudor

5. PACIENTE PEDIÁTRICA

- Permitir que os pais acompanhem a criança
- Permitir que a criança leve um objeto de estimação para sentir-se mais segura

6. PACIENTE SEM RESIDÊNCIA FIXA (Sem teto)

- Permitir que leve seus pertences mínimos de acordo com a disponibilidade de espaço na AM desde que não comprometa o atendimento à mesma e não coloque a equipe em situação de risco ou exposição à contaminação.

ATENDIMENTO A PACIENTE MENOR DE 18 ANOS (DESACOMPANHADA) OU PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE DECIDIR

4ª edição

AGOSTO/2014

Considera-se paciente sem condições de decidir aquela que é encontrada sozinha, inconsciente, alcoolizada, intoxicada por drogas ou é portadora de deficiência mental, dentre outras.

- Seguir as regras gerais da abordagem de pacientes portadoras de necessidades especiais (Protocolo 08);
- Assim que possível, comunicar-se com a Regulação Médica sobre o atendimento;
- Solicitar que vizinhos ou conhecidos acompanhem o paciente até o hospital, registrando nome, endereço e telefone;
- Na ausência de acompanhante, informar os vizinhos ou circundantes sobre o hospital de destino e solicitar que, se possível, comuniquem aos familiares do paciente ;
- Todos os dados obtidos e orientações dadas devem ser anotados na ficha de atendimento;
- Em caso de ausência de acompanhante, o médico do hospital de destino deve ser informado para avaliação da necessidade de acionamento do serviço social do hospital para:
 - Acionamento do Conselho Tutelar para menores de 18 anos;
 - Localização de familiares no caso de pacientes sem condições de decidir.

**ATENDIMENTO A PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE DECIDIR E
ACOMPANHADA DE MENOR DE 18 ANOS OU DE PESSOA QUE
REQUER AMPARO OU AUXÍLIO**

4ª edição | AGOSTO/2014

Considera-se:

- **Paciente sem condições de decidir:** aquela que é encontrada inconsciente, alcoolizada ou intoxicada por drogas, dentre outras circunstâncias;
- **Pessoa que requer amparo ou auxílio:** idoso acamado ou dependente e portadores de deficiência mental, dentre outros.
- Seguir as regras gerais da abordagem de paciente s portadoras de necessidades especiais (Protocolo 08);
- Assim que possível, comunicar-se com a Regulação Médica sobre o atendimento à paciente sem condições de decidir e acompanhada de menor ou de pessoa que requer auxílio;
- Se possível, solicitar que vizinhos ou conhecidos responsabilizem-se pelo menor de 18 anos ou pela pessoa que requer auxílio, registrando na ficha o nome completo e o endereço desse responsável;
- Caso não seja possível atender ao item anterior, acionar a Regulação Médica para a tomada de decisão;
- Caso a decisão seja por conduzir a pessoa juntamente com o paciente , informar os vizinhos ou circundantes sobre o hospital de destino para o qual será encaminhada o paciente e solicitar que se possível, comuniquem a outros familiares;
- No hospital, após passagem do caso para o médico assistente, solicitar auxílio do serviço social local para passagem do caso acerca do acompanhante, registrando o nome e cargo do funcionário que assumir a responsabilidade da guarda;
- Caso não seja possível atender ao item anterior, solicitar ao enfermeiro de plantão que se responsabilize pelo acompanhante, registrando o nome e cargo do funcionário que assumir tal responsabilidade;
- Caso nenhum responsável pelo menor de 18 anos compareça à unidade caberá ao serviço social do hospital acionar o Conselho Tutelar.

**ATENDIMENTO À PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE DECIDIR E
ACOMPANHADA DE ANIMAIS (CÃO-GUIA OU OUTRO)**

4ª edição | AGOSTO/2014

Considera-se:

- **Paciente sem condições de decidir:** aquela que é encontrada inconsciente, alcoolizada ou intoxicada por drogas, dentre outras circunstâncias;
- Seguir as regras gerais da abordagem de paciente s portadoras de necessidades especiais (Protocolo 08);
- Atenção para animais agressivos que possam oferecer risco à equipe;
- Em acidentes envolvendo animais e seus donos, o animal não deve ser abandonado. Nesses casos, solicitar auxílio para que alguém cuide do animal e anotar os dados do responsável (familiares, vizinhos e acompanhantes, etc);
- Em caso de cão-guia acompanhante de pessoas com deficiência visual:
 - Deve-se considerar que o cão-guia é um animal altamente treinado e que a equipe deve se esforçar para manter o paciente e o animal reunidos até a chegada ao destino;
 - O animal deverá acompanhar o paciente na ambulância a menos que sua presença na viatura dificulte a execução de procedimentos ou traga riscos para a segurança da equipe ou para os equipamentos;
 - Pode-se considerar meios de transporte alternativos para o animal, como no caso da presença de equipes da polícia, CET, bombeiros ou outras instituições que possam transportar o animal até o destino do paciente;
 - Documentar na ficha de atendimento todos os detalhes envolvendo esse tipo de animal.
- Informar a Regulação Médica sobre a presença do animal e os dados de quem ficou com o mesmo.

ABORDAGEM DO PACIENTE QUE RECUSA ATENDIMENTO E/OU ENCAMINHAMENTO PARA O HOSPITAL	
---	--

4ª edição	AGOSTO/2014
------------------	--------------------

- Seguir as regras gerais da abordagem de paciente s portadoras de necessidades especiais (Protocolo 08);
- Insistir no esclarecimento sobre a importância do atendimento e/ou encaminhamento para o hospital;
- Se possível, realizar a avaliação primária e secundária para a obtenção de dados que permitam avaliar o risco;
- Identificar e anotar situações que indiquem que o paciente se encontra prejudicada em sua capacidade de decisão, tais como: alterações do nível de consciência, intoxicação etílica ou por drogas, alterações de comportamento;
- Na persistência da recusa, informar o Médico Regulador sobre a situação e as condições do paciente e aguardar orientações;
- Relatar detalhadamente a ocorrência na ficha de atendimento incluindo as orientações dadas e solicitar à paciente e a uma testemunha que assinem a “Declaração de Recusa de Atendimento”;
- Caso não seja possível atender ao item anterior, utilizar como testemunha seus companheiros de plantão. Lembre-se que a assinatura da próprio paciente e/ou de testemunhas tem maior respaldo legal.

RECEBIMENTO DE ORDENS DE AUTORIDADES POLICIAIS OU OUTRAS AUTORIDADES NA CENA	
---	--

4ª edição	AGOSTO/2014
------------------	--------------------

Determinações ou ordens emanadas de bombeiros, policiais ou outras autoridades presentes ao local da ocorrência, caracterizam o recebimento de ordens por autoridades.

Ordens pertinentes às estabelecidas nas rotinas operacionais ou aos protocolos assistenciais do SAMU 192:

- Acatar as determinações somente se as ordens não forem contrárias ao Protocolo vigente e estiverem voltadas à manutenção da segurança da equipe e/ou do paciente.
- Registrar detalhadamente as intercorrências e decisões na ficha de atendimento.

Ordens contrárias às estabelecidas nas rotinas operacionais ou protocolos assistenciais do SAMU 192:

- Esclarecer a autoridade que as ordens ferem os regulamentos do SAMU 192;
- Informar à Regulação Médica e aguardar as orientações sobre como proceder;
OBS: Somente o Médico Regulador poderá autorizar a realização de procedimentos não protocolares
- Registrar detalhadamente as intercorrências e decisões na ficha de atendimento.

ATENDIMENTO À VITIMA NA PRESENÇA DE MÉDICOS E ENFERMEIROS ESTRANHOS AO SERVIÇO	
---	--

4ª edição	AGOSTO/2014
-----------	-------------

A presença de médicos ou enfermeiros no local da ocorrência, que não sejam plantonistas do SAMU 192 e que se prontifiquem a prestar atendimento à paciente e caracteriza a intervenção externa.

No caso de intervenção externa de profissionais médicos (especialmente se o médico do SAMU não estiver presente na cena):

- Comunicar a Regulação Médica;
- Na dúvida solicitar a apresentação de documento comprobatório;
- Possibilitar contato via rádio do médico externo, com a regulação para a troca de informações relativas à situação do paciente ;
- Aguardar orientação da regulação médica para seguir com a as orientações do médico externo;
- Registrar detalhadamente os fatos na Ficha de Atendimento:
 - anotar nome e CRM do profissional;
 - solicitar ao profissional que registre sua intervenção no campo apropriado e assine a ficha se possível com carimbo.

OBS: Qualquer dúvida quanto à conduta tomada pelo médico que está assistindo o paciente no local deve ser informada ao Médico Regulador, para que faça contato com o médico do local.

No caso de intervenção externa de profissionais enfermeiros:

- Comunicar a Regulação Médica;
- Na dúvida solicitar a apresentação de documento comprobatório;
- Orientar o profissional nas ações que podem ser realizadas por ele;
- Registrar detalhadamente os fatos na Ficha de Atendimento e anotar nome e registro do profissional.

NORMAS GERAIS DE ABORDAGEM EM OCORRÊNCIAS COM INDÍCIOS DE CRIME	
--	--

4ª edição	AGOSTO/2014
-----------	-------------

Objetivos: Este Protocolo tem por objetivo descrever condutas assertivas para as equipes, com a finalidade de preservar evidências periciais, sem comprometer o atendimento à paciente .

1. Observar indícios de ocorrência criminal nas seguintes situações:
 - Acidentes (trânsito, queda, incêndios, etc);
 - Agressões interpessoais ou autoagressão (FAB, FPAF, intoxicação, múltiplas lesões por objetos contundentes, queimaduras extensas, abortamentos sem causa justificável aparente, etc.);
 - Parada cardiorrespiratória em paciente s sem acompanhante e/ou sem informações adicionais;
 - História incompatível com as lesões encontradas e/ou com a situação da cena;
 - Acionamento em apoio a ações policiais.
2. Nos casos acima, certifique-se de que foi solicitado apoio da Polícia Militar por intermédio da Central de Operações e colha o máximo possível de informações ainda durante o deslocamento até a cena;
3. A segurança da equipe deve ser prioritária:
 - Se a cena estiver segura, iniciar a abordagem do paciente ;
 - Se a cena for insegura, afastar-se e comunicar-se com a Central de Operações para as medidas necessárias de acionamento dos recursos especializados (policimento, bombeiros, etc), observando e anotando pessoas que adentrem o local bem como eventos que ocorrerem na cena enquanto aguarda o apoio (sempre em lugar seguro e afastado com margem de segurança).
4. A cena não deve ser alterada, a menos que seja absolutamente necessário, para as ações de socorro à paciente , como por exemplo:
 - Necessidade de RCP;
 - Risco para a(s) paciente (s);
 - Risco para a equipe;
 - Risco para outras pessoas ou risco de novos acidentes;
 - Impossibilidade física de acesso à(s) paciente (s);
 - Impossibilidade de outra forma de atendimento.

5. Regras gerais para abordagem de cenas com indícios de crime:

Em relação à paciente :

- Somente movimentar o paciente se for necessário para avaliação e procedimentos;
- Após ter movimentado o paciente e constatado óbito, jamais tentar retorná-la à posição inicial, mas apenas descrever na ficha a posição em que ela foi encontrada;
- Se necessário, retirar as vestes do paciente ;
- Agrupar e colocar em saco plástico todos os objetos e roupas retirados do paciente e entregar ao policial;
- Estar atento a todas as informações fornecidas pelo paciente durante o atendimento e transporte, anotando-as e transmitindo-as ao policial.

Em relação à cena:

- Informar ao policiamento se foi necessário:
 - Movimentar mesas, cadeiras ou outros móveis para acessar o paciente ou executar procedimentos, descrevendo sua posição inicial;
 - Acender luzes na cena;
 - Tocar em algum objeto sem luvas;
- Recolher da cena todo o material médico-hospitalar utilizado no atendimento, como luvas, invólucros, gazes e outros resíduos, dando a eles o destino protocolar;
- Não limpar nem retirar ou recolher objetos ou sujidades que já se encontravam no local;
- Não circular muito na cena, procurando evitar apagar marcas de sapatos, pneus e outras;
- Evitar pisar em poças de sangue;
- Não tocar em objetos da cena com as luvas sujas com sangue;
- Não mexer em objetos na cena, exceto se colocarem a segurança da equipe em risco (exemplo: arma muito próxima ou vidros quebrados).

Em relação ao tipo de lesão:

- Em caso de ferimento penetrante, durante a retirada de vestes e exposição do paciente , preservar a área perfurada da veste, não fazendo cortes no local da perfuração;
- Em caso de enforcamento, se não houver sinais de morte óbvia, movimentar o paciente para permitir o seu atendimento, preservando o instrumento utilizado na ação, incluindo o nó, quando presente.

Diante da presença de armas de fogo ou armas brancas na cena:

- Não tocar, a menos que haja risco para a equipe como, por exemplo, a possibilidade de acionamento inadvertido ou utilização por outra pessoa na cena;

- Se houver risco, afastar a arma, manuseando-a apenas pelo cabo e com as mãos enluvadas, colocando-a em um lugar que seja seguro para a equipe e para terceiros;
- JAMAIS tentar manipular uma arma de fogo, visando desarmá-la, destravá-la ou desmuniá-la;
- Evitar tocar, manusear ou limpar as mãos do paciente ;
- Informar ao policial se foi necessário remover a arma de lugar, descrevendo a dinâmica desse deslocamento.

Na presença de sinais de morte óbvia:

- Não tocar ou movimentar o paciente ;
- Sair da cena exatamente pelo mesmo local em que entrou, procurando não alterar os vestígios da cena;
- Não permitir a entrada de outras pessoas na cena até a chegada do policiamento.

Ter preocupação redobrada com as anotações na ficha de atendimento:

- Anotar todos os horários com exatidão;
- Anotar nomes e instituições presentes na cena, incluindo prefixos de viaturas;
- Descrever com exatidão a posição em que o paciente foi encontrada e se foi necessário movimentá-la, informando a razão da movimentação;
- Descrever com exatidão as lesões provocadas pela equipe no corpo do paciente em função da necessidade de atendimento. Exemplos: punção para acesso venoso (detalhar locais e número de punções); punção por agulhas para bloqueios anestésicos; suspeita de fratura do esterno e/ou costelas devido à realização de RCP; cricotireoidostomia (por punção ou cirúrgica);
- Anotar o nome do policial para o qual foram passadas as informações sobre o atendimento e/ou foram entregues as vestes e/ou objetos, ou passadas informações dadas pelo paciente , dentre outros detalhes de interesse no caso.

Observação:

Este Protocolo foi elaborado em conjunto com representantes voluntários da Academia de Polícia Civil do Estado de São Paulo. Nossos especiais agradecimentos aos delegados Dr. Luiz Maurício Souza Blazeck e Dra. Carla Priscila Del Nero e aos médicos Dr. Nelson Bruni Cabral de Freitas e Dr. Roberto Luiz de Almeida Andreoli.

CUIDADOS COM PERTENCES DE PACIENTES	
--	--

4ª edição	AGOSTO/2014
-----------	-------------

Paciente s desacompanhadas

1. Todos os pertences pessoais de pequeno porte (bolsa, mochila, carteira, celular, etc) devem ser transportados junto com o paciente ;
2. Na presença de pertences de aparente valor, fazer o arrolamento e o registro na ficha de atendimento de todos os itens;
3. Se o paciente puder compreender, explicar todos os procedimentos que serão realizados;
4. Os pertences devem ser entregues ao profissional que recebe o paciente no hospital de destino, registrando-se nome do responsável pelo recebimento na ficha de atendimento. Se possível colher a assinatura do receptor;
5. Se necessário, pode-se fazer o arrolamento e o registro em uma folha à parte, que deve ser anexada à ficha de atendimento;
6. Estar atento para devolver ao paciente o documento utilizado na identificação e/ou para o registro no hospital de destino;
7. Para minimizar atrasos na cena, o arrolamento e o registro podem ser realizados no hospital de destino após a passagem do caso.

Paciente s acompanhadas

1. Incentivar a presença de um acompanhante durante todo o atendimento (até o hospital);
2. Entregar os pertences pessoais de pequeno porte ao acompanhante e registrar o nome do receptor na ficha de atendimento;
3. Se o paciente puder compreender, explicar o procedimento que está sendo realizado;
4. Na presença de pertences de aparente valor, fazer o arrolamento e o registro na ficha de atendimento de todos os itens e registrar a entrega ao receptor, colhendo a assinatura do mesmo;
5. Se necessário, pode-se fazer o arrolamento e o registro em uma folha à parte, que deve ser anexada à ficha de atendimento;
6. Estar atento para devolver ao paciente e/ou acompanhante o documento utilizado na identificação e/ou para o registro no hospital de destino;
7. Para minimizar atrasos na cena, o arrolamento e o registro podem ser realizados no hospital de destino após a passagem do caso.

DISPENSA DE PACIENTES NA CENA	
--------------------------------------	--

4ª edição	AGOSTO/2014
-----------	-------------

A liberação de paciente no local da ocorrência, na ausência de médico intervencionista na cena é de competência da regulação médica. Diante dessa possibilidade o enfermeiro deve:

- Executar a avaliação primária e secundária;
- Informar a regulação médica sobre a situação e as condições do paciente ;
- Aguardar orientações da regulação médica;
- Registrar os fatos na Ficha de Atendimento.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Regras gerais para abordagem de eventos envolvendo:

- **Atendimentos em vias públicas**
- **Presença da imprensa na cena**
- **Presença de tumulto ou agitação social**

4ª edição

AGOSTO/2014

ATENDIMENTO EM VIAS PÚBLICAS:

- Observar as regras gerais de avaliação da segurança da cena;
- Atuar sempre com discrição;
- Não expor o paciente à observação pública (atenção para retirada de roupas da mesma);
- Na presença de policiamento na cena, solicitar o isolamento da área, caso julgar necessário;
- Terminar os procedimentos dentro da ambulância, com as portas fechadas, sempre que possível.

PRESENÇA DA IMPRENSA NA CENA:

- Observar as regras gerais de avaliação da segurança da cena;
- Atuar sempre com discrição e com urbanidade com os colegas;
- Tratar os profissionais da imprensa com urbanidade e educação, deixando claro seu papel;
- Não se preocupar em impedir a filmagem. Cumprir com seu papel no atendimento à paciente ;
- Preocupar-se em seguir a risca os protocolos;
- Não expor o paciente , respeitando sua privacidade:
 - Não fornecer dados pessoais, informações sobre o quadro ou sobre o caso;
 - Atenção para a retirada de roupas do paciente ;
 - Não facilitar a tomada de imagens, prejudicando o atendimento;
- Na presença de policiamento na cena, solicitar o isolamento da área de atendimento, caso julgar necessário, diante de cena de risco ou de cena com dificuldades para a realização de procedimentos;
- Terminar os procedimentos dentro da ambulância, com as portas fechadas, sempre que possível;
- Recomenda-se que não sejam concedidas entrevistas, exceto em casos previamente acordados com a Assessoria de Comunicação e Imprensa (ACI) da Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

OBS: este protocolo foi avaliado e aprovado pela Assessoria de Imprensa da SMS, na pessoa de Acácia Maria Paes Urso, em junho/2012.

PRESENÇA DE TUMULTO OU AGITAÇÃO SOCIAL COM RISCO PARA A EQUIPE:

- Comunicar a regulação médica sobre a situação e a necessidade de apoio;
- Observar as regras gerais de avaliação da segurança da cena;
- Na presença do policiamento na cena, considerar as orientações sobre manutenção de distâncias seguras, aproximação e estacionamento da viatura;
- A equipe deve permanecer reunida na área segura determinada pelo policiamento; não circular pela cena;
- Normalmente, nestas situações, as paciente s serão trazidas até a ambulância;
- Manter total atenção, pois situações como esta são muito dinâmicas e podem mudar com facilidade;
- Não manifestar opiniões sobre os fatos do conflito. Manter discrição.

REGRAS GERAIS PARA ABORDAGEM DE EVENTOS ENVOLVENDO TRANSPORTE AEROMÉDICO	
---	--

4ª edição

AGOSTO/2014

Indicações para utilização de aeronaves de asa rotativa (helicóptero):

- APH primário e em apoio de SAV a equipes de terra no atendimento a pacientes graves;
- Transporte rápido de pacientes estabilizados, como nos casos de:
 - Grande distância do hospital de destino mais adequado;
 - Condições críticas de trânsito por terra (congestionamentos, alagamentos, interdição de vias, etc);
 - Incidentes envolvendo múltiplas paciente s (apoio na evacuação);
 - Situações de valência social significativa;
- Transferências de hospitais periféricos para centrais (APH secundário);
- Transporte de órgãos (transplantes), equipes e equipamentos;
- Acesso e evacuação em locais de difícil abordagem (ações de salvamento e resgate).

Acionamento de helicóptero por equipes do SAMU:

- Diante da indicação de uso do recurso aeromédico, a equipe do SAMU que está na cena deve solicitar o auxílio da Regulação Médica;
- Diante da confirmação da indicação do recurso aeromédico, cabe ao médico regulador do SAMU:
 - entrar em contato com o Corpo de Bombeiros para solicitar o recurso e decidir sobre o hospital de destino do paciente;
 - entrar em contato com o hospital de destino para informar a chegada do paciente;
 - informar à equipe solicitante sobre o tempo de chegada do recurso aeromédico.
- Se o acionamento de recurso aeromédico for efetuado diretamente por equipes do Corpo de Bombeiros e da Polícia Militar, cabe à equipe do SAMU informar o médico regulador do SAMU sobre o acionamento.

Características básicas de um local de pouso:

- Heliponto ou heliporto;
- Área ampla (50 m²) e plana, sem obstáculos suspensos (fios elétricos e árvores) e solo firme;
- Próximo à cena e distante o suficiente para evitar que o vento gerado cause danos.

Regras operacionais e de segurança para aproximação e embarque de paciente s no helicóptero:

A equipe em terra deve:

- Ficar em local visível para permitir a localização pela equipe aeromédica;
 - Permitir a avaliação e o preparo do paciente pela equipe aeromédica;
 - Aproximar-se da aeronave apenas após a autorização da equipe aeromédica, mantendo-se no campo visual do piloto (pela frente);
 - Auxiliar no transporte do paciente até a aeronave, se necessário com deslocamento com a ambulância, dependendo da distância do ponto de pouso da aeronave;
 - No caso de deslocamento com a ambulância até a aeronave, atentar para a manutenção de uma distância segura de parada;
 - Realizar a aproximação pela dianteira ou pela lateral da aeronave, dentro do campo visual do piloto e jamais por trás, sob risco de acidentes com o rotor de cauda;
 - Aproximar-se sempre andando (jamais correndo) e com o tronco ligeiramente encurvado a frente;
 - Aproximar-se sempre no mesmo plano e não de plano superior;
 - Fixar todos os objetos que possam voar como:
 - lençóis descartáveis e cobertores laminados;
 - equipamentos de soro;
 - bonés e adereços;
- OBS: Cabelos longos e soltos também podem provocar acidentes.
- Garantir realização de procedimentos invasivos e imobilizações ainda em terra;
 - Sempre solicitar ao policiamento que mantenha observadores à distância;
 - Passar as informações do caso para a equipe aeromédica;
 - Colher e anotar dados de identificação da equipe e do hospital de destino;
 - Comunicar dados do hospital de destino e outras intercorrências à Central de Operações.

SEGURANÇA DO PACIENTE	
4ª edição	AGOSTO/2014

A inclusão dos protocolos de segurança do paciente atendem ao movimento global em busca da qualidade nos serviços de saúde e tem por finalidade enfatizar a importância de práticas cotidianas na minimização de erros e, conseqüentemente, na segurança do cuidado prestado.

Os passos iniciais para a segurança do paciente propostas pela REBRAENSP (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente) e aplicáveis ao APH são:

- **Identificação de paciente**
- **Cuidado limpo e seguro**
- **Procedimentos seguros**
- **Paciente envolvido com a segurança**
- **Comunicação efetiva**
- **Prevenção de queda**
- **Segurança na utilização de tecnologias**

Identificação de paciente: Práticas cotidianas na minimização de erros

- Na ficha de atendimento, identificar o nome do paciente por completo e em letra legível;
- Confirmar identificação por meio de documentos e anotar o tipo de documento e seu número;
- Encorajar a presença de familiares durante o atendimento e o transporte;
- Encorajar o paciente ou familiar a transportar pelo menos 1 documento pessoal durante o APH e o encaminhamento para o hospital;
- Em caso de atendimento pediátrico, além do nome da criança, anotar também o nome da mãe e seguir o protocolo específico;
- Paro paciente s desacompanhadas e com identidade desconhecida, inconscientes ou confusas, assim que possível:
 - Fazer busca ativa por documentos nos bolsos ou mochilas;
 - Na ausência de documentos fazer, descrição detalhada de características e das vestes na ficha de atendimento;
 - Preocupar-se em anotar com exatidão o local/endereço onde o paciente se encontrava à chegada da equipe;
 - Seguir o protocolo específico.

Cuidado limpo e seguro: Práticas cotidianas na minimização de erros

- Seguir rigorosamente o protocolo de biossegurança e o de limpeza de viatura;
- Executar a higienização das mãos por meio da lavagem ou de álcool gel antes e depois do contato com o paciente, após contato com material biológico e sempre que visivelmente sujas.

Procedimentos seguros: Práticas cotidianas na minimização de erros

- Realizar a checagem dos materiais e equipamentos diariamente conforme protocolo e registrar;
- Atentar para armazenamento correto, prazos de validade e integridade de invólucros;
- Confirmar a necessidade e a gravação da autorização para realização de procedimentos, principalmente os relativos ao Código E;
- Na punção venosa:
 - Seguir rigorosamente a técnica;
 - Realizar a antisepsia com gaze embebida em álcool e com movimentos circulares do centro para fora do local da punção;
 - Anotar na ficha: local, profissional responsável, material utilizado na punção, número de tentativas efetivadas e intercorrências no procedimento;
- Na administração de medicamentos ou soluções IV:
 - Antes da administração, avaliar a permeabilidade do cateter intravenoso e a ausência de complicações como infiltrações;
 - Após a administração, manter atenção para a ocorrência de eventos adversos;
 - Anotar na ficha: medicação ou solução administrada, dose ou volume, horário da administração, profissional responsável e intercorrências no procedimento;
- Realizar a desinfecção de conexões e injetores laterais com álcool e gaze antes de utilizá-los, fazendo movimentos circulares por 3 vezes;
- Anotar na ficha local e hora da realização de procedimentos invasivos;
- Registrar toda e qualquer intercorrência ou efeito adverso no uso de dispositivos e medicações.

Paciente envolvido com a segurança: Práticas cotidianas na minimização de erros

- Estimular o paciente ou responsável a participar das decisões dos cuidados e a fazer perguntas;
- Estimular o fortalecimento do vínculo do paciente e família com a equipe. Para isso:
 - Seguir sempre as regras de conduta pessoal (Protocolo 01);
 - Informar sobre todos os procedimentos que serão realizados, potenciais benefícios e riscos;

- Utilizar linguagem apropriada e confirmar se a informação passada foi compreendida, repetindo-a se necessário;
- Abrir espaço para a apresentação de dúvidas e respeitar pausas silenciosas;
- Avaliar dificuldades de comunicação (barreiras de linguagem, fatores sociais e de personalidade) e, se necessário, solicitar a presença de outra pessoa;
- Manter atenção a pacientes que se enquadrem dentro dos protocolos de situações especiais, como: pacientes pediátricos, psiquiátricos, inconscientes ou outros sem condições de decidir. Seguir os protocolos previstos para esses casos.

Comunicação efetiva: Práticas cotidianas na minimização de erros

- Manter comunicação ativa com seus colegas de equipe informando em voz alta todos os achados do exame primário e secundário, além de confirmar procedimentos ordenados e efetuados;
- Na passagem do caso no hospital de destino, executar a passagem de dados na seguinte sequência:
 - Identificação do paciente e presença de familiar;
 - Achados e procedimentos na avaliação primária;
 - Achados da avaliação secundária incluindo entrevista AMPLA e exame físico;
 - Outros procedimentos efetivados;
- Anotar na ficha o nome do profissional para o qual foi realizada a passagem do caso e o horário;
- Na ficha de atendimento:
 - Utilizar letra legível, sem rasuras e respeitar o espaço dos diferentes campos, tanto na via original quanto na carbonada;
 - Não deixar campos em branco;
 - Preencher os dados relativos à equipe de atendimento (identificação da equipe);
 - Utilizar abreviaturas e siglas padronizadas;
 - Utilizar registro completo e objetivo e JAMAIS repetir dados;
 - Deixar a via carbonada no hospital de destino;
- Lembrar-se que casos mais graves e complexos favorecem a ocorrência de erros de omissão ou de distorção de comunicação entre os profissionais e comprometem a segurança do paciente;
- SEMPRE confirmar a necessidade e a gravação da autorização para a realização de procedimentos, principalmente os relativos ao Código E.

Prevenção de Queda: Práticas cotidianas na minimização de erros

- Atentar para os fatores de risco para queda:
 - Idade <5 ou >65 anos;
 - Presença de agitação e/ou confusão mental e *deficits* sensoriais;
 - Uso de sedativos;

- Visão reduzida;
- Dificuldades de marcha;
- Mobiliário e acessos: berço, camas, escadas, tapetes, macas, etc.
- Riscos ambientais: iluminação inadequada, pisos escorregadios, superfícies irregulares;
- Calçados, vestuário, bengalas ou andadores não apropriados;
- Transporte em prancha longa e/ou maca sem utilização de cintos de segurança ou sem as grades de proteção elevadas;
- Anotar na ficha se há risco para queda (fatores de risco);
- Auxiliar nos deslocamentos sempre que necessário;
- Considerar a necessidade de contenção física em caso de agitação ou confusão mental e seguir os protocolos pertinentes;
- Registrar os casos de queda que acontecerem na fase de APH.

Segurança na utilização de tecnologias: Práticas cotidianas na minimização de erros

- Realizar a checagem diária dos equipamentos da ambulância e avaliar se o equipamento tem condições de uso:
 - funcionamento (incluindo alarmes);
 - limpeza;
 - bateria;
 - fixação na viatura e condições gerais;
- Simular o uso do equipamento durante a checagem diária;
- Efetuar a limpeza programada conforme orientações do fabricante;
- Consultar o Manual do fabricante ou o manual simplificado que é mantido na base;
- Informar à chefia qualquer anormalidade assim que for detectada e anotar no livro-relatório próprio;
- Certificar-se de que possui habilidade e conhecimento técnico para o manuseio dos equipamentos disponíveis na viatura, com segurança.

SISTEMATIZAÇÃO DA PASSAGEM DO CASO PARA A REGULAÇÃO MÉDICA	
---	--

4ª edição	AGOSTO/2014
-----------	-------------

Ao final dos procedimentos de avaliação primária e secundária e da execução do Protocolo de SBV para cada caso, a equipe de SIV deve passar detalhes do quadro e do atendimento à Regulação Médica para a tomada de decisão sobre procedimentos adicionais e encaminhamento.

- Informar à Regulação Médica:
 - Idade, sexo
 - Motivo do chamado
 - Relato do que foi encontrado na cena incluindo a queixa atual (motivo do chamado)
 - Resultado da avaliação primária detalhando os procedimentos realizados
 - Resultado da avaliação secundária com ênfase para :
 - Sinais vitais
 - Escala de Coma de Glasgow
 - Oximetria
 - RTS (se indicado)
 - Cincinnati
 - Achados específicos do exame físico por segmentos corporais

LIMPEZA CONCORRENTE DA AMBULÂNCIA: FÁCIL 41	
--	--

4ª edição	AGOSTO/2014
-----------	-------------

Na ausência do Produto seguir protocolo 25 e 26.

Definição: Limpeza efetuada a cada início de plantão ou após os atendimentos. Prevê a limpeza da parte interna, mobiliário e equipamentos da ambulância. Proceder da seguinte forma:

1. Comunicar a Central de Regulação antes de iniciar a limpeza concorrente, apesar de continuar em QAP.
2. Usar EPI apropriado para a tarefa a ser executada (luvas de borracha, máscara, avental e óculos).
3. Proceder a diluição do produto padronizado no serviço (Biguanida):
 - girar a tampa ¼ de volta para abrir o sistema;
 - conectar as mangueiras no frasco e na torneira;
 - abrir a torneira e preparar a quantidade desejada de solução direto no borrifador a ser usado no procedimento.
4. Reunir os materiais e produtos necessários para executar a limpeza:
 - 3 panos de limpeza (para mobiliário, parede e piso separadamente).
 - borrifador com o produto já pronto para o uso.
5. Observar a sequência:
 - Iniciar pela dianteira do salão em direção à porta traseira e sempre limpar do teto em direção ao chão;
 - Deixar o piso para o final.
 - Proceder a limpeza da maca fora da AM.
6. Iniciar a limpeza aplicando a solução com jatos de spray e deixar o produto em contato com mobiliário, parede e piso por 10 minutos.
7. Em seguida proceder a secagem com pano limpo e seco com leve fricção.
8. Colocar novo lençol descartável na maca ao final da limpeza.

OBSERVAÇÕES:

- ✓ Realizar sempre a limpeza concorrente da maca e do colchonete, após cada atendimento. A limpeza concorrente não implica em suspensão da prontidão (QAP).
- ✓ Nas telas de cristal líquido dos aparelhos (desfibrilador, ventilador, etc) não borrifar o produto diretamente. Borrifar no pano e depois passar no aparelho, evitando assim manchar a tela com o passar do tempo.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR Nº. 23 SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA



LIMPEZA TERMINAL DA AMBULÂNCIA: FÁCIL 41

4ª edição

AGOSTO/2014

Definição: Limpeza efetuada por toda a equipe a cada 5 dias conforme escala, e/ou sempre que necessário nos casos de suspeita de doença infectocontagiosa ou excessiva sujeira, como material biológico, chuva e barro, etc. Prevê a limpeza e desinfecção da parte interna, mobiliário e equipamentos da ambulância, além da lavagem externa. Proceder da seguinte forma:

1. Comunicar a Central de Operações antes de iniciar a limpeza terminal, apesar de continuar em QAP.
2. Usar EPI apropriado para a tarefa a ser executada (luvas de borracha, máscara, avental e óculos).
3. Proceder a diluição do produto padronizado no serviço (Biguanida):
 - girar a tampa ¼ de volta para abrir o sistema;
 - conectar as mangueiras no frasco e na torneira;
 - abrir a torneira e preparar a quantidade desejada de solução direto no borrifador a ser usado no procedimento.
4. Reunir os materiais e produtos necessários para executar a limpeza:
 - 3 panos de limpeza (para mobiliário, parede e piso separadamente).
 - borrifador com o produto já pronto para o uso.
5. Observar a sequência:
 - Retirar a maca e iniciar pela dianteira do salão em direção à porta traseira e sempre limpar do teto em direção ao chão. Proceder a limpeza da maca fora da AM.
 - Deixar o piso para o final.
 - Proceder a limpeza da cabine do condutor.
 - Deixar a limpeza externa da AM por último.
6. Iniciar a limpeza aplicando a solução com jatos de spray e deixar o produto em contato com mobiliário, parede e piso por 10 minutos. Em seguida proceder a secagem com pano limpo e seco com leve fricção.
7. Colocar novo lençol descartável na maca ao final da limpeza.
8. Comunicar à Central de Operações quando a limpeza estiver concluída.

OBSERVAÇÕES:

- ✓ Retirar os materiais e equipamentos da AM por fases. Efetuar a limpeza por compartimentos repondo-os logo a seguir, evitando atrasos em caso de acionamento.
- ✓ Ao retirar os materiais de consumo e descartáveis de dentro dos armários e gavetas para a limpeza, verificar a validade dos mesmos e acondicioná-los em sacos plásticos identificados e se estiverem vencidos, encaminhá-los à Coordenação Regional.
- ✓ Nas telas de cristal líquido dos aparelhos (desfibrilador, ventilador, etc) não borrifar o produto diretamente. Borrifar no pano e depois passar no aparelho, evitando assim manchar a tela com o passar do tempo.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

Nº. 24



LIMPEZA DE SUPERFÍCIE DA AMBULÂNCIA NA PRESENÇA DE MATERIAL BIOLÓGICO : FÁCIL 41

4ª edição

AGOSTO/2014

Definição: Limpeza efetuada sempre que algum material biológico* entrar em contato direto com qualquer superfície da ambulância. Prevê a limpeza e desinfecção da superfície que entrou em contato com o material biológico.

* **Material biológico** : sangue, vômito, fezes, urina e outros líquidos e secreções orgânicas potencialmente contaminados.

Proceder da seguinte forma:

1. Comunicar a Central de Operações antes de iniciar a limpeza da superfície, mantendo-se em QAP.
2. Usar EPI apropriado para a tarefa a ser executada (luvas de borracha, máscara, avental e óculos).
3. Proceder a diluição do produto padronizado no serviço (Biguanida):
 - girar a tampa ¼ de volta para abrir o sistema;
 - conectar as mangueiras no frasco e na torneira;
 - abrir a torneira e preparar a quantidade desejada de solução direto no borrifador a ser usado no procedimento.
4. Reunir os materiais e produtos necessários para executar a limpeza:
 - 3 panos de limpeza (para mobiliário, parede e piso separadamente).
 - borrifador com o produto já pronto para o uso.
5. Observar a sequência:
 - Iniciar pela dianteira do salão em direção à porta traseira e sempre limpar do teto em direção ao chão;
 - Deixar o piso para o final.
 - Proceder a limpeza da maca fora da AM.

6. Retirar o excesso de material biológico com auxílio de papel descartável e desprezar no lixo próprio (saco branco leitoso).

- colocar papéis absorventes sobre o material (Foto 1);
- depois de alguns segundos juntar tudo com movimento no sentido de fora para o centro (Foto 2).
- prosseguir envolvendo o material biológico (Foto 3);
- descartar no lixo apropriado (Foto 4).



Foto1

Foto2

Foto3

Foto4

7. No local de onde foi retirado o material biológico, iniciar a limpeza aplicando a solução com jatos de spray e deixar o produto agir por 10 minutos.

8 Em seguida proceder a secagem com pano limpo e seco com leve fricção.

9. Colocar novo lençol descartável na maca ao final da limpeza.

OBSERVAÇÕES:

- ✓ Nas telas de cristal líquido dos aparelhos (desfibrilador, ventilador, etc) não borrifar o produto diretamente. Borrifar no pano e depois passar no aparelho, evitando assim manchar a tela com o passar do tempo.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR Nº. 25 SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA



LIMPEZA TERMINAL DA AM: HIPOCLORITO E ÁLCOOL

4ª edição

AGOSTO/2014

Definição: Limpeza efetuada por toda a equipe a cada 5 dias conforme escala e/ou sempre que necessário nos casos de suspeita de doença infectocontagiosa ou excessiva sujeira, como material biológico, chuva e barro, etc.

1. Comunicar a Central de Regulação antes de iniciar a limpeza terminal, apesar de continuar em QAP;
2. Usar EPI apropriado para a tarefa a ser executada (luvas de borracha, máscara, avental e óculos);
3. Reunir os materiais e produtos necessários para executar a limpeza:
 - 2 baldes (1 com água e sabão ou detergente e outro somente com água. Usar a técnica de 2 baldes)
 - 3 panos de limpeza (mobiliários, parede e piso separadamente)
4. Observar a sequência para a limpeza:
 - Retirar a maca e iniciar pela dianteira do salão em direção à porta traseira e sempre limpar do teto em direção ao chão. Proceder a limpeza da maca fora da AM.
 - Deixar o piso para o final.
 - Proceder a limpeza da cabine do condutor.
 - Deixar a limpeza externa da AM por último.
5. Iniciar a limpeza com água e sabão, enxaguando em seguida, conforme a técnica de 2 baldes.
6. Secar com pano limpo
7. Com exceção das partes metálicas e acrílicas, passar um pano umedecido com solução de hipoclorito a 1% e deixe secar
OBS.: Nas partes metálicas (incluindo a maca), sob as mesmas condições, usar álcool 70%. **Não** passar pano umedecido com álcool no acrílico dos armários.
8. Recolocar todos os materiais e equipamentos na AM ao final da limpeza, incluindo novo lençol descartável na maca
9. Comunicar à Central de Regulação quando a limpeza for concluída

OBSERVAÇÕES:

- Retirar os materiais e equipamentos da AM por fases. Efetuar a limpeza por compartimentos repondo-os logo a seguir, evitando atrasos em caso de acionamento.
- Verificar a validade dos materiais de consumo e descartáveis dentro dos armários e gavetas. Se vencidos, acondicionar em sacos identificados e encaminhar à Gerência Regional.

LIMPEZA CONCORRENTE DA AM : HIPOCLORITO E ÁLCOOL

4ª edição

AGOSTO/2014

Definição: Limpeza efetuada a cada início de plantão ou após os atendimentos. Prevê a limpeza da parte interna, externa, mobiliário e equipamentos da ambulância. Proceder da seguinte forma:

1. Comunicar a Central de Regulação antes de iniciar a limpeza concorrente, apesar de continuar em QAP.
2. Usar EPI apropriado para a tarefa a ser executada (luvas de borracha, máscara, avental e óculos)
3. Reunir os materiais e produtos necessários para executar a limpeza:
 - 2 baldes (1 com água e sabão ou detergente e outro somente com água; usar a técnica de 2 baldes)
 - 3 panos de limpeza (para mobiliários, parede e piso separadamente)
4. Observar a sequência:
 - Iniciar pela dianteira do salão em direção à porta traseira e sempre limpar do teto em direção ao chão
 - Deixar o piso para o final
5. Com exceção das partes metálicas e acrílicas, passar um pano umedecido com solução de hipoclorito a 1% e deixe secar
OBS.: Nas partes metálicas (incluindo a maca), sob as mesmas condições, usar álcool 70%. **Não** passar pano umedecido com álcool no acrílico dos armários.
6. Ao final da limpeza, colocar novo lençol descartável na maca

OBS: Realizar sempre a limpeza concorrente da maca e do colchonete, após cada atendimento. A limpeza concorrente não implica em suspensão da prontidão (QAP).

LIMPEZA DE SUPERFÍCIE DA AMBULÂNCIA NA PRESENÇA DE MATERIAL BIOLÓGICO : HIPOCLORITO E ÁLCOOL

4ª edição

AGOSTO/2014

Definição: Limpeza efetuada sempre que algum material biológico* entrar em contato direto com qualquer superfície da ambulância. Prevê a limpeza e desinfecção da parte interna, mobiliário e equipamentos da ambulância.

* **Material biológico** : sangue, vômito, fezes, urina e outros líquidos e secreções orgânicas potencialmente contaminados

Proceder da seguinte forma:

1. Comunicar a Central de Regulação antes de iniciar a limpeza terminal, mantendo-se em QAP
2. Usar EPI apropriado para a tarefa a ser executada (luvas de borracha, máscara, avental e óculos)
3. Reunir os materiais e produtos necessários para executar a limpeza:
 - 2 baldes (1 com água e sabão ou detergente e outro somente com água; usar a técnica de 2 baldes)
 - 3 panos de limpeza (mobiliários, parede e piso separadamente)
4. Retirar o excesso de material biológico com auxílio de papel descartável e desprezar no lixo próprio (saco branco leitoso). Para isso:
 - coloque papéis absorventes sobre o material (Foto 1);
 - depois de alguns segundos junte tudo com movimento no sentido de fora para o centro (Foto 2).
 - prossiga envolvendo o material biológico (Foto 3);
 - descarte no lixo apropriado (Foto 4).



Foto1

Foto2

Foto3

Foto4

5. No local de onde foi retirado o material biológico, colocar hipoclorito de sódio 1%, deixando-o agir por 15 minutos; em partes metálicas, utilizar álcool 70%;
6. Remover o excesso de hipoclorito e executar a limpeza com água e sabão no restante da área, enxaguando e secando em seguida

ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO

4ª edição

AGOSTO/2014

Definição: Acidente envolvendo qualquer profissional da equipe, em que haja contato direto com sangue ou secreções (vaginal, esperma ou tecidos vivos) durante atendimento.

Proceder da seguinte forma:

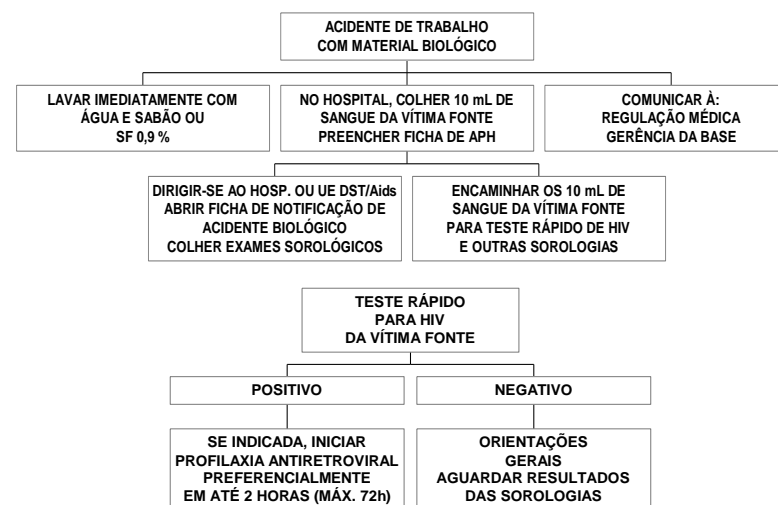
1. Lavar imediatamente com água e sabão; em mucosas, usar água ou SF 0,9 %.
2. Comunicar o acidente ao Médico Regulador imediatamente após a ocorrência e à Coordenação Regional e/ou à gerência da base assim que possível.
3. Ao chegar ao hospital municipal de destino, colher 10mL de sangue do paciente (fonte contaminante) em tubo seco (é necessário o consentimento do paciente e, se possível, com assinatura do Termo de Consentimento), obtendo nome e endereço do paciente para comunicação de resultados, se necessário.
4. Preencher a Ficha de Atendimento Pré-hospitalar do funcionário acidentado.
5. Dirigir-se a uma Unidade Especializada em DST/Aids da região, levando o sangue do paciente fonte de contaminação, preferencialmente nas primeiras 2 (duas) horas após o acidente:
 - Após às 19:00h ou nos finais de semana e feriados: dirigir-se ao PS de um Hospital Público Municipal ou ao PS do HSPM ou do Hospital Emílio Ribas;
 - Nessas Unidades o trabalhador passará por consulta, em caráter de emergência, com médico infectologista ou clínico geral;
 - Acidente de trabalho é de notificação compulsória.
6. No Hospital ou na Unidade Especializada em DST/Aids: Encaminhar os 10 mL de sangue do paciente (fonte contaminante) para sorologia rápida anti-HIV e sorologias para hepatites B e C.
7. No Hospital Municipal ou HSPM, Hospital Emílio Ribas ou Unidade Especializada em DST/Aids:
 - Será colhido sangue do profissional que sofreu o acidente para sorologia anti-HIV e sorologias para hepatites B e C;
 - Seguir a orientação do médico quanto ao início da profilaxia com anti-retrovirais. Caso seja necessário, o hospital ou a Unidade Especializada DST/Aids deve fornecer a medicação;

- Será realizado o preenchimento da Ficha de Notificação de Acidentes Biológicos com Profissionais de Saúde (preenchida pelo Hospital ou Unidade de DST/Aids);
- Agendar retorno para resultados de exames e acompanhamento.

8. Comparecer à sua respectiva Coordenação Regional o mais breve possível após o acidente, para preenchimento da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho).

9. A Coordenação Regional encaminhará o funcionário ao DSS (Departamento de Saúde do Trabalhador) para registro da CAT e perícia médica.

FLUXOGRAMA PARA ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO



PROFILAXIA DA HEPATITE B APÓS EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO

Situação vacinal e sorológica do profissional	Paciente Fonte de Contaminação		
	AgHBs positivo ou desconhecido e COM RISCO ¹	AgHBs desconhecido e SEM RISCO	AgHBs negativo
Não vacinado	HBIG + iniciar esquema vacinal	Iniciar esquema vacinal	Iniciar esquema vacinal
Com vacinação incompleta	HBIG + complementar esquema vacinal	Complementar esquema vacinal	Complementar esquema vacinal
Previamente vacinado			
Com resposta vacinal adequada	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica
Sem resposta vacinal após 3 doses	HBIG + repetir esquema vacinal de 3 doses	Repetir esquema vacinal de 3 doses	Repetir esquema vacinal de 3 doses
Sem resposta vacinal após a 2ª esquema (6 doses)	HBIG 2 doses ²	HBIG 2 doses ²	Nenhuma medida específica
Com resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde (anti-HBs) e conduzir de acordo com a resposta vacinal		
Infecção prévia VHB	Nenhuma medida específica		

1. Paciente fonte de alto risco para infecção pelo VHB: politransfundidos, cirróticos, em hemodiálise, HIV positivo, usuários de drogas, história prévia de DST, contato domiciliar e sexual com portadores do VHB, provenientes de áreas endêmicas para hepatite B ou de instituições prisionais ou de atendimento a portadores de deficiência mental.

2. HBIG (imunoglobulina específica contra VHB) 2 doses, com intervalo de 1 mês entre elas

OBS: Resposta vacinal adequada = anti-HBs reagente (ou seja, ≥ 10 UI/mL).

ATENÇÃO: tanto a vacina quanto a imunoglobulina devem ser aplicados dentro do período de 7 dias após o acidente, IDEIA/Recurso disponível nas primeiras 24 horas.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

Nº. 29



ACIDENTES DE TRABALHO: Outros acidentes (não biológicos)

4ª edição | AGOSTO/2014

Conceito : Acidentes ocorridos com o servidor durante o trabalho ou no trajeto de ida ou retorno do trabalho.

Proceder da seguinte forma:

1. Se ocorrer durante a atividade do plantão:

- Comunicar o acidente à Central de Regulação Médica e PCO imediatamente após a ocorrência e, em seguida, à Coordenação Regional e/ou à gerência da base assim que possível;
- A própria equipe deverá prestar o atendimento inicial, conforme o caso, ou aguardará a chegada de outras equipes de socorro e a Regulação Médica fará a orientação sobre o encaminhamento hospitalar;
- Preencher a ficha de atendimento pré-hospitalar.

2. Se o acidente ocorrer no trajeto para a base ou no retorno para casa, é facultado ao servidor solicitar atendimento do SAMU, acionando o dígito 192 ou dirigir-se ao serviço médico de sua preferência, onde deverá solicitar a documentação pertinente ao atendimento realizado. Assim que possível, o servidor (ou seu representante legal), deverá informar à gerência da base e/ou Coordenação Regional sobre a ocorrência.

3. O servidor deverá comparecer à sua respectiva Coordenação Regional, portando a documentação referente ao atendimento médico recebido, para o preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT e a Coordenação Regional encaminhará o funcionário ao DSS (Departamento de Saúde do Trabalhador), setor de Acidentes de Trabalho, para o registro da CAT e perícia médica.

4. Nas situações em que ocorra a internação hospitalar do servidor, um familiar ou representante do mesmo deverá comparecer à respectiva Coordenação Regional para receber orientações sobre os procedimentos cabíveis.

SOLICITAÇÃO DE ACIONAMENTO DO SUPORTE AVANÇADO e/ou do RESGATE	
---	--

4ª edição	AGOSTO/2014
-----------	-------------

Solicitar acionamento do SAV nas seguintes condições:

- Sempre que houver dificuldade técnica ou operacional para a realização de quaisquer procedimentos previstos em Protocolos;
- PCR ou desconforto respiratório grave;
- Politraumatizado grave (Glasgow ≤ 8 , RTS ≤ 10) ou com previsão de transporte demorado;
- Paciente presa nas ferragens ou em local de difícil acesso (soterramento ou colapso de estruturas);
- Na suspeita de IAM;
- Paciente com membros presos a máquinas ou escombros ou em amputações;
- Paciente com objeto penetrantes no abdome, tórax, pescoço ou cabeça.
- Queimaduras graves;
- Ocorrência de acidente envolvendo mais que um paciente em estado grave (Glasgow ≤ 8 , RTS ≤ 10);
- Parto distócio;
- Tentativas de suicídio
- Em situação de Múltiplas Vítimas.

OBSERVAÇÕES:

1. Uma vez solicitado acionamento para a Central de regulação, o Médico Regulador avaliará a possibilidade do apoio em virtude a distância e à disponibilidade do recurso.

REALIZAÇÃO DE INTERVENÇÕES POR ENFERMEIROS	
---	--

4ª edição	AGOSTO/2014
-----------	-------------

1. Realizar a avaliação primária e secundária do paciente ;
2. Iniciar os procedimentos previstos em SBV;
3. Considerar a solicitação de apoio ao Suporte Avançado;
4. Diante da indicação de Protocolo de Suporte Intermediário executar as ações regulamentadas neste Protocolo;
5. Descrever ao médico-regulador o quadro do paciente segundo as regras de sistematização da passagem do caso;
6. **Aguardar** a orientação do médico regulador sobre a realização de procedimentos adicionais na cena e a decisão de encaminhamento e transporte ao hospital de destino mais adequado.
7. Registrar as ações realizadas conforme preconizado pela premissa da SAE.

PRESENÇA OU SUSPEITA DE ENVOLVIMENTO DE PRODUTOS PERIGOSOS	
---	--

4ª edição	AGOSTO/2014
-----------	-------------

- Aproxime-se com o vento pelas costas para evitar inalação do produto vestindo EPI completo e com extremo cuidado;
- Aproxime-se apenas o suficiente para identificar o número do produto identificado nas placas fixadas no veículo. Se possível identifique:
 - o número do produto na placa laranja (painel de segurança) e/ou;
 - o tipo de produto na placa branca (rótulo de risco);
- Mantenha-se fora da zona quente até que seja possível fazer uma avaliação dos riscos a partir da determinação do tipo de produto ;
- Esteja atento para a ocorrência de:
 - fogo;
 - vazamento do produto;
 - presença de pacientes;
 - presença de curiosos ;
 - proximidade de habitações, escolas, rios ou riachos;
- Se for a primeira equipe a chegar, posicione-se em uma área segura, afastando curiosos;
- Contate a Regulação médica e forneça o maior número de informações possível:
 - **O que está ocorrendo:** Tipo de acidente e local da ocorrência (via, estrada, etc), existência de pacientes ou pessoas envolvidas, situação do tráfego; vazamento; fogo, etc;
 - **O número do produto na placa laranja** (painel de segurança) **e/ou o tipo de produto na placa branca** (rótulo de risco);
 - **Riscos detectados:** habitações, escolas, rios etc
 - **Providências tomadas.**

Obs: Cabe a Central de Regulação identificar o produto no guia a partir das informações da equipe na cena, bem como informar os cuidados necessários e realização do acionamento de equipes especializadas ou adicionais.

- Portando EPI completo, execute as ações de atendimento às pacientes que estiverem fora da zona quente ou que já tenham sido retiradas por equipes especializadas.
- Se necessário organize um PMA enquanto aguarda equipes adicionais.

EMERGÊNCIAS CLÍNICAS

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DO PACIENTE de AGRAVO CLÍNICO	
4ª edição	AGOSTO/2014

OBJETIVO: Identificar e corrigir situações de risco imediato de morte

1. Avaliar a responsividade (estímulo verbal e tátil) e observar a presença de respiração

- **Se responsivo:**
 - perguntar nome, o que aconteceu e onde está (localização pessoa, tempo e espaço);
 - Seguir para item 3 (verificar presença de hemorragias externas)
- **Se não responsivo:** Verificar a respiração.
 - Se não respira ou apresenta gasping, seguir para passo 2;
 - Se o paciente respira satisfatoriamente: Considerar a instalação de cânula de Guedel e a administração de oxigênio. Seguir para o item 3 (verificar hemorragias externas).

2. Verificar o pulso Carotídeo (adulto), carotídeo ou femural (criança) e braquial no bebê por até 10 seg

- Se pulso presente: Seguir para o Protocolo de parada respiratória
- Se pulso ausente: Protocolo de RCP

3. Verificar presença de hemorragias externas

- Hemorragia presente: executar compressão direta da lesão
- Ausência de hemorragia: Executar avaliação secundária.

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA DO PACIENTE de AGRAVO CLÍNICO	
4ª edição	AGOSTO/2014

OBJETIVO: Identificar lesões e/ou problemas não identificados durante a avaliação primária. No paciente clínica, a ênfase deve ser sobre a entrevista AMPLA.

1. ENTREVISTA AMPLA (com o paciente , familiares ou terceiros)

- Nome e idade
- Queixa principal
- S : Sinais e Sintomas
- A : Tem alergias ? Problema ou doença atual
- M : Medicamentos e/ou tratamentos em uso
- P : Passado médico – Problemas de saúde ou doença atual ?
- L : Ingeriu líquidos e alimentos ? Qual foi a última refeição ?
- A : Ambiente do evento ?

OBS : Em paciente s inconscientes ou impossibilitadas de responder, buscar informações com circundantes ou familiares.

OBS : Solicitar que os familiares juntem toda a documentação sobre a doença atual para encaminhar ao hospital de destino (receitas atuais e/ou caixinhas de medicamentos, exames de imagem e/ou outros recentes, etc).

2. VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

- Respiração (frequência, ritmo e amplitude)
- Pulso (frequência, ritmo e volume)
- Pressão arterial
- Pele (temperatura, cor, turgor e umidade)

3. AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR

- Perfusão capilar
- Oximetria de pulso
- Glicemia capilar
- Escala de coma de Glasgow
- Avaliação das pupilas
- Escala de Cincinnati

4. EXAME DA CABEÇA AOS PÉS

Direcionar o exame de acordo com a história e a queixa do paciente.

Propedêuticas a serem utilizadas : Inspeção, palpação, ausculta, percussão

CONTROLE DE VIAS AÉREAS

4ª edição

AGOSTO/2014

É premissa do enfermeiro realizar o controle de vias aéreas por meio de procedimentos básicos e alternativos supra-glóticos.

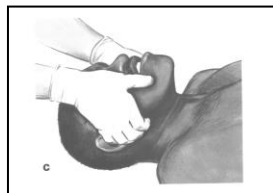
<p>PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE CONTROLE DAS VIAS AÉREAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manobras manuais de desobstrução: inclinação da cabeça e elevação do mento, "jaw thrust" e "chin lift" • Retirar cuidadosamente corpos estranhos visíveis, manualmente, com espátulas ou pinças de Magill; • Aspirar com sonda própria para fragmentos, sangue, conteúdo gástrico, restos alimentares ou outros objetos presentes apenas na boca e orofaringe • Instalação de cânula orofaríngea (Guedel)
<p>PROCEDIMENTOS ALTERNATIVOS SUPRAGLÓTICOS</p>	<p>- Instalação de cânula supraglótica</p>

MANOBRAS MANUAIS DE DESOBSTRUÇÃO:

- Manobra de inclinação da cabeça com elevação do mento;
- Impulsão da mandíbula no trauma (*trauma jaw thrust*): impulsionar os ângulos da mandíbula com as duas mãos, empurrando-a para frente, mantendo a estabilidade da coluna cervical;
- Manobra de elevação do mento no trauma (*trauma chin lift*): apreender e elevar o queixo e os incisivos inferiores para puxar a mandíbula anteriormente;



Elevação do queixo



Tração da mandíbula.

INSTALAÇÃO DE CÂNULA OROFARÍNGEA (GUEDEL): Auxilia na contensão da língua.



Cânula orofaríngea e seu posicionamento correto

- Um profissional efetua a abertura manual das vias aéreas e outro mede e instala o dispositivo.
- A medição deve levar em consideração a distância entre o canto da boca (rima labial) até o ângulo da mandíbula;
- No adulto, inserir com a concavidade voltada para o palato e executar a rotação, quando alcançar a porção posterior da orofaringe.
- Na criança, executar a inserção com a concavidade voltada para a língua (sem executar a rotação)
- Contraindicada em pacientes com reflexo de vômito presente, mesmo que inconsciente.

ORIENTAÇÕES PARA A ASPIRAÇÃO DE VAS

- Na ausência de tubo traqueal, a aspiração deve se limitar a cavidade oral
- Evitar a aspiração prolongada que levar a arritmias, bradicardia e hipotensão por estimulação vagal. Se houver secreção excessiva, a opção deve ser a lateralização (em bloco) do paciente associada a aspiração;
- Se paciente intubada : Pré-oxigenar com 100% de O2; preparar os equipamentos e dispositivos sob técnica asséptica; introduzir o cateter sem aspirar e em seguida aspirar continuamente por 15 a 30 seg durante a retirada do cateter; Oxigenar novamente, realizando 4 a 5 ventilações controladas;
- Repetir se necessário.

INSTALAÇÃO DE CÂNULA SUPRAGLÓTICA SUPREME®

Indicações:

Apenas em paciente s inconscientes ou com acentuada depressão do nível de consciência, quando a ventilação por bolsa-valva-máscara ou a intubação traqueal não forem possíveis ou a ventilação com máscara não reverter os sinais de hipoxemia;

Contraindicações:

- Paciente s com risco de regurgitação do conteúdo gástrico (presença de reflexo de vômito, ausência de jejum, obesidade extrema, gestação > 14 semanas, paciente s com dor ou em tratamento com opióides, aumento da pressão intracraniana);
- Paciente s com baixa complacência pulmonar ou resistência à ventilação (fibroses, DPOC, obesidade mórbida, broncoespasmo, edema pulmonar, trauma torácico, grandes tumores cervicais) e;
- Paciente s com alterações anatômicas (patologias faríngeas e orais, obstrução na laringe ou abaixo dela).

Técnica Básica de instalação

1. Desinflar totalmente o manguito pneumático da ML com ajuda da uma seringa e uma superfície rígida;
2. Lubrificar levemente a face posterior da máscara para facilitar o deslizamento pelo palato e pela curvatura da faringe. Evitar excesso de lubrificante (pode causar obstrução da faringe e laringoespasmo);
3. Segurar a ML usando a barra de fixação como apoio. Não é necessário introduzir os dedos na boca do paciente;
4. No caso de paciente s de quadros não-traumáticos a cabeça do paciente deve sofrer leve extensão. Para as paciente s de trauma deve ser providenciada a manobra de projeção da mandíbula.
5. Inicia-se a passagem da ML com sua abertura dirigida para frente (língua) e o dorso para o palato de forma alinhada e com movimento curvilíneo contínuo, breve e firme, buscando inserir o mais profundamente possível na hipofaringe até que exista resistência na passagem (esfíncter esofágico superior);



6. Para certificar-se do correto posicionamento da ML, observe se o tubo está alinhado com o nariz do paciente e se o protetor de mordedura esta alinhado com os dentes;
7. Se o alinhamento está adequado, execute a fixação usando a barra de fixação como base;

8. Insufle o manguito com a quantidade de ar recomendada, acompanhando pelo cuff. Durante o enchimento pode haver um acomodamento da ML.

Obs :A SUPREME[®] permite a inserção de sonda orogástrica (SOG) através de um orifício da cânula.

Obs: Parâmetros para uso da Supreme[®]: tamanhos disponíveis no serviço:

Nº da Supreme [®]	Tamanho do paciente	Volume máximo de ar no cuff	Dimensão máxima da SOG
3	> 30 a 50 Kg	30 mL	14 FR
4	> 50 a 70 Kg	< 45 mL	14 FR
5	> 70 a 100 Kg	< 45 mL	16 FR

- **CUIDADO:** a cânula supraglótica não protege totalmente as vias aéreas da regurgitação, havendo possibilidade de aspiração;
- A extensão da cabeça e do pescoço favorece a inserção da cânula mas, no trauma, a manobra de elevação da mandíbula é suficiente para facilitar o procedimento.

OXIGENIOTERAPIA

4ª edição

AGOSTO/2014

- Se o protocolo indicar a administração de oxigenioterapia, considere os recursos disponíveis:
 - cateter nasal
 - máscara facial simples
 - máscara sem reinalação com reservatório
 - balão + máscara com ou sem reservatório
- Se o controle das vias aéreas for necessário, considerar a execução das manobras previstas em Suporte Básico ou a instalação de via aérea alternativa se necessário.

DISPOSITIVOS DE VENTILAÇÃO E CONCENTRAÇÃO APROXIMADA DE OXIGÊNIO:

DISPOSITIVO/TÉCNICA	FLUXO O ₂ (litros/min)	CONCENTRAÇÃO O ₂
Boca-a-boca	Sem O ₂ suplementar	16%
Boca-máscara	Sem O ₂ suplementar	16%
Bolsa e máscara	Sem O ₂ suplementar	21%
Cateter nasal	1 - 6	24 – 45%
Boca-máscara	10	50%
Máscara facial simples	8 - 10	40 – 60%
Bolsa-máscara sem reservatório com O ₂	8 - 10	40 – 60%
Bolsa-máscara com reservatório com O ₂	10 - 15	90 – 100%
Máscara sem reinalação com reservatório com O ₂	10 - 15	90 – 100%

OBSERVAÇÕES:

- Paciente com DPOC: usar cateter com baixo fluxo (1 a 2 L/min)
- Prematuros e neonatos, com respiração presente, usar máscara aberta com baixo fluxo ou afastada do rosto, pois a vedação aumenta o espaço morto em bebês, com retenção de gás carbônico. Vedar só quando for ventilar manualmente.

MÁSCARA SEM REINALAÇÃO COM RESERVATÓRIO

Objetivo: Oferecer altas concentrações de oxigênio, visando proporcionar ao paciente quantidade suficiente de oxigênio para permitir a correção da hipoxemia, com melhora da PaO₂ e/ou da Saturação de O₂.



Vantagens: Recurso não invasivo que permite a oferta de altas concentrações de oxigênio, que variam de acordo com o fluxo ofertado, a saber: fluxo de 6 L/min. oferece concentração aproximada de oxigênio de 60%; 7L/min, oferece 70%; 8L/min., 80%; 9L/min., 90% e, fluxo de 10 a 15L/min., oferece FiO₂ de 95 a 100%.

Parâmetro: Saturação de oxigênio (Sat.O₂) iDEA/Recurso disponível = acima 95%, (forte indicação de PaO₂>70mmHg).

Aspectos especiais da técnica de uso:

- Instalar oxímetro de pulso;
- Conectar o fluxômetro à rede de oxigênio;
- Encaixar a máscara e conectar o extensor ao fluxômetro;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Posicionar e ajustar a máscara na face do paciente, de modo que a bolsa reservatória não sofra dobras;
- Ajustar o fluxo de acordo com a necessidade do paciente e de modo que este seja suficiente para manter a bolsa reservatória cheia e a Sat. O₂ > 95%;

Indicações de uso: está indicada em pacientes graves, que apresentem ventilação espontânea e que tenham necessidade de altas concentrações de O₂ por apresentarem Sat.O₂ menor que 95%, especialmente nos quadros de insuficiência respiratória aguda, doença cardíaca aguda, choque e trauma.

Restrições de uso:

- DPOC: a administração de altas concentrações de oxigênio aos pacientes com DPOC em estágio terminal pode produzir depressão respiratória, pois o aumento da PaO₂ elimina o efeito estimulante da hipoxemia no centro respiratório desses pacientes;
- Não permite a inalação de medicamentos como, por exemplo, broncodilatadores.

Aspectos importantes:

- A máscara deve ser guardada em local fresco, seco e protegido da luz;
- A embalagem deve aberta somente no momento da utilização da máscara;
- A máscara é de uso único, devendo ser descartada após o uso.

OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS (OVACE)

4ª edição

AGOSTO/2014

ADULTO RESPONSIVO:

1. Se o paciente pode respirar, falar ou tossir (OBSTRUÇÃO LEVE)

- Não interfira. Oriente para que continue os esforços para tossir
- Avaliar a oximetria e administrar oxigênio suplementar
- Se necessário, transportar o paciente sentada em posição confortável
- Monitorar a evolução do quadro e sinais vitais.

2. Paciente consciente que não consegue falar ou tossir ou apresenta tosse ineficiente (OBSTRUÇÃO GRAVE):

Executar a Manobra de Heimlich para paciente s conscientes :

- Posicionar-se por trás do paciente com seus braços à altura da crista ilíaca;
- Posicionar uma das mãos fechada, com a face do polegar encostada na parede abdominal, entre apêndice xifóide e a cicatriz umbilical;
- Com a outra mão espalmada sobre a primeira, comprimir o abdome em movimentos rápidos, direcionados para dentro e para cima (em J);
- Repetir a manobra até a desobstrução ou o paciente tornar-se não responsivo.



OBS: Em paciente s obesas e gestantes no último trimestre, realize as compressões sobre o esterno (linha intermamilar) e não sobre o abdome.

ADULTO NÃO RESPONSIVO:

- Posicionar o paciente em DDH em uma superfície rígida;
- Executar a avaliação primária (responsividade e respiração);
- Diante de irresponsividade e a ausência de respiração, executar 30 compressões torácicas;
- Abrir vias aéreas, visualizar a cavidade oral e remover o corpo estranho se visível e alcançável (com dedos ou pinça);
- Se nada encontrado, realizar 1 insuflação e se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente;
- Se o ar não passar novamente, realizar 30 compressões torácicas;
- Repetir ciclos de compressões e ventilações até que o corpo estranho seja expelido ou a via aérea se torne pèrvea. Preparar para transporte.
- Após a saída do corpo estranho manter atenção às vias aéreas e ofertar O2.

OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS (OVACE) – Criança e bebê

4ª edição

AGOSTO/2014

CRIANÇA RESPONSIVA COM OBSTRUÇÃO LEVE

1. Se a criança consegue respirar, tossir ou chorar: NÃO INTERFIRA E ORIENTE PARA TOSSIR
2. Deixe que a criança encontre uma posição de conforto, de preferência em decúbito elevado (semi-sentado).
4. Administrar oxigênio úmido por máscara facial com um fluxo de cinco (5) l/m,
distante aproximadamente 5 cm da face da criança.

OBS: Se a administração de oxigênio provocar ansiedade na criança, suspenda o procedimento temporariamente e invista seus esforços no controle da ansiedade.

CRIANÇA RESPONSIVA COM OBSTRUÇÃO GRAVE

1. Posicione-se por trás da criança de acordo com seu tamanho, circundando-a com os braços à altura da cintura;
2. Realize manobra de Heimlich com compressões abdominais rápidas, pressionando para dentro e para cima (em J).
3. Atenção para dosar a força exercida sobre o abdome da criança.

CRIANÇA IRRESPONSIVA COM OBSTRUÇÃO

1. Posicionar o paciente em DDH em uma superfície rígida
2. Executar a avaliação primária;
3. Diante da ausência de responsividade e respiração efetuar 30 compressões (1 profissional, com uma mão)
3. Abrir as vias aéreas, visualizar a cavidade oral e remover o corpo estranho apenas se visível e facilmente alcançável com os dedos ou pinça
4. Se nada encontrado realizar uma insuflação e se o ar não passar ou o tórax não se expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente;
5. Se o ar não passar novamente, realizar 30 compressões torácicas (1 profissional) ou 15 (2 profissionais)
6. Persistindo a obstrução repita os passos até que o corpo estranho seja expelido ou a via aérea se torne pèrvea. Prepare para transporte.
7. Após a saída do corpo estranho, mantenha a observação das vias aéreas e oferte O2.

BEBÊ REPONSIVO COM OBSTRUÇÃO GRAVE

1. Posicionar o bebê em decúbito ventral em seu antebraço e este apoiado em sua coxa com a cabeça em nível inferior ao tórax, apoiando firmemente a região mentoniana do bebê, com os seus dedos em fúrcula;
2. Realizar ciclos repetidos de 5 golpes no dorso (entre as escápulas) seguidos de 5 compressões torácicas (logo abaixo da linha mamilar), até que o objeto seja expelido ou o bebê se torne não responsivo.



BEBÊ COM OBSTRUÇÃO GRAVE QUE SE TORNA NÃO RESPONSIVO

1. Checar a responsividade e a respiração;
2. Se não responsivo e com respiração ausente ou gasping, efetuar 30 compressões torácicas (1 profissional)
3. Abrir as vias aéreas, visualizar a cavidade oral e remover corpo estranho, se visível facilmente alcançável, com os dedos em pinça;
4. Se nada encontrado, realizar 1 insuflação e se o ar não passar ou o tórax não se expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente;
5. Se o ar não passar novamente, realizar 30 compressões torácicas (1 profissional) ou 15 (2 profissionais);



6. Repetir os ciclos de compressões e ventilações até que o corpo estranho seja expelido ou a via aérea se torne pérvua. Preparar para o transporte. Após a saída do corpo estranho, manter atenção sobre a via aérea e ofertar O2.

TÉCNICA DE PUNÇÃO INTRA-ÓSSEA

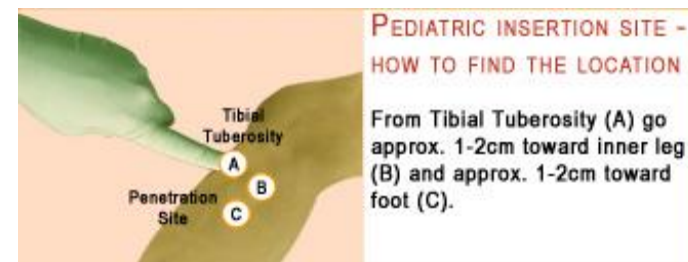
4ª edição

AGOSTO/2014

- A punção intra-óssea é a via de escolha como alternativa à punção de veia periférica, quando esta não puder ser obtida de imediato e/ou APÓS 3 TENTATIVAS DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO;
- Prosseguir no atendimento e tentar obter acesso venoso periférico assim que possível, desfazendo a punção intra-óssea imediatamente;
- Todas as drogas utilizadas na ressuscitação e soluções para reposição volêmica, além de produtos sanguíneos, podem ser administrados por via intra-óssea.

LOCAIS PARA PUNÇÃO:

- **Na criança:**
 - 0 a 6 anos:** punção na região anteromedial da tíbia, 1 cm medial e 1 cm distal da tuberosidade da tíbia
 - 6 a 12 anos:** 1-2 cm medial e 1-2 cm distal da tuberosidade da tíbia



- **Adolescentes > 12 anos e adultos:** punção na região anteromedial da tíbia, 2 cm medial e 1 cm proximal da tuberosidade da tíbia ou na cabeça do úmero.



CONTRA-INDICAÇÕES PARA PUNÇÃO:

- Fratura na pelve, se desejar puncionar MMII
- Fratura na extremidade proximal do osso a ser puncionado
- Fratura no próprio osso escolhido para punção

TÉCNICA DE PUNÇÃO COM O DISPOSITIVO BIG^R:

1. Segure a base do dispositivo firmemente em um ângulo de 90°. Aperte o lacre vermelho e retire-o com cuidado;
2. Segure a base firmemente e pressione o topo com a base da mão livre;
3. Retire o dispositivo com cuidado;
4. Remova a agulha da cânula;



5. Use o lacre vermelho para fixar a cânula e fixe com adesivo;
6. Faça o teste de aspiração;
7. Faça um flush de 10 a 20ml de solução salina prévio a infusão ou a administração de medicamento.



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

Nº. 40



PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM ADULTOS

4ª edição

AGOSTO/2014

RCP SUPORTE BÁSICO: C-A-B - Compressões torácicas – Abertura da via aérea – Boa respiração.

1. Checar a responsividade (tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta) e checar a presença de respiração.

2. **Se não responsivo e respiração ausente ou *gasping*:** posicionar o paciente e providenciar o desfibrilador ou o DEA/RECURSO DISPONÍVEL (Desfibrilador Externo Automático), na ausência do primeiro, e:

3. Checar pulso central (carotídeo) em no máximo 10 segundos

- **Se pulso presente:** abrir via aérea e aplicar 1 (uma) insuflação a cada 5 a 6 segundos (10 a 12 insuflações/min.). Verificar presença de pulso a cada 2 minutos.
- **Se pulso ausente:** iniciar compressões torácicas eficientes, enquanto prepara e instala o Desfibrilador.

4. Após 30 compressões torácicas, abrir manualmente as vias aéreas e ventilar com dispositivo bolsa-valva-máscara-reservatório (2 insuflações)

5. DEA/RECURSO DISPONÍVEL/Recurso Disponível: posicionar os eletrodos de adulto no tórax desnudo e seco do paciente ; interromper as compressões torácicas durante a análise do ritmo;

- **Choque indicado:** (Fibrilação ventricular - FV, taquicardia ventricular sem pulso - TVSP):
 - Seguir instruções do equipamento e aplicar **1 choque** ;
 - Reiniciar imediatamente a RCP, começando pelas compressões torácicas (30 compressões para 2 insuflações), por 2 minutos;
 - Após 2 minutos, solicitar nova análise do ritmo.
 - Realizar procedimentos indicados de SIV.
- **Choque não indicado:** (Assistolia, AESP):
 - Reiniciar imediatamente a RCP, realizando 30 compressões para 2 insuflações, por 2 minutos;
 - Após 2 minutos, solicitar nova análise do ritmo.
 - Realizar procedimentos indicados de SIV.

7. Assim que possível comunicação Central de regulação

8. Se não houver sinais de morte óbvia e na ausência de médico na equipe ou à caminho, manter RCP e transportar o paciente para o hospital mais próximo, mantendo as manobras durante o transporte.

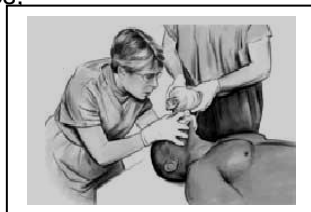
9. Realizar RCP e iniciar procedimentos de SIV.

RCP BOA QUALIDADE – SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA:

- Paciente em DDH, sobre superfície rígida e plana
- **A - Vias Aéreas:** manter a permeabilidade das vias aéreas com manobras manuais e considerar instalação da cânula supraglótica assim que possível sem interrupção das compressões:

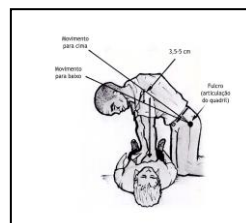
B - Ventilação:

- Ventilação com duração de 1seg cada com volume suficiente para elevação visível do tórax;
- Ofertar O₂ (bolsa-máscara ou supraglótica)
- Sem via aérea avançada, aplicar relação compressão-insuflação de 30:2 (mesmo com supraglótica) e checar o ritmo a cada 2 minutos.
- Instalar a cânula supraglótica ;



C - Circulação: Compressões torácicas eficientes no adulto

- compressões com as 2 mãos entrelaçadas
- deprimir o tórax em no mínimo 5 cm
- permitir o completo retorno do tórax antes da próxima compressão
- minimizar as interrupções nas compressões
- no mínimo 100 compressões/min.
- Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 minutos.
- Instalar de acesso venoso periférico ou intraósseo (IV/IO) com SF 0,9% para manutenção de via de medicamentos;



• Administrar droga sem interrupção da RCP:

➤ **Choque não indicado**

- Adrenalina (1 ampola = 1ml = 1 mg), administrar 1ampola (ou 1mg) EV/IO a cada 3 a 5 minutos;
- Executar flush de 20 a 30 ml e elevação do membro;
- Executar RCP por 2 min e solicitar nova avaliação do DEA/RECURSO DISPONÍVEL;
- Adrenalina (1 ampola = 1ml = 1 mg), administrar 1ampola (ou 1mg) EV/IO a cada 3 a 5 minutos;
- Executar flush de 20 a 30 ml e elevação do membro;

- Executar RCP por 2 min e solicitar nova avaliação do DEA/RECURSO DISPONÍVEL;
- Adrenalina (1 ampola = 1ml = 1 mg), administrar 1ampola (ou 1mg) EV/IO a cada 3 a 5 minutos;
- Executar flush de 20 a 30 ml e elevação do membro;
- Executar RCP por 2 min e solicitar nova avaliação do DEA/RECURSO DISPONÍVEL;
- Permitido repetir até a 3^a. dose de adrenalina na cena;

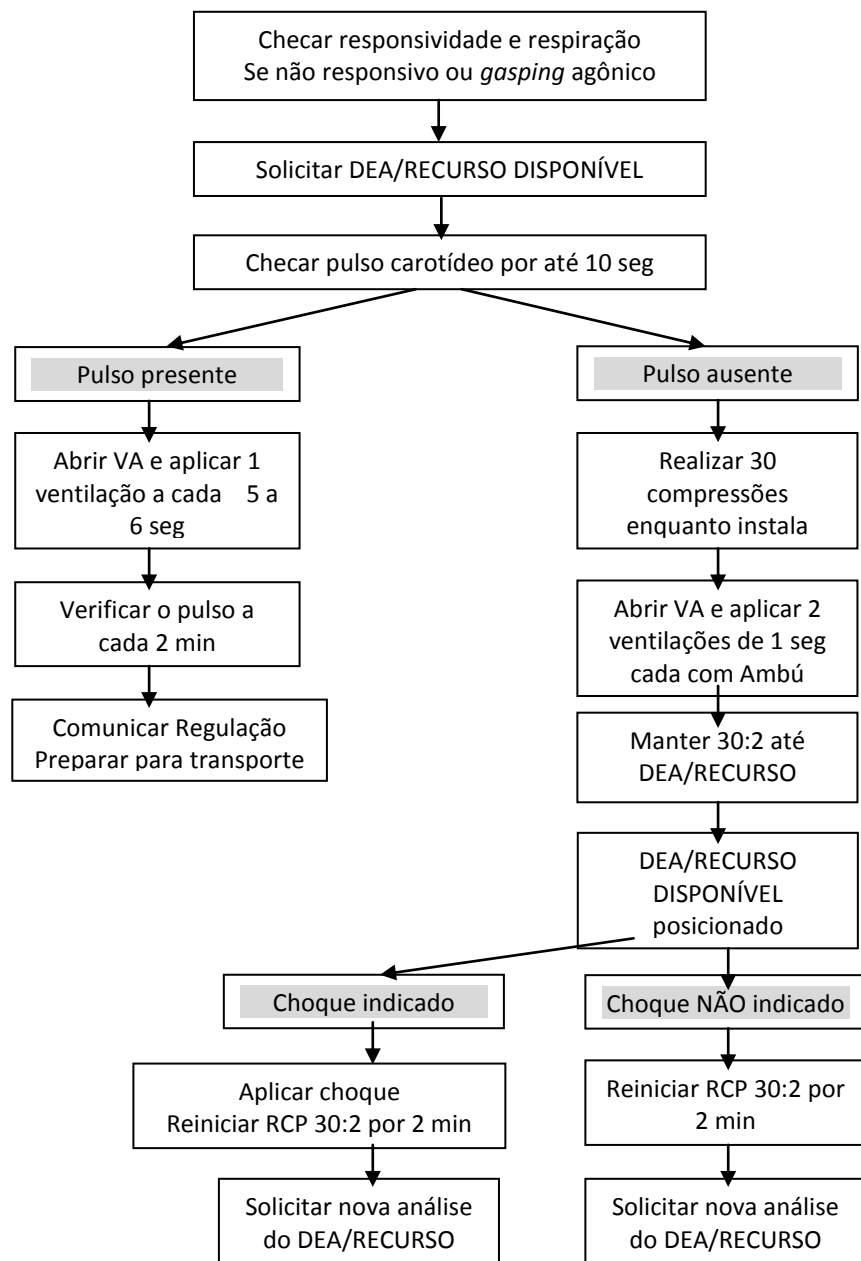
✓ **Choque indicado**

- Adrenalina (1 ampola = 1ml = 1 mg), administrar 1ampola (ou 1mg) EV/IO a cada 3 a 5 minutos;
- Executar flush de 20 a 30 ml e elevação do membro;
- Executar RCP por 2 min e solicitar nova avaliação do DEA/RECURSO DISPONÍVEL
- Amiodarona 300 mg, 1^a dose se FV/ TV IV.
- Executar flush de 20 a 30 ml e elevação do membro;
- Executar RCP por 2 min e solicitar nova avaliação do DEA/RECURSO DISPONÍVEL
- Adrenalina (1 ampola = 1ml = 1 mg), administrar 1ampola (ou 1mg) EV/IO a cada 3 a 5 minutos
- Executar flush de 20 a 30 ml e elevação do membro;
- Executar RCP por 2 min e solicitar nova avaliação do DEA/RECURSO DISPONÍVEL;
- Amiodarona 150 mg, 2^a dose se FV/ TV IV.
- Executar RCP por 2 min e solicitar nova avaliação do DEA/RECURSO DISPONÍVEL
- Adrenalina (1 ampola = 1ml = 1 mg), administrar 1ampola (ou 1mg) EV/IO a cada 3 a 5 minutos
- Executar flush de 20 a 30 ml e elevação do membro
- Permitido repetir até a 3^a. dose de adrenalina na cena;

D - Diagnóstico diferencial: pesquisar causas reversíveis da PCR e fatores contribuintes (Fatores H e Fatores T)

FATORES H	FATORES T
<ul style="list-style-type: none"> • Hipovolemia • Hipóxia • Hidrogênio (íon) – acidose • Hiper/hipocalemia • Hipotermia • Hipoglicemia (em pediatria) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tóxicos: overdose, acidental • Tamponamento cardíaco • Tensão no tórax: pneumotórax • Trombose coronária: IAM • Tromboembolismo pulmonar • Trauma (em pediatria)

FLUXOGRAMA DE PCR EM ADULTOS: SIV



- Considerar: Instalar Supraglótica, acesso EV/IO SF0,9% pmv e Adrenalina até 3 a. dose
- Considerar apoio do SAV e/ou transporte

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR Nº. 41 SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA



PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA – INTERRUÇÃO DA RCP

4ª edição

AGOSTO/2014

ATENÇÃO:

- No APH, se não houver sinais de morte óbvia, iniciar RCP;
- Enquanto o DEA/RECURSO DISPONÍVEL/Recurso Disponível indicar choque, NÃO interromper os esforços de RCP
- Iniciar manobras de RCP na cena e manter os esforços a caminho do hospital, se houver indicação de transporte
- Os esforços de RCP devem ser prolongados em pacientes que apresentem hipotermia, overdose de drogas ou outras causas potencialmente reversíveis de PCR
- Em SIV, uma vez iniciados os esforços de RCP eles só serão interrompidos diante de situações previstas nos critérios de suspensão abaixo.

CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OS ESFORÇOS DE RCP:

- Por ordem médica oriunda da Regulação, do SAV, do GRAU ou do hospital de destino;
- Após rendição por outro profissional médico no hospital;
- Por exaustão da equipe;
- Por condições ambientais inseguras e/ou muito insalubres;
- Por condições de insegurança pessoal na cena;
- Por sucesso da reanimação (restabelecimento da circulação e ventilação espontâneas e eficazes).

ATENÇÃO: Nos casos de constatação de óbito pelo médico no local, preencher e entregar aos familiares o documento de **Notificação de Morte** e orientá-los quanto aos procedimentos formais e legais.

REGRAS GERAIS PARA DESLOCAMENTOS EM RCP	
4ª edição	AGOSTO/2014

- Cabe a Regulação Médica decidir se as equipes de SBV e SIV em atendimento à PCR deverão se deslocar para o hospital mantendo as manobras de RCP. Isso pode ser necessário considerando critérios e devido a proximidade com o hospital ou para permitir interceptação pelo SAV no trajeto;
- Os critérios para essa decisão envolvem, a causa provável da PCR, a resposta do paciente aos choques e a RCP, o tempo decorrido de atendimento e a distância a ser percorrida até o hospital de destino;
- A mobilização e o transporte do paciente em RCP devem ocorrer em condições nas quais seja possível manter RCP de qualidade.

REGRAS GERAIS PARA DESLOCAMENTO EM RCP ATÉ A VIATURA:

- Planejar o deslocamento antes de inicia-lo, abrindo espaço suficiente para a passagem da maca;
- Realizar o transporte sobre a prancha rígida posicionada sobre a maca retrátil que deve estar **rebaixada e sem o colchonete**;
- Afivelar os cintos de segurança da prancha e da maca. Os cintos do tórax não devem prejudicar a expansibilidade torácica e o posicionamento dos eletrodos do DEA/RECURSO DISPONÍVEL e das mãos para a RCP;
- A velocidade do deslocamento deve garantir segurança e qualidade para técnica. **Jamais corra** durante o deslocamento;
- O deslocamento entre locais em um **mesmo plano** pode ser realizada **durante as sequências de 2 minutos de RCP**, interrompendo (parando) para reavaliação da responsividade, respiração, pulso e/ou DEA/Recurso Disponível;
- O profissional que executa as compressões torácicas pode se posicionar à cavaleira sobre o paciente na maca rebaixada;
- Se for necessário subir ou descer escadas ou ultrapassar outro tipo de obstáculo a RCP deve ser realizada até o início do obstáculo e então interrompida ao final dos 2 minutos para realizar o deslocamento;
- O início do deslocamento pode ser feito a partir de um sinal, o paciente deve então ser movido em máxima segurança e, portanto sem correria, até o próximo nível, quando então a reavaliação e a RCP devem ser

retomadas. Se houver múltiplos lances de escada, a interrupção deve ser realizada a cada nível;

- Caso a única opção razoável seja a utilização de **elevador**, deve-se considerar que:
 - Há elevadores que permitem a manutenção do paciente em DDH sobre a maca e nesse caso a RCP deve ser mantida normalmente. Considere a hipótese de avaliar o elevador de serviço, que em prédios comerciais pode ser maior que o elevador social;
 - Se não é possível transportar o paciente em DDH utilize a posição com cabeceira elevada apenas o suficiente para adequar o paciente ao espaço, em segurança;
 - Antes de iniciar o deslocamento, um dos membros da equipe deve se responsabilizar por acionar o elevador e já aguardar o paciente com a porta aberta. Pode ser solicitado ao zelador do prédio que priorize a utilização do elevador para a situação de emergência;
 - Antes de entrar no elevador deve-se finalizar os 2 minutos de RCP;
 - Em caso de um grande número de andares a serem vencidos, utilize o bom senso para decidir se é mais indicado parar entre os andares para efetivar 2 minutos de RCP. Nesse caso, considere que haverá tempo a ser consumido para sair do elevador e depois retornar ao elevador para recomear o deslocamento.
 - Ao chegar a viatura, finalize os 2 minutos de RCP para depois posicionar o paciente dentro da ambulância.

REGRAS GERAIS PARA DESLOCAMENTO EM RCP ATÉ O HOSPITAL:

- Cabe a equipe transportar o paciente na viatura realizando as manobras requeridas dentro do rigor da técnica;
- O posicionamento do paciente sobre a “prancha rígida + maca retrátil” deve ser mantido;
- Todos os profissionais devem estar com os cintos de segurança afivelados;
- O profissional responsável pela ventilação deve se posicionar na cadeira à cabeceira do paciente e enquanto o DEA/RECURSO DISPONÍVEL faz a análise do ritmo, os profissionais devem se alternar nas compressões, trocando de posições para a RCP e reafivelando os cintos;
- À medida do possível, mantenha a Regulação Médica informada sobre todos os procedimentos para receber instruções;
- Além das regras gerais de condução do veículo recomenda-se que:

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR Nº. 43
SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA****ATENDIMENTO O PACIENTE NO PERÍODO PÓS-PCR****4ª edição****AGOSTO/2014**

- ✓ Para permitir que a equipe de atendimento execute as manobras de RCP, o veículo seja conduzido em velocidade de baixa à moderada, sem mudanças bruscas de faixa de rolamento, com todos os sinais luminosos e sonoros ligados e pelo trajeto mais curto até o hospital determinado pela regulação;
- ✓ Durante o transporte seja mantida comunicação constante com o condutor pois, podem ser necessários ajustes frequentes na velocidade de condução do veículo;
- ✓ O condutor reduza a velocidade (em condição de segurança) para a reavaliação da responsividade, respiração, pulso e DEA/RECURSO DISPONÍVEL. Ao final da avaliação o condutor deve ser informado pela equipe, para que possa retomar o trajeto e a velocidade;
- ✓ Para garantir uma boa *performance* na RCP mesmo em deslocamentos, os eletrodos auto-adesivos do DEA ZOLL possuem sensor de frequência e profundidade.

ASPECTOS GERAIS DA RCP EM DESLOCAMENTOS :

- A RCP durante deslocamento deve ser mantida até que outras equipes estejam aptas a assumir sua realização ou que um médico habilitado emita ordens para encerrar os esforços. Lembre-se que o SAV pode interceptar o SIV no caminho para o hospital.
- A equipe pré-hospitalar pode ainda interromper os esforços, caso seus membros se encontrem exaustos e impossibilitados de continuar. Em casos de iminência de exaustão, é fundamental consultar o médico regulador.
- Avalie a pertinência e a adequação da presença de um membro da família dentro da ambulância durante o deslocamento do paciente em RCP. A presença do familiar garante a observação de todos os esforços que estão sendo realizados mas, potencializa o aparecimento de um segundo paciente dentro da viatura;
- Todos os detalhes devem ser registrados na ficha de atendimento, mantendo-se uma cópia para arquivo do serviço e outra no hospital de destino do paciente junto ao prontuário.

1. Diante do paciente que recupera os batimentos cardíacos, preparar-se para transporte imediato para hospital;

2. Manter atenção sobre a ventilação e presença de batimentos e a avaliação dos sinais vitais (incluindo oximetria) durante o transporte;

3. Dar especial atenção para a manutenção da permeabilidade das vias aéreas

- Se necessário manter ventilações com ambú, não hiperventilar (iniciar com 10 a 12 insuflações/min) ;
- Se indicado, oxigênio por máscara sem reinalação com reservatório mantendo saturação $\geq 94\%$;
- Manter eletrodos do DEA / RECURSO DISPONÍVEL instalados no tórax do paciente.

3. Realizar glicemia capilar

4. Estar atento para a recorrência de PCR e a necessidade de RCP e do uso do DEA/RECURSO DISPONÍVEL

5. Manter o calor corporal, porém evitar a hipertermia pós-ressucitação.

CHOQUE	
4ª edição	AGOSTO/2014

DEFINIÇÃO: Falência do sistema circulatório que resulta em perfusão tecidual inadequada generalizada.

RECONHECER OS SINAIS DE CHOQUE:

Sinais	Hipovolêmico	Neurogênico	Cardiogênico	Séptico
Temperatura da pele	fria, úmida, pegajosa	quente, seca	fria, úmida, pegajosa	fria, úmida, pegajosa
Coloração pele	pálida, cianose	Rosada	pálida, cianose	pálida, rendilhada
Pressão arterial	Diminuída	Diminuída	diminuída	diminuída
Nível de consciência	Alterado	alerta, lúcido, orientado	alterado	alterado
Enchimento Capilar	Retardado	Normal	retardado	retardado
Frequência Cardíaca	aumentada	Diminuída	aumentada	aumentada

No APH, a conduta mais segura diante de um paciente traumatizada em choque é considerar a causa do choque como hemorrágica, até prova em contrário.

CLASSIFICAÇÃO DO CHOQUE HEMORRÁGICO:

	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Quantidade sangue perdido (% volume)	< 750 mL (< 15%)	750-1500mL (15-30%)	1500-2000mL (30-40%)	> 2000mL (> 40%)
Frequência cardíaca	< 100	100-120	120-140	> 140
Frequência ventilat.	14-20	20-30	30-40	>35
Pressão arterial	Normal	Normal	Diminuída	diminuída
Débito urinário (mL/h)	> 30	20-30	5-15	mínimo
SNC/estado mental	Ansiedade discreta	Ansiedade Leve	Ansiedade, Confusão	Confusão, letargia

CONDUTA NO CHOQUE HEMORRÁGICO:

- **A:** Manter via aérea pérvua
- **B:** Administrar O₂ sob máscara c/ reservatório 10 l/min e manter ventilação adequada
- **C:** Controlar hemorragias com compressão direta sobre o local nos sangramentos externos;
 - se o sangramento for em extremidades e a compressão direta não for suficiente para coibir o sangramento, usar torniquete feito com manguito do ap. de PA ou tipo cabresto
- **D:** Avaliação neurológica
- **E:** Exposição do paciente e tratamento das lesões associadas, se possível, no trajeto ao Hospital.
- Considerar a presença de sinais de choque para realizar o protocolo do SIV:

Se sinais de choque:

- **Instalar 1 acesso venoso de grosso calibre (jelco 14, 16, 18):**
 - em região antecubital, de preferência.
 - Se o acesso difícil, realizar punção intra-óssea;
 - **Administrar solução cristalóide:**
 - Ringer lactato (1ª escolha) ou SF 0,9% nas seguintes condições:
 - a) **No adulto:** até o aparecimento do pulso radial ou uma PAS de 90 mmhg (dose máxima no APH =2 litros)
 - b) **Na criança:** infundir rapidamente 20 mL/kg (em menos de 20 minutos) de solução cristalóide; repetir o mesmo volume por 2 vezes (totalizando 3 infusões) se persistirem os sinais de choque; OBS: Não usar solução com glicose, visto que é esperada a hiperglicemia endógena durante o choque.
 - Preparar para o transporte do paciente (hospital terciário).
 - Considerar aeromédico para o transporte
- OBS:** O transporte do paciente não deve ser retardado para a obtenção de acessos venosos.

EMERGÊNCIAS CLÍNICAS – EXACERBAÇÃO DA ASMA NO ADULTO	
4ª edição	AGOSTO/2014

Suspeitar se:

- Paciente informa ser portador de asma
- Presença de: tosse, sibilos, dispnéia, taquipnéia, cianose, sudorese, alteração de nível de consciência (de agitação até apatia) uso de musculatura acessória e diminuição de saturação levando a progressiva insuficiência respiratória aguda obstrutiva

MEDIDAS INICIAIS de SIV NA SUSPEITA DE CRISE ASMÁTICA AGUDA DO ADULTO:

- Avaliação primária e secundária para rápida avaliação da gravidade
- Instalar oximetria de pulso
- Se saturação inferior a 94% instalar oxigenioterapia por máscara 6l/min
- Manter o paciente sentada, em posição confortável
- Realizadas as manobras em SBV, se o paciente persistir com saturação <95% associada aos sinais e sintomas suspeitos;
- Manter atenção para a ocorrência de PR e PCR.

Classificação da Gravidade da Crise Asmática

Achado	Muito grave	Grave	Moderado/leve
Gerais	Cianose, sudorese, exaustão	Sem alterações	Sem alterações
Estado mental	Agitação, confusão, sonolência	Normal	Normal
Dispneia	Intensa	Moderada	Ausente/leve
Fala	Frases curtas/monossilábicas	Frases incompletas/parciais	Frases completas
Musculatura acessória	Retrações acentuadas	Retrações subcostais e/ou de fúrcula acentuadas	Retração intercostal leve ou ausente
Sibilos	Ausente com MV↓ / localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV normal/ localizados ou difusos
FR (ipm)	Aumentada	Aumentada	Normal ou aumentada
FC (bpm)	> 140 ou bradicardia	>110	≤ 110
SaO ₂ (ar ambiente)	≤ 90%	91-95%	>95%

Fonte: Adaptado de Diretrizes da SBPT para o Manejo da Asma. J Bras Pneumol 2012. 38(Supl 1):S23.

Na presença de crise de exacerbação da asma considerar:

1. Salbutamol aerossol dosimetrado acoplado a espaçador e máscara:

- **Adultos ou crianças:** 4 a 8 jatos (400 a 800 mcg)
- Acesso venoso pmv

Alternativa: Na ausência de .Salbutamol aerossol dosimetrado acoplado a espaçador e máscara, Nebulização com Fenoterol (Berotec)

- Adultos: 10 gotas diluídas em 4 a 5 ml de SF 0,9% com O2 6l/min
- Crianças: 1 gota a cada 3kg de peso em 4 a 5ml de SF 0,9% com O2 em 6 a 8l/min
- Nas crises graves pode-se associar Brometo de Ipratrópio 40 gts na nebulização com Fenoterol;

ATENÇÃO: Água destilada não deve ser utilizada como veículo nas nebulizações devido ao risco de agravamento e até de óbito durante a exacerbação

2. Iniciar a preparação para o transporte imediato do paciente durante a 1ª nebulização.

- A 2ª. nebulização só deve ser considerada se a oximetria persistir <90% e após 20 minutos da 1ª. se o trajeto até o hospital for superior a 20min.

3. Acesso Venoso com Solução Fisiológica p.m.v.

Técnica correta de Utilização do Aerossol dosimetrado com espaçador e máscara:

- Testar o nebulímetro antes de usá-lo pela primeira vez ou se o mesmo não tiver sido usado durante uma semana ou mais. Para isso, remova o protetor do bocal, agite bem o frasco e libere um jato para certificar-se de que funciona;
- Adaptar o nebulímetro ao espaçador e máscara;
- Manter a máscara bem adaptada à face do paciente (cobrindo boca e nariz), para evitar escape do medicamento.
- Após o disparo de cada jato, aguardar de 5 a 10 inspirações do paciente e a seguir, afastar a máscara da face.
- Na sequência, agitar bem o nebulímetro e repetir o procedimento para cada dose a ser aplicada, com intervalo de 30 segundos entre as doses.

EMERGÊNCIAS CLÍNICAS – EXCERBAÇÃO DA DPOC NO ADULTO

4ª edição

AGOSTO/2014

Suspeitar se:

- Paciente informa ser portador de DPOC
- Presença de: tosse, dispnéia, expectoração taquipnéia, cianose, sudorese, sensação de opressão no peito, alteração de nível de consciência (de agitação até apatia) uso de musculatura acessória e diminuição de saturação levando a progressiva insuficiência respiratória aguda obstrutiva;
- Informação de piora dos sinais e sintomas da doença de base com piora da tosse e piora da dispneia e da expectoração.

MEDIDAS INICIAIS em SIV NA SUSPEITA DE EXACERBAÇÃO DA DPOC NO ADULTO:

- Avaliação primária e secundária para rápida avaliação da gravidade
- Instalar oximetria de pulso
- Se saturação inferior a 90% instalar oxigenioterapia por catéter de oxigênio, 2 a 3L/min. A meta deve ser manter a saturação entre 90 e 92%.
- Manter o paciente sentada, em posição confortável
- Realizadas as manobras em SBV, se o paciente persistir com saturação <90% associada aos sinais e sintomas suspeitos, considerar a solicitação de autorização para realizar as condutas adicionais em SIV.
- Manter atenção para a ocorrência de PR e PCR.
- Na presença de crise de exacerbação da DPOC seguir Protocolo para Asma (Protocolo 45)

Na presença de crise de exacerbação da asma considerar:

1. Salbutamol aerossol dosimetrado acoplado a espaçador e máscara:

- **Adultos ou crianças:** 4 a 8 jatos (400 a 800 mcg)
- Acesso venoso pmv

Alternativa: Na ausência de Salbutamol aerossol dosimetrado acoplado a espaçador e máscara, Nebulização com Fenoterol (Berotec)

- Adultos: 10 gotas diluídas em 4 a 5 ml de SF 0,9% com O2 6l/min
- Crianças: 1 gota a cada 3kg de peso em 4 a 5ml de SF 0,9% com O2 em 6 a 8l/min
- Nas crises graves pode-se associar Brometo de Ipratrópio 40 gts na nebulização com Fenoterol;

ATENÇÃO: Água destilada não deve ser utilizada como veículo nas nebulizações devido ao risco de agravamento e até de óbito durante a exacerbação

2. Iniciar a preparação para o transporte imediato do paciente durante a 1ª nebulização.

- A 2ª nebulização só deve ser considerada se a oximetria persistir <90% e após 20 minutos da 1ª. se o trajeto até o hospital for superior a 20min.

3. Acesso Venoso com Solução Fisiológica p.m.v.

Técnica correta de Utilização do Aerossol dosimetrado com espaçador e máscara:

- Testar o nebulímetro antes de usá-lo pela primeira vez ou se o mesmo não tiver sido usado durante uma semana ou mais. Para isso, remova o protetor do bocal, agite bem o frasco e libere um jato para certificar-se de que funciona;
- Adaptar o nebulímetro ao espaçador e máscara;
- Manter a máscara bem adaptada à face do paciente (cobrindo boca e nariz), para evitar escape do medicamento.
- Após o disparo de cada jato, aguardar de 5 a 10 inspirações do paciente e a seguir, afastar a máscara da face.
- Na sequência, agitar bem o nebulímetro e repetir o procedimento para cada dose a ser aplicada, com intervalo de 30 segundos entre as doses.

EMERGÊNCIAS CLÍNICAS – INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	
4ª edição	AGOSTO/2014

Suspeitar se:

- **Quadro inicial:** taquipnéia e dispnéia leves, tosse seca, hipoxemia relativa
- **Com a evolução:** dispnéia intensa, taquipnéia, ortopnéia, sensação de opressão torácica, palidez cutânea, extremidades frias, sudorese, cianose, tosse com expectoração clara ou rósea, taquicardia, estertores pulmonares à ausculta (inicialmente na base, depois em todo o pulmão), com ou sem roncos e sibilos

MEDIDAS INICIAIS em SIV NA SUSPEITA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA:

- Avaliação primária e secundária
- Instalar oximetria
- Se Sat<95% administrar O₂ por máscara 6l/min.
- Manter o paciente em posição sentada, preferencialmente rebaixando o nível dos MMII (com as pernas pêndulas para fora da maca)
- Em adultos, realizadas as manobras em SBV, se o paciente persistir com saturação <95% associada aos sinais e sintomas suspeitos, considerar condutas do protocolo em SIV.
- Acesso venoso com SF 0,9% sob infusão lento
- Aumentar o fluxo da máscara de O₂ para 10l/min
- Preparar para o transporte imediato do paciente

EMERGÊNCIAS CLÍNICAS – DOR NO PEITO DE ORIGEM CARDÍACA	
4ª edição	AGOSTO/2014

Suspeitar se:

- Na presença de : Dor prolongada localizada nas regiões retroesternal difusa, epigástrica, abdominal alta ou precordial, com irradiação para dorso, pescoço, ombro, mandíbula e membros superiores, principalmente o esquerdo
- Características da dor : opressiva, “em aperto”, contínua, com duração de vários minutos, podendo acompanhar-se de náuseas e vômitos, sudorese fria, dispnéia, sensação de morte iminente, ansiedade; desencadeado por estresse emocional ou esforço físico, podendo também surgir em repouso, durante o sono ou durante exercício leve.
ATENÇÃO: mulheres, idosos e diabéticos podem apresentar quadro atípico, com desconforto gastrointestinal, dispnéia, tontura, estado confusional, síncope e sinais de AVE (acidente vascular encefálico)
- ECG com alterações sugestivas (elevação do segmento ST, bloqueio de ramo novo ou supostamente novo, depressão do segmento ST ou inversão dinâmica de onda T) detectadas pela teleletrocardiografia e/ou informadas pela regulação;
- História de angina e/ou IAM anterior ou uso de medicamentos anti-anginosos

MEDIDAS INICIAIS em SIV NA SUSPEITA DE DOR TORÁCICA:

- Informar a Central de Regulação
- Manter o paciente em posição semissentada e tranquilizá-la
- Realizar avaliação primária e secundária
- Instalar oximetria
- Administrar O₂, com máscara com reservatório, com fluxo de 6 l/min apenas se evidência de desconforto respiratório ou se Saturação < 94%;
- Monitorizar se possível;
- Na entrevista, pesquisar especialmente:
 - ✓ Características da dor: início, término, tipo, local
 - ✓ Fatores de risco: HAS, DM, tabagismo, obesidade, história familiar
 - ✓ Uso de medicamentos
- Preparar para transporte;
- Sob decisão da Regulação Médica, aguardar o envio do SAV ou transportar para hospital terciário adequado ou com Unidade Coronariana (UC) e serviço de hemodinâmica.
- Diminuir o estresse do transporte com velocidade moderada e evitando o uso de sirenes;

- Preparar-se para ocorrência de PCR e necessidade de RCP + DEA / Recurso Disponível
- Em adultos considerar a realização do protocolo de SIV:
 - **Administrar AAS 300 mg VO macerado (mandar mastigar)**
Contra-indicações: alergia, sangramento ativo ou recente do trato gastrointestinal
- **Acesso venoso com SF 0,9% lento p.m.v.**

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR Nº. 49
SUORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA



EMERGÊNCIAS CLÍNICAS – CRISES CONVULSIVAS NO ADULTO	
4ª edição	AGOSTO/2014

MEDIDAS INICIAIS em SIV DURANTE A CRISE CONVULSIVA:

- Afastar objetos que possam ferir o paciente
- Não tentar restringir movimentos
- Não colocar nada na boca do paciente
- Proteger a cabeça
- Assim que a crise cessar, se não houver história de trauma colocar o paciente em posição de recuperação, lateralizada à esquerda

MEDIDAS INICIAIS em SIV APÓS A CRISE CONVULSIVA:

- Manter o corpo do paciente protegido de traumatismos
- Realizar avaliação primária e secundária
- Garantir a permeabilidade das vias aéreas: Aspirar secreções SN
- Administrar O₂ por máscara sem reinalação com reservatório 10 l/min
- Imobilizar a coluna cervical se houver história de trauma
- Avaliar glicemia capilar
- Monitorar sinais vitais e oximetria de pulso
- Preparar para medidas em SIV
- Realizadas as manobras em SBV após a crise, se o paciente apresentar convulsões com duração maior que 5 minutos e/ou glicemia capilar <60mg/dl, considerar a realização de medidas adicionais em SIV:

- **Acesso venoso com SF 0,9% pmv**
- **Se glicemia < 60mg/dl, administrar 50ml de Glicose 50%, IV/IO** (concentração IV/IO máxima recomendada é 25% - pode ser preparada diluindo-se a glicose 50% 1:1 com água destilada ou SF 0,9%);
- Em caso de histórico de alcoolismo, hepatopatia ou desnutrição, **administrar Tiamina 100 mg IM, simultaneamente com a glicose**, para prevenção da encefalopatia de *Wernicke-Korsakoff*;

ESTADO DE MAL EPILÉPTICO: pelo fato de crises prolongadas causarem danos ao SNC, alguns autores recomendam que as condutas para estado de mal epilético sejam adotadas após 5 minutos contínuos de crise ou na

ocorrência de duas ou mais crises intermitentes, sem recuperação da consciência entre elas

MEDIDAS INICIAIS em SIV NA SUSPEITA DE ESTADO DE MAL EPILÉPTICO:

- Medidas gerais durante a crise
- Preparar para transporte
- Se a crise durar mais de 5 minutos e se o paciente apresentar glicemia capilar <60mg/dl, considerar a autorização para realizar medidas adicionais em SIV previstas para a crise convulsiva.

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR Nº. 50
SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA**



EMERGÊNCIAS CLÍNICAS – AVE

4ª edição

AGOSTO/2014

Suspeitar se:

- Início súbito de déficits neurológicos focais: Fraqueza, dormência ou paralisia em face, MMSS ou MMII especialmente de um lado corpo;
- Fraqueza, paralisia ou perda de expressão de um lado da face;
- Distúrbios da fala: alterada, incompreensível ou completa perda;
- Dificuldade de entendimento;
- Súbita alteração da visão em um ou ambos os olhos;
- Súbita dificuldade para caminhar;
- Vertigem ou perda do equilíbrio ou coordenação;
- Cefaléia súbita e intensa sem causa conhecida;
- Alteração da consciência: confusão súbita ou não responsividade;
- Quadros atípicos podem sugerir distúrbios psiquiátricos.

MEDIDAS INICIAIS em SIV NA SUSPEITA DE DE AVE:

- Realizar avaliação primária e secundária
- Manter a permeabilidade das vias aéreas (supraglótica se necessário)
- Instalar oximetria
- Administrar O₂ sob máscara para manter Sat. O₂ ≥ 94%;
- Se não houver suspeita de trauma cervical, manter decúbito elevado para melhorar o retorno venoso
- Realizar avaliação neurológica:
 - ✓ Escala de AVE de Cincinnati
 - ✓ Escala de Coma de Glasgow
 - ✓ Avaliar pupilas
- Avaliar glicemia capilar
- Determinar precisamente o horário de início dos sintomas (ou o horário em que o paciente foi visto normal pela última vez) e comunicar ao médico do hospital;
- Realizadas as manobras iniciais em SIV, se o paciente apresentar glicemia capilar <60mg/dl, hipertermia, convulsões ou hipertensão realizar condutas adicionais em SIV conforme os protocolos específicos.
- **Acesso venoso com SF 0,9% pmv;**

- **Se glicemia < 60mg/dl:** administrar 50ml de Glicose 50%, IV/IO (concentração IV/IO máxima recomendada é 25% - pode ser preparada diluindo-se a glicose 50% 1:1 com água destilada ou SF 0,9%);
- Em caso de histórico de alcoolismo, hepatopatia ou desnutrição, administrar Tiamina 100 mg IM, simultaneamente com a glicose, para prevenção da encefalopatia de *Wernicke-Korsakoff*;
- Transportar rapidamente, após estabilizar o paciente, para hospital adequado (capaz de fornecer cuidados para AVE agudo e com tomografia funcionante).

ATENÇÃO: na fase aguda do AVE, cuidado ao administrar medicação para redução da pressão arterial, pois os anti-hipertensivos podem levar à diminuição da perfusão cerebral e agravar o quadro neurológico; a redução da PA deve ser gradativa e cuidadosa, realizada dentro do hospital – não tentar reduzir a PA no APH

ESCALA PRÉ-HOSPITALAR DE AVE DE CINCINNATI

Identifica o AVE com base em 3 achados físicos, descritos abaixo:

1. **Desvio de rima bucal:** pedir para o paciente sorrir ou mostrar os dentes
 - Normal: ambos os lados da face movem-se igualmente;
 - Anormal: um dos lados move-se menos ou não se move, desviando a rima para o lado oposto.



Anormal: desvio de rima

(Fonte: Advanced Cardiovascular Life Support. Provider Manual, 2006, pg. 108-9)

2. **Queda do membro superior:** paciente sentada, com os olhos fechados, pedir para levantar os braços à mesma altura e mantê-los estendidos na horizontal, com as palmas das mãos para cima, por 10 segundos
 - Normal: os 2 membros movem-se igualmente e assim se mantêm;

- Anormal: um dos membros não se move ou cai, em comparação ao outro.



Anormal : queda de 1 dos braços

(Fonte: Advanced Cardiovascular Life Support. Provider Manual, 2006, pg. 108-9)

3. **Alteração na fala:** pedir para que o paciente repita a frase “O rato roeu a roupa do rei de Roma”
 - Normal: repete usando as palavras corretamente e pronunciando-as sem fala pastosa;
 - Anormal: mistura as palavras, usa palavras inarticuladas ou erradas ou é incapaz de falar.

INTERPRETAÇÃO: Na presença de uma das ocorrências anormais, deve-se suspeitar de AVE (72% de probabilidade de ser um AVE); na presença dos 3 achados, a probabilidade é superior a 85%.

EMERGÊNCIAS CLÍNICAS – CRISE HIPERTENSIVA	
4ª edição	AGOSTO/2014

CRISE HIPERTENSIVA: situação resultante do aumento da pressão arterial com risco de morte. Pode ser dividida em urgência ou emergência hipertensiva.

URGÊNCIA HIPERTENSIVA: importante elevação da pressão arterial (em geral PA diastólica \geq 120 mmHg), sem sintomas graves e sem risco imediato à vida ou de dano agudo a órgãos-alvo ou comprometimento vascular, mas que pode evoluir para complicações graves; procurar reduzir a PA em até 24 horas

EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA: quando existe evidente dano agudo e progressivo vascular e de órgãos-alvo, com rápida descompensação da função de órgãos vitais e com risco iminente à vida ou de lesão orgânica irreversível, demandando início imediato da redução dos níveis pressóricos.
Inclui os quadros de: encefalopatia hipertensiva, AVE, hemorragia subaracnóide, complicações cardiovasculares (IAM, angina instável com dor, falência de ventrículo esquerdo, dissecção de aorta, edema agudo de pulmão), falência renal. Paciente pode apresentar cefaléia, confusão, vômitos, visão borrada, dor torácica, dificuldade respiratória, entre outros.

LEMBRAR: a redução rápida dos níveis pressóricos leva à isquemia e infartos iatrogênicos, por hipoperfusão. Na suspeita de AVE agudo, a redução da PA deve ser gradativa e cuidadosa, evitando-se reduções bruscas e excessivas.

MEDIDAS INICIAIS em SIV NA SUSPEITA DE CRISE HIPERTENSIVA:

- Realizar avaliação primária e secundária com medição da PA
- Instalar oximetria de pulso
- Administrar O₂ sob máscara se sat $<$ 94%
- Obter história de patologias de base e uso de medicamentos (SAMPLA)
- Colocar o paciente em repouso com decúbito elevado e procurar tranquilizá-la
- Medir glicemia capilar
- Realizar ECG de 2ª. opinião (Telecárdio)
- Repetir a mensuração dos níveis pressóricos
- Preparar para transporte
- Realizadas as manobras em SBV, se a PA permanecer elevada após repouso e tranquilização do paciente, considerar realizar condutas adicionais em SIV

- Monitorizar se equipamento disponível

1.Administrar Captopril (Capoten): 25 mg, VO

Apresentação: comprimidos de 12,5mg, 25mg e 50mg

Início de ação: em 20 a 30 minutos

Contraindicação: estenose bilateral de artéria renal e alergia ao medicamento

ATENÇÃO: Não utilizar em caso de:

- Cincinati positivo
- Dor no peito
- HAS de base

EMERGÊNCIAS CLÍNICAS – BRADICARDIA COM PULSO	
---	--

4ª edição	AGOSTO/2014
-----------	-------------

BRADICARDIA: FC <60 bpm

BRADICARDIA SINTOMÁTICA: FC <60 bpm associada a alteração consciência, dor torácica constante, hipotensão e outros sinais de choque.

MEDIDAS INICIAIS em SIV NA BRADICARDIA:

- Avaliação primária e secundária
- Instalar oximetria
- Oferecer oxigênio 6 l/min se sat <94% ou dispnéia
- Avaliar glicemia capilar e tratar se necessário conforme Protocolo
- Estar atenta para a ocorrência de PCR e necessidade de RCP+DEA/RECURSO DISPONÍVEL
- Avaliar a presença de sinais de instabilidade com má perfusão : alteração consciência, dor torácica constante, hipotensão e outros sinais de choque.
- Monitorizar se equipamento disponível
- Preparar para Transporte.
- Realizadas as manobras, se o paciente persistir com sinais de instabilidade, considerar realizar condutas adicionais em SIV:

1. Acesso Venoso SF 0,9% pmv

2. Administrar Atropina 0,5 mg (1 ampola = 1ml = atentar para a apresentação)

- Administrar 2 ampolas de 0,25mg (ou 1 ampola de 0,5 mg) EV/IO;
- Se EV executar flush de 20 a 30 ml e elevação do membro após a administração;
- Iniciar a preparação para o transporte do paciente .

Atenção: Não utilizar se dor no peito ou IAM

EMERGÊNCIAS CLÍNICAS – TAQUIARRITMIA COM PULSO	
---	--

4ª edição	AGOSTO/2014
-----------	-------------

TAQUICARDIA: FC > 100 bpm com sintomas
Aqui será considerada a taquicardia com pulso palpável

TAQUICARDIA SINTOMÁTICA: FC > 100 bpm associada a alteração da consciência, dor torácica constante, falta de ar, fraqueza, fadiga, pré-síncope ou síncope, hipotensão ou outros sinais de choque (perfusão inadequada). OBS: Os sintomas são incomuns se a FC for < 150 b.p.m.

MEDIDAS INICIAIS em SIV :

- Avaliação primária e secundária
- Instalar oximetria
- Oferecer oxigênio 6 l/min se sat<94%
- Avaliar glicemia capilar e tratar s/n
- Estar atenta para a ocorrência de PCR e necessidade de RCP+DEA/RECURSO DISPONÍVEL
- Monitorizar se equipamento disponível
- Avaliar a presença de sinais de instabilidade : alteração da consciência, dor torácica constante, falta de ar, fraqueza, fadiga, pré-síncope ou síncope, hipotensão ou outros sinais de choque (perfusão inadequada)
- Preparar-se para ocorrência de PCR e necessidade de RCP+DEA/RECURSO DISPONÍVEL
- Preparar para transporte.
- Diminuir o estresse do transporte com velocidade moderada e evitando o uso de sirenes.

ATENÇÃO: Com auxílio da Regulação Médica, remover todos os casos para hospital com cardiologia.

EMERGÊNCIAS CLÍNICAS – HIPOTERMIA

4ª edição

AGOSTO/2014

DEFINIÇÃO: Temperatura central < 35°C. Difícil avaliação no APH, sem equipamento adequado para aferição da temperatura retal, esofágica ou timpânica. Diagnóstico sugerido pela história de exposição ao frio, avaliação de grupos de risco e sinais clínicos.

GRUPOS DE RISCO PARA HIPOTERMIA: Idosos, crianças, pessoas em situação de rua, deficientes intelectuais, tetraplégicos, diabéticos, alcoólatras, usuários de drogas, politraumatizados, pacientes de afogamento, grandes queimados, pessoas expostas ao vento, umidade e temperatura ambiental baixa.

Grau de hipotermia	Sinais clínicos
Leve (> 34°C) (fase excitatória)	Taquicardia, hipertensão arterial, taquipneia, broncorreia, broncoespasmo, tremores musculares, rigidez muscular, pele fria e pálida, cianose de extremidades, confusão mental com desorientação ou apatia, ataxia e incoordenação de movimentos, hiperreflexia, diurese induzida pelo frio.
Moderada (entre 30 e 34°C) (fase de depressão)	Bradycardia, hipotensão arterial, arritmias atriais (como fibrilação atrial e taquicardia juncional), diminuição da FR ou bradipneia, cessam o tremores, espasmos musculares, depressão do SNC com torpor ou coma, hiporreflexia, pupilas não reativas, alucinações.
Grave (< 30°C)	Depressão profunda do SNC, arreflexia, rigidez, bradycardia grave e hipotensão, bradipneia ou apneia, pode ocorrer edema pulmonar e arritmias ventriculares (FV) ou assistolia.

MEDIDAS INICIAIS em SIV NA HIPOTERMIA (todas as pacientes):

- Realizar avaliação primária (responsividade, respiração e pulso);
- Cortar com tesoura e remover roupas molhadas; aquecer o paciente, cobrindo-a (inclusive a cabeça, exceto a face) com cobertor metálico ou com cobertor de lã sob o metálico, retirando-a rapidamente do ambiente frio e isolando-a do vento;
- Não colocar compressas quentes ou massagear as extremidades;
- Manipular o paciente cuidadosamente, evitando movimentos bruscos (pequenas manipulações podem induzir fibrilação ventricular);
- Manter o paciente em DDH (posição ortostática aumenta o risco de convulsões);
- Manter a permeabilidade das vias aéreas, com imobilização da coluna cervical se houver trauma;

- Instalar oximetria e administrar O₂ por máscara não reinalante 10 L/min;
 - Se pulso e respiração presentes: continuar realizando as medidas gerais e transportar rapidamente para hospital terciário;
 - S/N e indicado, instalar supraglótica
 - Realizar avaliação secundária com ênfase para SAMPLA e sinais vitais
 - Realizar avaliação da glicemia capilar e tratar conforme protocolo.

Considerar realizar condutas adicionais em SIV:

- **Acesso venoso pmv**
- **Administrar glicose se glicemia < 60 mg/dL** (p/ adultos, infundir 50 mL de glicose 50%, simultaneamente com 100 mg de Tiamina, IM);
- **Seguir protocolo próprio.**

CONSIDERAÇÕES SOBRE A PCR NO PACIENTE DE HIPOTERMIA:

- Se pulso e respiração ausentes: iniciar imediatamente as manobras de RCP + DEA/RECURSO DISPONÍVEL;
- Instalar cânula supraglótica;
- Seguir protocolo de PCR;
- Ritmo chocável: desfibrilar imediatamente e reiniciar RCP (seguir protocolo próprio);

EMERGÊNCIAS CLÍNICAS – REAÇÃO ANAFILÁTICA NO ADULTO

4ª edição

AGOSTO/2014

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:

- Mucocutâneas: eritema, *rash* morbiliforme, urticária, prurido, erupção pilosa, angioedema, palidez, prurido de lábios, língua, úvula e canal auditivo externo, edema de lábios, língua, úvula; prurido de genitália, palmas e plantas;
- Oculares: prurido, lacrimejamento, hiperemia, edema periorbitário, eritema conjuntival;
- Respiratórias: coriza, espirros, prurido e aperto na garganta, tosse seca, estridor, disfonia, rouquidão, dificuldade para deglutir, estertores, taquipneia, aperto no peito, hipoxemia, cianose, sibilância, dispneia, até parada respiratória;
- Cardiovasculares: dor torácica, síncope, sensação de fraqueza, hipotensão, choque, taquicardia, arritmias, palpitação, incontinências, até parada cardíaca;
- Digestivas: dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, disfagia;
- Neurológicas: inquietação, cefaleia pulsátil, tontura, alteração do estado mental, confusão, visão em túnel.

CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA O DIAGNÓSTICO DE ANAFILAXIA:

A anafilaxia é altamente provável quando preencher qualquer um dos 3 critérios a seguir:

CRITÉRIO 1:

Doença de início agudo (minutos a horas), com envolvimento de pele e/ou mucosas (urticária, prurido ou rubor, inchaço de lábios, língua ou úvula) e pelo menos uma das seguintes condições:

- Acometimento respiratório (dispneia, broncoespasmo, estridor, hipoxemia) OU;
- Redução da pressão arterial ou sintomas relacionados à disfunção de órgãos alvo (síncope, hipotonia, incontinência) - 80% dos casos;

CRITÉRIO 2:

Dois ou mais dos seguintes fatores, que ocorrem minutos a horas após exposição a um provável alérgeno para o paciente em questão:

- Envolvimento de pele e/ou mucosas;
- Comprometimento respiratório;
- Redução da pressão arterial ou sintomas associados à disfunção de órgãos alvo (síncope, hipotonia, incontinência);
- Sintomas gastrointestinais persistentes (dor abdominal, vômitos);

CRITÉRIO 3:

Redução da pressão arterial minutos a horas após exposição a alérgeno conhecido para o paciente em questão:

- Lactentes e crianças: pressão sistólica baixa (idade específica) ou queda maior que 30% na pressão sistólica basal;
- Adultos: PA sistólica menor que 90mmHg ou queda maior que 30% da pressão basal do paciente.

MEDIDAS INICIAIS em SIV NA SUSPEITA DE REAÇÃO ANAFILÁTICA:

- Reconhecer precocemente o quadro (qualquer um dos 3 critérios).
- Suspender, se possível, a exposição ao provável agente desencadeante/Recurso disponível;
- Colocar o paciente em **decúbito dorsal** (se apresentar dispneia ou vômitos, colocar em posição de conforto) e **ELEVAR OS MEMBROS INFERIORES**; não permitir que o paciente sente ou levante-se bruscamente e não colocá-la em posição vertical, pelo risco de morte súbita (síndrome da veia cava e do ventrículo vazio).
- Avaliar rapidamente: vias aéreas, respiração, circulação, estado mental, pele e peso aproximado do paciente ;
- Manter permeabilidade das vias aéreas;
- Monitorar oximetria de pulso e sinais vitais
- Administrar O₂ sob máscara Administrar O₂ (6 a 8 L/min.) sob máscara a todos os pacientes com angústia respiratória e para aqueles com doenças respiratórias ou cardiovasculares crônicas;
- Atentar para a ocorrência de PCR e a necessidade de RCP+DEA/RECURSO DISPONÍVEL
- Monitorizar, se necessário, com aparelho disponível;
- Iniciar o transporte para o hospital o mais rápido possível.
- Considerar realização de condutas adicionais em SIV se a anafilaxia for fortemente suspeitada.
- **Administrar Epinefrina 1:1000 (1 mg/mL), na dose de 0,01 mg/kg ou máximo de 0,5 mg (0,5 mL), via IM (na região anterolateral do terço médio da coxa).** Pode ser repetida a cada 5 a 15 minutos durante o transporte, baseado na gravidade e na resposta à aplicação anterior ;

ATENÇÃO PARA O PREPARO DA EPINEFRINA: Preparar em seringa de 1 mL e injetar na coxa utilizando agulha 25x7 (ou 30x7 se musculatura hipertrófica ou obesidade no local).

- **Instalar acesso venoso antecubital de grosso calibre ou acesso intra-ósseo e instalar SF 0,9% 500ml para manutenção (lento)**
- **Se choque: repor volemia, com 1 a 2 litros de solução salina 0,9%, IV (5 a 10 mL/Kg nos primeiros 5 a 10 minutos); titular a**

velocidade de administração de acordo com a monitorização da PA (PA sistólica > 90) e frequência cardíaca;

- Na presença de broncoespasmo realizar Protocolo de Asma.

ASPECTOS GERAIS SOBRE OS EFEITOS ADVERSOS DA EPINEFRINA:

- **Efeitos transitórios** esperados após aplicação da dose recomendada de epinefrina, por qualquer via de administração incluem: palidez, tremores, ansiedade, palpitação, tontura e cefaleia; esses sinais indicam que a dose terapêutica foi ofertada;

- **Efeitos adversos graves** (arritmias ventriculares, crise hipertensiva, edema pulmonar) ocorrem potencialmente após dose excessiva de epinefrina, por qualquer via de administração; entretanto ocorrem principalmente após infusão IV, secundariamente a problemas na administração (como infusão IV rápida ou em bolo, infusão da droga sem a correta diluição).

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

Nº. 56



EMERGÊNCIAS CLÍNICAS – CÓLICA NEFRÉTICA NO ADULTO

4ª edição

AGOSTO/2014

QUANDO SUSPEITAR:

Dor de forte intensidade na região lombar que pode irradiar para flancos e seguir até região inguinal, associada ou não a:

- Dor abdominal difusa;
- Náuseas, mal-estar, vômito;
- Hematúria, disúria ou polaciúria;
- Agitação
- história de eventos de repetição

MEDIDAS INICIAIS em SIV NA SUSPEITA DE COLICA NEFRÉTICA:

- Realizar avaliação primária e secundária
- Instalar Oximetria
- Administrar oxigênio por máscara se indicado
- Preparar para transporte rápido
- Realizadas as manobras em SIV, considerar medidas adicionais enquanto prepara para transporte:

1. Instalar acesso venoso antecubital de grosso calibre ou acesso intra-ósseo e instalar SF 0,9% 500ml para manutenção (lento). Não hiper-hidratar.

2. Administrar Escopolamina :

- **Escopolamina:** 1 ampola = 1 mL = 20 mg, diluída em 9 mL AD, via IV lentamente **ou**
- **Escopolamina + Dipirona:** 1 ampola = 5 mL, diluída em 15 mL de AD, via IV lentamente (administrar a menor dose eficaz, portanto diante da melhora da dor, encerrar a administração).

3. Administrar Cetorolaco de Trometamida (Toradol ou Toragesic):

1 ampola (1 ampola=30mg) diluída em 9 ml de A.D., administrar a menor dose eficaz: iniciar com 3ml da solução diluída (10mg)

4. Na ocorrência de náuseas e vômitos, administrar:

- **Ondansetrone:** 1 ampola = 4 mg = 2 mL, via IV (preferir especialmente em idosos); **ou**
- **Dimenidrinato:** 1 ampola = 30 mg = 10 mL, via IV, muito lentamente.

EMERGÊNCIAS CLÍNICAS - HIPERGLICEMIA (ADULTO E CRIANÇA)

4ª edição AGOSTO/2014

QUANDO SUSPEITAR :

- **História :** de DM associado a uso equivocado (insuficiente) de insulina ou hipoglicemiantes orais ou ingestão excessiva de alimentos. Queixa de polaciúria e/ou sede.
- **Quadro inicial :** glicemia capilar > 110mg/dl, náuseas, vômitos, dor abdominal, hálito de fruta (cetônico) e alteração de nível de consciência (apatia, torpor, agitação ou inconsciência), sinais de desidratação (turgor da pele diminuído, pele quente)
- **Fatores desencantes:** infecções (ITU e infecções respiratórias), alterações vasculares (AVC e IAM), uso de corticosteróides, traumas.

QUADROS ASSOCIADOS:

- **Cetoacidose diabética:** glicemia > 250 mg/dL (na criança: > 200 mg/dL);
- **Estado hiperosmolar hiperglicêmico:** glicemia > 600 mg/dL.

MEDIDAS INICIAIS em SIV NA HIPERGLICEMIA:

- Avaliação primária e secundária
- Avaliar glicemia capilar
- Instalar oximetria e administrar oxigênio por máscara se sat < 94%
- Preparar para transporte
- Realizadas as manobras em SIV, **SE** a glicemia capilar estiver acima de 250mg/dl **OU** na presença de sinais de alteração de consciência, considerar medidas adicionais em SIV durante o transporte.

Realizadas as manobras em SIV, **SE** a glicemia capilar estiver acima de 250mg/dl **OU** na presença de sinais de alteração de consciência, considerar:

1. Instalar acesso venoso antecubital de grosso calibre ou acesso intra-ósseo e instalar:

NO ADULTO : SF 0,9% 500ml (para correr em 1 h)

NA CRIANÇA : SF 0,9% 10ml/kg (para correr em 1 h)

EMERGÊNCIAS CLÍNICAS - HIPOGLICEMIA (ADULTO, CRIANÇA e RN)

4ª edição AGOSTO/2014

QUANDO SUSPEITAR :

- **História :** de DM associado a uso equivocado (excesso) de insulina ou hipoglicemiantes orais ou ingestão insuficiente de alimentos. Esforço físico ou estresse emocional.
- **Quadro inicial :** glicemia capilar < 60mg/dl associada a alteração do nível de consciência (apatia, torpor ou inconsciência), palidez e tremores.
- **OBS:** No recém-nascido: considerar glicemia capilar ≤ 40 mg/dL

MEDIDAS INICIAIS em SIV NA HIPOGLICEMIA:

- Avaliação primária e secundária
- Avaliar glicemia capilar
- Instalar oximetria e administrar oxigênio por máscara s/n
- Preparar para transporte rápido, preservando a temperatura corporal.
- Realizadas as manobras em SIV, **SE** a glicemia capilar estiver abaixo de 60mg/dl (no adulto) considerar a realização de condutas adicionais em SIV:

NO ADULTO :

1. Instalar acesso venoso antecubital de grosso calibre ou acesso intra-ósseo e instalar SG 5% 500ml para manutenção;

2. Administrar 50ml de Glicose 50%, IV/IO (concentração IV/IO máxima recomendada é 25% - pode ser preparada diluindo-se a glicose 50% 1:1 com água destilada ou SF 0,9%);

3. Em caso de alcoolismo, hepatopatia ou desnutrição, administrar Tiamina 100 mg IM, simultaneamente com a glicose, para prevenção da encefalopatia de *Wernicke-Korsakoff*.

NA CRIANÇA: (Bebês, crianças e adolescentes = glicemia < 60mg/dl)

- **Instalar acesso venoso antecubital de grosso calibre ou acesso intra-ósseo e instalar SG 10% 250ml com infusão contínua de glicose de 6 a 8 mg/kg/min para manutenção;**
- **Administrar Glicose 25%, IV/IO, na dose de 2 a 4 mL/kg** (velocidade de infusão de 1 mL/min.);

NO RECÉM-NASCIDO (RN): (RN = glicemia ≤ 40mg/dl)

- **Se glicemia capilar > 40 mg/dL e RN se alimentando:** não oferecer glicose;

- **Se glicemia capilar entre 35 e 40 mg/dL e RN assintomático, podendo ser alimentado:** oferecer seio materno ou fórmula láctea ou glicose a 5% VO;
- **Se glicemia capilar < 40 mg/dL sintomático** (tremores, irritabilidade, letargia, convulsões, apneia, raramente sudorese): fazer bolo de soro glicosado 10%, 1 a 2 mL/Kg IV e instalar SG10% com velocidade de infusão de glicose de 4 mg/Kg/min IV;

Transportar rapida

- **mente para hospital com UTI pediátrica, preservando a temperatura corporal.**

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR Nº. 59 SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA



EMERGÊNCIAS CLÍNICAS – EMERGÊNCIAS EM DOENÇA FALCIFORME

4ª edição

AGOSTO/2014

Suspeitar se:

- Paciente informa ser portador de doença falciforme
- Presença de: crises dolorosas, dor torácica aguda, suspeita de acidente vascular cerebral, anemia aguda e priapismo.

MEDIDAS INICIAIS em SIV NA EMERGÊNCIA EM DOENÇA FALCIFORME:

- Avaliação primária e secundária com ênfase para SAMPLA
- Avaliar glicemia capilar e tratar S/N
- Instalar oximetria e administrar oxigênio por máscara 8L/min.
- Preparar para transporte.
- Realizadas as manobras em SIV, **SE** houver presença de dor, síndrome torácica ou priapismo considerar a realização condutas adicionais em SIV:

CONDUTA NA CRISE DOLOROSA:

1. **Acesso venoso periférico** em membro superior (não puncionar membros inferiores por maior risco de úlceras e trombose);
 - SF (0,9%) 500 mL, infundir lentamente
2. **Administrar Dipirona** 1g (2 mL), IV para analgesia.

CONDUTA NA SÍNDROME TORÁCICA AGUDA:

1. **Acesso venoso periférico em membro superior** (não puncionar membros inferiores – maior risco de úlceras e trombose);
 - SF (0,9%) 500 mL, infundir lentamente (cuidado com congestão pulmonar)
2. **Administrar Dipirona** 1g (2 mL), IV para analgesia.
3. Na presença de sibilos: Salbutamol aerossol ou inalação com Fenoterol conforme protocolo de asma.

CONDUTA NO PRIAPISMO:

1. **Acesso venoso periférico em membro superior** (não puncionar membros inferiores – maior risco de úlceras e trombose);
- SF (0,9%) 500 mL, infundir lentamente.
2. **Administrar Dipirona** 1g (2 mL), IV para analgesia.

ENCAMINHAMENTO:

Sob orientação da Regulação Médica, todos os pacientes adultos deverão ser transportados para um dos seguintes **Centros de Referência** para Acompanhamento dos Portadores de Hemoglobinopatias:

- **Hospital das Clínicas**
- **Hospital São Paulo**
- **Hospital Santa Marcelina**
- **Santa Casa de São Paulo**
- **Hospital Brigadeiro.**

EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

PARÂMETROS PEDIÁTRICOS

4ª edição **AGOSTO/2014**

CÁLCULO APROXIMADO DO PESO:

- Até os 8 anos: $\text{Peso (kg)} = \text{idade (anos)} \times 2 + 8$
- Dos 9 aos 16 anos: $\text{Peso (kg)} = \text{idade (anos)} \times 3 + 3$

HIPOTENSÃO EM CRIANÇAS:

Significa que a PRESSÃO SISTÓLICA é menor do que o percentil 5% (limite inferior de normalidade). Os limites são:

- < 60 mmHg em recém-nascidos (0 a 28 dias)
- < 70 mmHg em crianças de 1 a 12 meses
- < 70 mmHg + (2 x idade em anos) para crianças de 1 a 10 anos
- < 90 mmHg nos adolescentes (> 10 anos)

SINAIS VITAIS:

- Freqüência Cardíaca (bpm):

Idade	Acordado	Média	Durante o sono
RN até 3 meses	85 a 205	140	80 a 160
3 meses a 2 anos	100 a 190	130	75 a 160
2 a 10 anos	60 a 140	80	60 a 90
> 10 anos	60 a 100	75	50 a 90

- Freqüência Respiratória (respirações/minuto):

Idade	Freqüência
< 1 ano	30 a 60
1 a 3 anos	24 a 40
Pré-escolar (4-5 anos)	22 a 34
Escolar (6-12 anos)	18 a 30
Adolescente (13-18 anos)	12 a 16

ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO

Características	Pontos		
	+ 2	+ 1	- 1
Peso (kg)	> 20	10 a 20	< 10
Vias aéreas	Normal	Assistida: O ₂ por máscara ou cânula	Via aérea avançada (IOT ou cricotireoidostomia)
PA sistólica (mmHg)	> 90 ou pulsos periféricos bons, boa perfusão	50 a 90 ou pulsos centrais palpáveis (carotídeo e femural)	< 50 ou pulsos fracos ou ausentes
Consciência	Acordado	Obnubilado, perda da consciência	Coma, irresponsivo
Pele	Nenhuma lesão visível	Contusão, abrasão, laceração < 7 cm, sem atingir fáscia	Perda tecidual, lesão por armas de fogo ou branca, atinge a fáscia
Fratura	Nenhuma	Fratura fechada única, em qualquer local	Fraturas expostas ou múltiplas

O maior escore possível é + 12 e o menor possível é - 6 (mais grave)

ESCORE < 8: transportar para hospital terciário

Fonte: Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado (PHTLS), tradução 6ª ed., 2007, pg 365

ESCALA DE COMA DE GLASGOW EM CRIANÇAS

Resposta	Criança	Bebê (< 1 ano)	Pontuação
Abertura Ocular	Espontânea	Espontânea	4
	Ao estímulo verbal	Ao estímulo verbal	3
	Ao estímulo doloroso	Ao estímulo doloroso	2
	Ausência de resposta	Ausência de resposta	1
Melhor resposta verbal	Palavras apropriadas, orientada	Arrulha e balbucia	5
	Confusa	Inquieta, irritada, chorosa	4
	Palavras inapropriadas	Chora em resposta à dor	3
	Palavras incompreensíveis ou sons inespecíficos	Geme em resposta à dor	2
Melhor resposta Motora	Ausência de resposta	Ausência de resposta	1
	Obedece comando verbal simples	Move-se espontânea e intencionalmente	6
	Localiza estímulos dolorosos	Retira o membro ao toque	5
	Retira o membro ao estímulo doloroso	Retira o membro ao estímulo doloroso	4
	Flexão dos braços e extensão das pernas (decorticação) ao estímulo doloroso	Flexão dos braços e extensão das pernas (decorticação) ao estímulo doloroso	3
	Extensão dos braços e extensão das pernas (decerebração) ao estímulo doloroso	Extensão dos braços e extensão das pernas (decerebração) ao estímulo doloroso	2

Fonte: Pediatric Advanced Life Support (PALS). Provider Manual, 2006, pg. 23

PARÂMETROS PEDIÁTRICOS PARA USO DE DISPOSITIVOS

Equipamento	RN/ bebê (3-5kg)	< 1a (6-9 kg)	1-2ª (10- 11kg)	Crian- ça pe- quena (3-4 anos) (12-14 kg)	Crian- ça (5-6 anos) (15-18 kg)	Crian- ça (7-8 anos) (19-22 kg)	Criança grande (9-10 anos) (23-29 kg)	Adoles- cente (≥ 30 kg)
AMBU	Infantil	Infantil	Infantil	Infantil	Infantil	Infantil	Infantil/ adulto	adulto
Máscara O ₂	neona- tal	neona- tal	pediát .	pediát.	pediát	Pediát	adulto	adulto
Sonda aspiração	6-8	8	8-10	10	10	10	10	12
Jelco	22-24	22-24	20-24	18-22	18-22	18-20	18-20	16-20
Sonda nasogástrica	5-8	5-8	8-10	10	10-12	12-14	14-18	18
Pás do desfibrilador	Infantil	Infantil até 1 ano ou 10 Kg	Adulto quand o ≥ 1 ano ou ≥ 10 Kg	Adulto	Adulto	Adulto	Adulto	Adulto

Fonte: Pediatric Advanced Life Support (PALS). Professional Manual, 2006 (adaptado da Fita de Ressuscitação Pediátrica de Broselow, 2002)

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA CRIANÇA (DE 1 ANO ATÉ O INÍCIO DA PUBERDADE) E NO LACTENTE (<1 ANO)

4ª edição | **AGOSTO/2014**

RCP SUPORTE BÁSICO (C-A-B):

1. Checar a responsividade. na criança, tocar os ombros e chamar a criança em voz alta; no lactente, tocar a planta do pé.

2. Se não responsivo e não respirando ou *gasping*, posicionar a criança em DDH e providenciar o DEA/RECURSO DISPONÍVEL;

3. Checar pulso central (carotídeo ou femural na criança e braquial no lactente) em no máximo 10 segundos;

- **Se pulso presente e ≥ 60 bpm** (caracteriza-se a parada respiratória): abrir via aérea e realizar 1 (uma) insuflação a cada 3 a 5 segundos (12 a 20 insuflações por minuto) e checar pulso a cada 2 minutos; se possível, instalar via aérea avançada.

- **Se pulso ausente ou com frequência < 60 bpm e sinais de perfusão insuficiente** apesar da oxigenação e ventilação adequadas: iniciar imediatamente as manobras de RCP, começando por compressões torácicas eficientes, enquanto instala o DEA/RECURSO DISPONÍVEL;

4. Após 30 compressões torácicas, abrir manualmente as vias aéreas e aplicar 2 insuflações com dispositivo bolsa-valva-máscara-reservatório. A relação compressão/insuflação enquanto não estiver instalada a via aérea avançada deve ser de:

- 30:2 se houver apenas 1 profissional na RCP, com frequência mínima de 100 compressões por minuto;
- 15:2 se houver 2 profissionais realizando a RCP (um para compressões e um para insuflações), com frequência mínima de 100 compressões por minuto.

5. Ativar o Desfibrilador

- Posicionar os eletrodos no tórax desnudo e seco da criança : eletrodos de adulto para crianças maiores de 10 kg e infantis para os menores de 10 kg;
- Interromper as compressões torácicas durante a análise do ritmo.

- **Choque indicado pelo DEA/RECURSO DISPONÍVEL: (FV, TVSP)**

- Aplicar o choque;
- Imediatamente após cada choque, reiniciar RCP por 2 minutos, começando pelas compressões torácicas;
- Após 2 minutos de RCP, checar novamente o ritmo.

- **Choque não indicado pelo DEA/RECURSO DISPONÍVEL: (Assistolia, AESP)**

- Reiniciar RCP imediatamente, por 2 minutos e checar o ritmo após esse período.

RCP BOA QUALIDADE – SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA:

- Paciente em DDH, sobre superfície rígida e plana

A - Vias Aéreas: manter a permeabilidade das vias aéreas com manobras manuais e considerar instalação da cânula supraglótica assim que possível sem interrupção das compressões;

B - Ventilação:

- Ventilação com duração de 1seg cada com volume suficiente para elevação visível do tórax;
- Evitar ventilação excessiva;
- Ofertar O₂ (bolsa-valva-máscara) ;
- Sem via aérea avançada, aplicar relação compressão-insuflação de 30:2 (mesmo com supraglótica) e checar o ritmo a cada 2 minutos.
- Após instalação da via aérea avançada, manter as compressões torácicas contínuas na frequência mínima de 100 por minuto, sem pausas para as insuflações e oferecer 08 a 10 insuflações por minuto (1 insuflação a cada 6 a 8 segundos) e checar o ritmo a cada 2 minutos.
- **Considerar** :
 - ✓ Instalação da cânula supraglótica ;

C - Circulação: Compressões torácicas eficientes

- Na criança: realizadas com uma ou duas mãos posicionadas na metade inferior do esterno; deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 5 cm;
- No lactente: comprimir o esterno com 2 dedos posicionados imediatamente abaixo da linha intermamilar; deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 4 cm;
- Permitir o completo retorno do tórax após cada compressão;
- Minimizar ao máximo as interrupções nas compressões torácicas;
- Mínimo de 100 compressões/min.
- Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 minutos.

- **Considerar:**

- ✓ **Instalação de acesso venoso periférico ou intraósseo (IV/IO) com SF 0,9% para manutenção de via de medicamentos;**
- ✓ **Administração de droga sem interrupção da RCP:**
 - Preparar solução de Adrenalina (1 ampola = 1ml = 1 mg) com 9ml de AD ou solução salina 0,9% e administrar 0,1ml/kg EV/IO a cada 3 a 5 minutos;
 - Executar RCP por 2 min e solicitar nova avaliação do DEA/RECURSO DISPONÍVEL;
 - Permitido repetir até a 3^a. dose de adrenalina na cena;
 - A adrenalina deve ser administrada durante as compressões, logo após a checagem do ritmo, enquanto o DEA/RECURSO DISPONÍVEL é carregado para disparar o choque ou imediatamente após a desfibrilação durante a RCP.

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR Nº. 62
SUPPORTO INTERMEDIÁRIO DE VIDA**



REANIMAÇÃO DO RECÉM NASCIDO (RN)

4ª edição

AGOSTO/2014

ATENDIMENTO INICIAL E ESTABILIZAÇÃO DO RN (QUE ACABA DE NASCER)

Responder, em 10 segundos, às seguintes questões:

- A gestação foi a termo (entre 37 e 41 semanas)?
- O líquido amniótico era claro (sem mecônio)?
- O RN respirou (considerar respiração rítmica e regular) ou chorou ao nascer?
- O RN apresenta bom tônus muscular (tônus muscular em flexão)?

Se todas as respostas foram SIM: Trata-se de um RN de termo, com boa vitalidade e que não necessita de manobras de ressuscitação. Siga as Regras para o atendimento inicial do RN à termo e com boa vitalidade.

Se pelo menos uma das respostas foi NÃO : O RN deverá receber uma ou mais das Conduitas de Estabilização descritas a seguir.

REGRAS PARA O ATENDIMENTO INICIAL DO RN À TERMO E COM BOA VITALIDADE (em até 30 segundos)

1. Posicionar o RN entre as pernas da mãe com leve extensão da cabeça;
2. Providenciar o aquecimento do bebê, cobrindo-o com campo estéril, inclusive a cabeça e exceto a face para evitar perda de calor.
3. Secar corpo e cabeça e trocar campos úmidos por secos, para evitar resfriamento;
4. Colocar touca de algodão;
5. Realizar o clampeamento do cordão umbilical após 1 a 3 minutos:
 - Medir cerca de 15 a 20cm a partir do abdome do RN e colocar o 1º. cord clamp, medir outros 3 a 4cm a frente em direção ao RN e colocar o 2º. cord clamp (sem ordenhar o cordão);
 - Cortar com lâmina de bisturi estéril entre os dois cord clamps
6. Aspirar boca e nariz (com sonda n.6 ou 8 ou bulbo de aspiração) somente se houver secreção. Cuidado com a introdução da sonda de aspiração de maneira brusca ou na faringe posterior (muito profunda) pois pode haver estimula vagal (bradicardia) ou PCR.

7. Realizar a avaliação da respiração e da FC (pela ausculta do precórdio com estetoscópio, contando s batimentos cardíacos por 6 seg e multiplicando por 10).

Para RN com respiração regular ou choro e FC>100bpm:

- Apresentar o RN para a mãe e familiares;
- Identificar mãe e RN com pulseiras de identificação;
- Manter o RN envolvido em campo estéril para prevenir perda de calor;
- Observar continuamente a vitalidade: respiração, FC e tônus muscular
- Transportar mãe e bebê para a unidade hospitalar

CONDUTAS DE ESTABILIZAÇÃO DO RN PREMATURO OU COM POUCA VITALIDADE (em até 30 segundos)

1. Posicionar o RN entre as pernas da mãe com leve extensão da cabeça;
2. Providenciar rapidamente o aquecimento do bebê, cobrindo-o com campo estéril, inclusive a cabeça e exceto a face para evitar perda de calor.
 - Prematuros com idade gestacional <32semanas devem ter o corpo (exceto face) envolvido em plástico transparente (plástico poroso ou saco de polietileno) antes da secagem. **Todas as manobras de reanimação serão conduzidas com o RN envolto no plástico.**
3. Secar corpo e cabeça e trocar campos úmidos por secos, para evitar resfriamento;
4. Colocar touca de algodão;
5. Para o bebê prematuro ou que apresenta respiração inadequada (irregular, gasping ou apnéia) ou FC<100bpm ou está hipotônico, realizar de imediate clampeamento do cordão umbilical!
 - Medir cerca de 15 a 20cm a partir do abdome do RN e colocar o 1º. cord clamp, medir outros 3 a 4cm a frente em direção ao RN e colocar o 2º. cord clamp (sem ordenhar o cordão);
 - Cortar com lâmina de bisturi estéril entre os dois cord clamps
6. Posicionar o RN em DDH e com leve extensão do pescoço (se necessário posicionar coxins sob os ombros)
7. Aspirar boca e nariz (com sonda n.6 ou 8) somente se houver secreção.

8. Se houver presença de mecônio (fluido ou espesso), utilizar sonda no. 10 para aspiração logo após o nascimento (boca-nariz), ainda antes do aquecimento. Após o procedimento avaliar a FC. Se FC <100, respiração irregular ou apnéia, iniciar insuflação com pressão positiva em ar ambiente(IPP).

9. Realizar estímulo tátil no dorso para tentar estimular a respiração

10. Realizar a avaliação da respiração e da FC (pela ausculta do precórdio com estetoscópio, contando os batimentos cardíacos por 6 seg e multiplicando por 10).

- Se o RN apresentar respiração irregular, apnéia e/ou FC<100bpm:
 - iniciar IPP com ar ambiente (FiO₂ 21%) por 90 segundos (reavaliando a cada 30 segundos por 90 segundos);
 - IPP com frequência de 40 a 60 insuflações/minuto (regra mnemônica: “aperta...solta...solta, aperta...solta...solta”)
 - Atentar para bom posicionamento da máscara e a necessidade de reposicionar a cabeça ou aspirar;
 - Após 90 segundos se houver melhora (respiração regular, FC>100bpm), suspender a IPP.
 - Após 90 segundos se não houve melhora com FiO₂ de 21%, conectar oxigênio à 100% com 5l/min no reservatório da bolsa-valva-máscara.
 - Se houver melhora com O₂ 100% (respiração regular e FC>100bpm) suspender IPP e ofertar O₂ inalatório cob cateter à 5l/min com mão em concha;
 - Se após 90 seg de IPP correta com O₂ 100% a FC manter-se <60bpm, deve-se manter IPP com O₂ e iniciar compressões torácicas na técnica dos polegares (preferencialmente) na região do 1/3 inferior do externo por 30 segundos. A relação compressão/ventilação deve ser de 3:1 .
 - Se após 30 segundos de IPP e compressões torácicas a FC for > 60bpm, manter apenas IPP até que a FC chegue a 100bpm e a respiração se regularize. Caso contrário mantenha compressões e ventilações e transporte.

11. A regulação médica deve ser comunicada tão logo quanto possível para a decisão sobre o encaminhamento e transporte.

Atenção para os requisitos para a correta técnica de IPP :

- Ajuste correto da máscara na face do RN;
- Posição da cabeça do RN em leve extensão, com a boca aberta;
- Aspirar se necessário;
- Pressão adequada no balão.

AValiação DO RECÉM NASCIDO (RN): ÍNDICE DE APGAR	
4ª edição	AGOSTO/2014

ÍNDICE DE APGAR

Avaliar no primeiro e no 5º minutos de vida. Se no 5º minuto for menor do que 7, avaliar a cada 5 minutos, até o total de 20 minutos.

SINAL	0	1	2
Frequência cardíaca (bpm)	Ausente	lenta (< 100)	maior que 100
Movimentos respiratórios	ausentes	lentos, irregulares	bons, choro
Tônus muscular	Flácido	alguma flexão	movimentação ativa
Irritabilidade reflexa (cateter nasal)	sem resposta	Careta	tosse reflexa, espirros, choro
Cor	azul ou pálido	corpo róseo, extremidades azuis	completamente róseo

EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS – REAÇÃO ANAFILÁTICA NA CRIANÇA	
4ª edição	AGOSTO/2014

QUANDO SUSPEITAR:

Na presença das seguintes manifestações:

- **Cutâneas:** eritema, prurido, pápulas, sudorese e rubor na região malar;
- **Oculares:** prurido, lacrimejamento, hiperemia, edema periorbitário;
- **Respiratórias:** coriza, espirros, tosse, rouquidão, disфонia, dificuldade para deglutir, estridor, estertores, taquipnéia, hipoxemia, cianose, dispnéia, sibilância, até parada respiratória;
- **Cardiovasculares:** dor torácica, fraqueza, hipotensão, taquicardia, arritmias, até parada cardíaca;
- **Digestivas:** dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, cólicas;
- **Neurológicas:** inquietação, perda de consciência, confusão mental, cefaleia pulsátil, convulsões.

CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA O DIAGNÓSTICO DE ANAFILAXIA:

A anafilaxia é altamente provável quando preencher qualquer um dos 3 critérios a seguir:

CRITÉRIO 1:

Doença de início agudo (minutos a horas), com envolvimento de pele e/ou mucosas (urticária, prurido ou rubor, inchaço de lábios, língua ou úvula) e pelo menos uma das seguintes condições:

- Acometimento respiratório (dispneia, broncoespasmo, estridor, hipoxemia) OU;
- Redução da pressão arterial ou sintomas relacionados à disfunção de órgãos alvo (síncope, hipotonia, incontinência) - 80% dos casos;

CRITÉRIO 2:

Dois ou mais dos seguintes fatores, que ocorrem minutos a horas após exposição a um provável alérgeno para o paciente em questão:

- Envolvimento de pele e/ou mucosas;
- Comprometimento respiratório;
- Redução da pressão arterial ou sintomas associados à disfunção de órgãos alvo (síncope, hipotonia, incontinência);
- Sintomas gastrointestinais persistentes (dor abdominal, vômitos);

CRITÉRIO 3:

Redução da pressão arterial minutos a horas após exposição a alérgeno conhecido para o paciente em questão:

- Lactentes e crianças: pressão sistólica baixa (idade específica) ou queda maior que 30% na pressão sistólica basal;
- Adultos: PA sistólica menor que 90mmHg ou queda maior que 30% da pressão basal do paciente.

MEDIDAS INICIAIS em SIV NA SUSPEITA DE REAÇÃO ANAFILÁTICA:

- Reconhecer precocemente o quadro (qualquer um dos 3 critérios).
- Suspender, se possível, a exposição ao provável agente desencadeante;
- Colocar o paciente em **decúbito dorsal** (se apresentar dispneia ou vômitos, colocar em posição de conforto) e **ELEVAR OS MEMBROS INFERIORES**. Não permitir que o paciente se levante bruscamente pelo risco de morte súbita (síndrome da veia cava e do ventrículo vazio);
- Avaliar rapidamente: vias aéreas, respiração, circulação, estado mental, pele e peso aproximado do paciente ;
- Manter permeabilidade das vias aéreas;
- Monitorar oximetria de pulso e sinais vitais
- Administrar O₂ sob máscara Administrar O₂ (6 a 8 L/min.) sob máscara a todos os pacientes com angústia respiratória e para aqueles com doenças respiratórias ou cardiovasculares crônicas;
- Atentar para a ocorrência de PCR e a necessidade de RCP+DEA/RECURSO DISPONÍVEL
- Iniciar o transporte para o hospital o mais rápido possível.

Considerar a realização de condutas adicionais em SIV se a anafilaxia for fortemente suspeita:

- **Administrar Epinefrina 1:1000 (1 mg/ml), na dose de 0,01 mg/kg ou máximo de 0,3 mg (0,3 ml), via IM (na região anterolateral do terço médio da coxa).** Pode ser repetida a cada 5 a 15 minutos durante o transporte, baseado na gravidade e na resposta à aplicação anterior ;

ATENÇÃO PARA O PREPARO DA EPINEFRINA: Preparar em seringa de 1 mL e injetar na coxa utilizando agulha 25x7 (ou 30x7 se musculatura hipertrófica ou obesidade no local).

- **Instalar acesso venoso antecubital de grosso calibre ou acesso intra-ósseo e instalar SF 0,9% 500ml para manutenção (lento)**
- **Se choque: repor volemia, com 20ml/kg de solução salina 0,9%, IV em até 20 minutos** (e repetir se necessário); titular a velocidade de administração de acordo com a monitorização da PA (PA sistólica > 90) e frequência cardíaca;
- Na presença de broncoespasmo realizar Protocolo de Asma e associar:
 - ✓ **Salbutamol aerossol dosimetrado acoplado a espaçador e máscara:** 4 a 8 jatos (400 a 800 mcg) a cada 10 a 20 minutos
 - ✓ Alternativa: inalações com **Fenoterol** (10 gotas em 3 a 5 mL de SF) a cada 20 minutos;
- Na vigência de PCR : seguir Protocolos específicos incluindo a administração em bolus de adrenalina.

ASPECTOS GERAIS SOBRE OS EFEITOS ADVERSOS DA EPINEFRINA:

- **Efeitos transitórios** esperados após aplicação da dose recomendada de epinefrina, por qualquer via de administração incluem: palidez, tremores, ansiedade, palpitação, tontura e cefaleia; esses sinais indicam que a dose terapêutica foi ofertada;

- **Efeitos adversos graves** (arritmias ventriculares, crise hipertensiva, edema pulmonar) ocorrem potencialmente após dose excessiva de epinefrina, por qualquer via de administração; entretanto ocorrem principalmente após infusão IV, secundariamente a problemas na administração (como infusão IV rápida ou em bolo, infusão da droga sem a correta diluição).

EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS - FEBRE	
4ª edição	AGOSTO/2014

MEDIDAS INICIAIS DE SIV NA CRIANÇA COM FEBRE:

- Avaliação primária e secundária ;
- Avaliar a Temperatura ;
- Realizadas as manobras em SIV, **SE** a temperatura estiver acima de 37,5 **E** a mãe **não administrou** nenhuma medicação na última hora, considerar conduta adicional:

1. **Administrar Paracetamol VO:** 1 gota/kg/dose, máximo de 35 gotas,

OU SE ACIMA DE 5KG OU ACIMA DE 3 MESES:

1. **Dipirona VO:** 1 gota/kg/dose, máximo de 30 gotas.

- Contato com Regulação Médica para tomada de decisão sobre o encaminhamento e/ou transporte

EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS - VÔMITOS	
4ª edição	AGOSTO/2014

MEDIDAS INICIAIS EM SIV NA CRIANÇA COM VÔMITOS RECORRENTES:

- Avaliação primária e secundária com ênfase para o SAMPLA
- Aspirar se necessário
- Posicionar em DLE
- Tranquilizar
- Avaliar sinais de choque. Se sinais presentes, considerar Protocolo específico.
- Contato com Regulação Médica para tomada de decisão sobre o encaminhamento e/ou transporte

e instalar SG10% com velocidade de infusão de glicose de 4 mg/Kg/min IV;

EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS – CRISES CONVULSIVAS	
4ª edição	AGOSTO/2014

MEDIDAS INICIAIS EM SIV DURANTE A CRISE CONVULSIVA:

- Afastar objetos que possam ferir a criança
- Não tentar restringir movimentos
- Não colocar nada na boca da criança
- Proteger a cabeça
- Assim que a crise cessar, se não houver história de trauma colocar a criança em posição de recuperação, lateralizada à esquerda

MEDIDAS INICIAIS em SIV APÓS A CRISE CONVULSIVA:

- Manter o corpo da criança protegida de traumatismos
- Realizar avaliação primária e secundária
- Garantir a permeabilidade das vias aéreas: Aspirar secreções S/N
- Administrar O₂ por máscara sem reinalação com reservatório 10 l/min
- Imobilizar a coluna cervical se houver história de trauma
- Avaliar glicemia capilar
- Monitorizar sinais vitais e oximetria de pulso
- Preparar para o transporte
- Realizadas as manobras em SIV após a crise, se o paciente apresentar convulsões com duração maior que 5 minutos e/ou glicemia capilar <60mg/dl, considerar realizar medidas adicionais em SIV enquanto prepara o transporte.

- **Se glicemia < 60mg/dl, administrar Glicose 25% lentamente, IV/IO na dose de 2 ml/kg** (pode ser preparada diluindo-se a glicose 50% 1:1 com água destilada ou SF 0,9%);
- **Manter acesso com SF;**
- Considerar transporte;
- **No RN:**
 - **Se glicemia capilar > 40 mg/dL e RN se alimentando:** não oferecer glicose;
 - **Se glicemia capilar entre 35 e 40 mg/dL e RN assintomático, podendo ser alimentado:** oferecer seio materno ou fórmula láctea ou **glicose a 5% VO;**
 - **Se glicemia capilar < 40 mg/dL sintomático** (tremores, irritabilidade, letargia, convulsões, apneia, raramente sudorese): fazer bolo de soro glicosado 10%, 1 a 2 mL/Kg IV

- **Transportar rapidamente para hospital com UTI pediátrica, preservando a temperatura corporal.**

ESTADO DE MAL EPILÉPTICO: pelo fato de crises prolongadas causarem danos ao SNC, alguns autores recomendam que as condutas para estado de mal epilético sejam adotadas após 5 minutos contínuos de crise ou na ocorrência de duas ou mais crises intermitentes, sem recuperação da consciência entre elas

MEDIDAS INICIAIS em SIV NA SUSPEITA DE ESTADO DE MAL EPILÉPTICO:

- Medidas gerais durante a crise
- Preparar para transporte
- Se a crise durar mais de 5 minutos e se o paciente apresentar glicemia capilar <60mg/dl, considerar medidas adicionais em SIV previstas para a crise convulsiva.

EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS – CRISE ASMÁTICA	
4ª edição	AGOSTO/2014

Suspeitar se:

- Há informação de histórico de asma para o paciente
- Presença de: tosse, sibilos, dispnéia, taquipnéia, cianose, sudorese, alteração de nível de consciência (de agitação até apatia) uso de musculatura acessória e diminuição de saturação levando a progressiva insuficiência respiratória aguda obstrutiva.

MEDIDAS INICIAIS de SIV NA SUSPEITA DE CRISE ASMÁTICA AGUDA NA CRIANÇA:

- Avaliação primária e secundária para rápida avaliação da gravidade
- Instalar oximetria de pulso
- Se saturação inferior a 94% instalar oxigenioterapia por máscara 3l/min
- Manter o paciente sentada, em posição confortável
- Realizadas as manobras em SIV, se o paciente persistir com saturação <95% associada aos sinais e sintomas suspeitos, considerar realizar as condutas adicionais em SIV:

1. Salbutamol aerossol dosimetrado acoplado a espaçador e máscara:

- **Adultos ou crianças:** 4 a 8 jatos (400 a 800 mcg)

Alternativa: Nebulização com Fenoterol (Berotec)

- 1 gota para cada 3kg de peso diluídas em 3 a 5 ml de SF 0,9% com O₂ 6l/min
- Nas crises graves pode-se associar Brometo de Ipratrópio 10 gts para os com < 10kg e 20gts para os >10kg, na nebulização com Fenoterol.

ATENÇÃO: Água destilada não deve ser utilizada como veículo nas nebulizações devido ao risco de agravamento e até de óbito durante a exacerbação

2. Iniciar a preparação para o transporte imediato do paciente durante a 1ª nebulização.

- A 2ª. nebulização só deve ser considerada se a oximetria persistir <90% e após 20 minutos da 1ª. se o trajeto até o hospital for superior a 20min.

Técnica correta de Utilização do Aerossol dosimetrado com espaçador e máscara:

- Testar o nebulímetro antes de usá-lo pela primeira vez ou se o mesmo não tiver sido usado durante uma semana ou mais. Para isso, remova o

protetor do bucal, agite bem o frasco e libere um jato para certificar-se de que funciona;

- Adaptar o nebulímetro ao espaçador e máscara;
- Manter a máscara bem adaptada à face do paciente (cobrindo boca e nariz), para evitar escape do medicamento.
- Após o disparo de cada jato, aguardar de 5 a 10 inspirações do paciente e a seguir, afastar a máscara da face.
- Na sequência, agitar bem o nebulímetro e repetir o procedimento para cada dose a ser aplicada, com intervalo de 30 segundos entre as doses.
- Manter atenção para a ocorrência de PR e PCR.

Classificação da Gravidade da Crise Asmática

Achado	Muito grave	Grave	Moderado/leve
Gerais	Cianose, sudorese, exaustão	Sem alterações	Sem alterações
Estado mental	Agitação, confusão, sonolência	Normal	Normal
Dispneia	Intensa	Moderada	Ausente/leve
Fala	Frases curtas/monossilábicas	Frases incompletas/parciais	Frases completas
Musculatura acessória	Retrações acentuadas	Retrações subcostais e/ou de fúrcula acentuadas	Retração intercostal leve ou ausente
Sibilos	Ausente com MV↓ / localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV normal/ localizados ou difusos
FR (ipm)	Aumentada	Aumentada	Normal ou aumentada
FC (bpm)	> 140 ou bradicardia	>110	≤ 110
SaO ₂ (ar ambiente)	≤ 90%	91-95%	>95%

Fonte: Adaptado de Diretrizes da SBPT para o Manejo da Asma. J Bras Pneumol 2012. 38(Supl 1):S23.

EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS – EMERGÊNCIAS EM DOENÇA FALCIFORME	
---	--

4ª edição	AGOSTO/2014
------------------	--------------------

Suspeitar se:

- Paciente informa ser portador de doença falciforme
- Presença de: crises dolorosas, dor torácica aguda, suspeita de acidente vascular cerebral, anemia aguda e priapismo.

MEDIDAS INICIAIS em SIV NA EMERGÊNCIA EM DOENÇA FALCIFORME:

- Avaliação primária e secundária com ênfase para AMPLA
- Avaliar glicemia capilar e tratar s/n
- Instalar oximetria e administrar oxigênio por máscara s/n
- Preparar para transporte.
- Realizadas as manobras em SIV, **SE** houver presença de dor, síndrome torácica ou priapismo considerar a realização condutas adicionais em SIV:

1. Realizar hidratação oral se a criança aceitar e Dipirona VO, 1 gota/kg/peso

2. Na presença de sibilos , seguir Protocolo de Asma.

ENCAMINHAMENTO:

Sob orientação da Regulação Médica, todos os pacientes adultos deverão ser transportados para um dos seguintes **Centros de Referência** para Acompanhamento dos Portadores de Hemoglobinopatias:

- **Hospital das Clínicas,**
- **Hospital São Paulo,**
- **Hospital Santa Marcelina**
- **Santa Casa de São Paulo,**
- **Hospital Brigadeiro**
- **Hospital Infantil Menino Jesus,**
- **Darcy Vargas**
- **Cândido Fontoura**

EMERGÊNCIAS TRAUMÁTICAS

**ATENDIMENTO INICIAL DO POLITRAUMATIZADO: MEDIDAS GERAIS
EM SIV (ABCDE)**

4ª edição

AGOSTO/2014

- Utilizar equipamento completo de proteção individual ;
- Avaliar da segurança da cena : Garantir a segurança dos profissionais e do paciente seguindo os princípios de segurança e biossegurança. Solicitar apoio sempre que necessário (Protocolos 6 e 7) .
- Avaliar rapidamente a cinemática do trauma para facilitar a suposição de lesões (Protocolo 73).
- Realizar a avaliação primária do paciente de trauma (Avaliação do ABC) (Protocolo 71)
 - ✓ A presença de agitação, ansiedade ou apatia podem significar a presença de hipóxia
 - ✓ Estar preparado para a RCP
- A: Assegurar vias aéreas permeas e realizar estabilização manual da cabeça simultaneamente
 - ✓ Avaliar e assegurar vias aéreas permeas
 - ✓ Realizar estabilização manual da cabeça com alinhamento neutro
 - ✓ Observar presença de sinais de esforço respiratório ou uso de musculatura acessória
 - ✓ Se necessário realizar manobra de chin lift ou jaw thrust
 - ✓ Se necessário aspirar cavidade oral e retirar objetos que possam ser visualizados inclusive próteses;
 - ✓ Considerar indicação de uso de COF (Protocolo 35);
 - ✓ Avaliar saturação e ofertar oxigênio 100% por máscara de não-reinalante (manter saturação >95%);
 - ✓ Instalar colar cervical assim que possível;
 - ✓ Considerar a necessidade e indicação restrita do uso da máscara supraglótica (Protocolo 35);
- B: Avaliar a presença de boa respiração e bom tórax
 - ✓ Avaliar presença e a qualidade da ventilação.
 - ✓ Avaliar simetria na expansão torácica
 - ✓ Avaliar presença de lesões abertas e fechadas e aplicar a correção se indicado;
- C: Avaliar a circulação e a perfusão e controlar sangramentos e choque
 - ✓ Controlar sangramentos externos visíveis com compressão direta da lesão ou torniquete, conforme indicado;
 - ✓ Avaliar o estado circulatório rapidamente por meio da avaliação da consciência, da presença de pulso, do reenchimento capilar e das características da pele (temperatura, umidade, coloração);
 - ✓ Na presença de sinais de choque, considerar realização de reposição volêmica permissiva (Protocolo 44).
- D: Avaliação das incapacidades
 - ✓ Avaliar o estado neurológico por meio da Escala de Coma de Glasgow e das pupilas
- E: Exposição com controle da hipotermia
 - ✓ Cortar as vestes do paciente sem movimentação excessiva e somente das partes necessárias
 - ✓ Proteger o paciente da hipotermia com auxílio do cobertor térmico
- Se não houver risco detectado na avaliação do ABC, realizar avaliação secundária completa para o paciente de trauma (Protocolo 72). Se houver risco, tratar conforme necessário, executar exame físico direcionado às lesões aparentes e transportar rápido.
- Quando se tratar de traumatizados graves (comprometimento da respiração, circulação, alterações de consciência, lesões com alto potencial de gravidade, Glasgow<8, RTS<11), a meta deve ser sair da cena em menos de 10 minutos, com destino ao hospital terciário.
- Na presença de dor, considerar analgesia.
- Nos pacientes estáveis, realizar as imobilizações, finalizando com pranchamento, coxins laterais de cabeça e cintos de segurança.
 - , se o paciente persistir com saturação <95% associada aos sinais e sintomas suspeitos, considerar realizar as condutas adicionais em SIV:
- Realizadas as manobras, considerar conduta adicional em SIV no atendimento inicial ao politraumatizado:
 - ✓ **SE PRESENÇA DE SINAIS DE CHOQUE** (Protocolo 44) :
 - **Instalar 1 acesso venoso de grosso calibre (jelco 14, 16, 18 no adulto):**
 - em região antecubital, de preferência.
 - Se o acesso difícil, realizar punção intra-óssea;

**AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DO PACIENTE COM SUSPEITA DE TRAUMA
OU EM SITUAÇÃO IGNORADA**

4ª edição

AGOSTO/2014

1. Avaliar a responsividade (chamar o paciente) e executar simultaneamente a estabilização manual da coluna cervical:

- **Se responsivo:** perguntar nome, o que aconteceu e onde está (localização pessoa, tempo e espaço). Seguir para o Passo 5.
- **Se não responsivo:** siga o passo 2
- Considerar a necessidade de retirada de capacete.



Técnicas de estabilização manual da cabeça com abordagem

2. Se não responsivo, realizar abertura de vias aéreas usando técnica apropriada para trauma (jaw thrust ou chin lift)

3. Verificar a respiração

- Se respiração presente: Seguir para o passo 4
- Respiração ausente: Siga Protocolo 30 (Parada respiratória)

4. Verificar pulso carotídeo ou femoral no adulto

- Se pulso presente: Seguir para o passo 5
- Pulso ausente, considerar PCR e realizar RCP

5. Verificar presença de hemorragias externas

- Hemorragia presente: executar compressão direta e se necessário torniquete (Ver protocolo apropriado)
- Ausência de hemorragia: Realizar avaliação secundária.



Seqüência básica de retirada do capacete de motociclista.

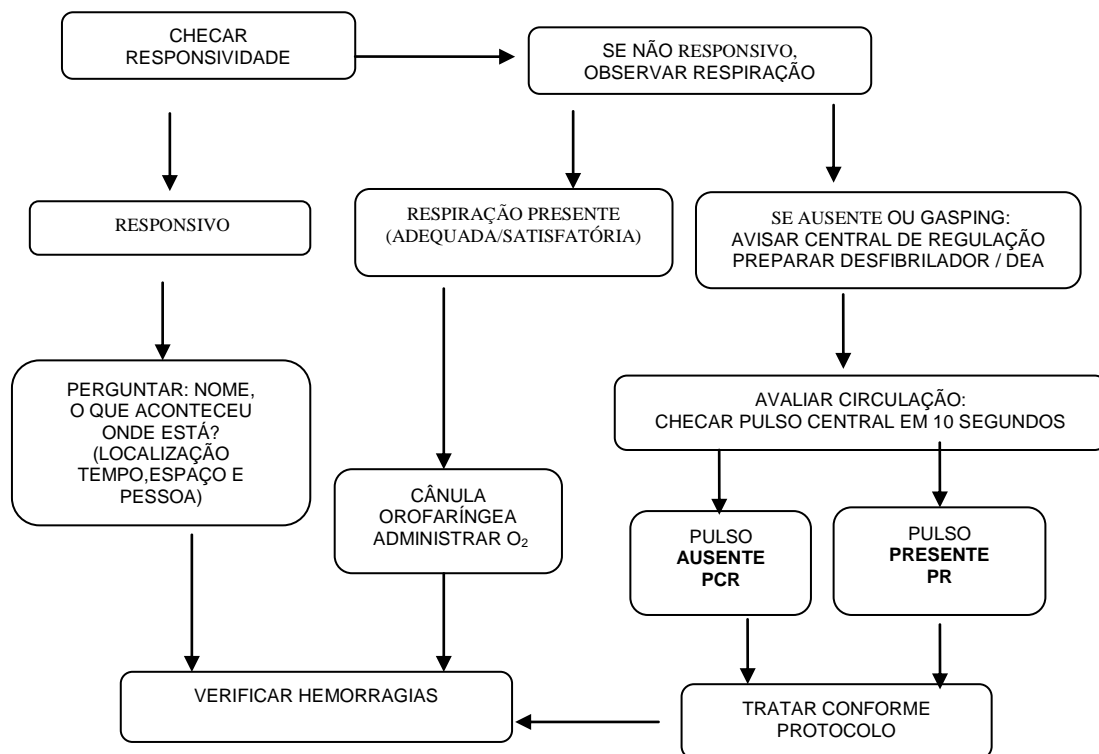
- **Administrar solução cristalóide:**
 - Ringer lactato (1ª escolha) ou SF 0,9% nas seguintes condições:
 - a) **No adulto:** até o aparecimento do pulso radial ou uma PAS de 90 mmHg (dose máxima no APH = 2 litros)
 - b) **Na criança:** infundir rapidamente 20 mL/kg (em menos de 20 minutos) de solução cristalóide; repetir o mesmo volume por 2 vezes (totalizando 3 infusões) se persistirem os sinais de choque;
- OBS: Não usar solução com glicose, visto que é esperada a hiperglicemia endógena durante o choque.
- Preparar para o transporte do paciente (hospital terciário) durante a reposição.
- Com auxílio da Central de Regulação, considerar aeromédico para o transporte

OBS: O transporte do paciente não deve ser retardado para a obtenção de acessos venosos.

✓ **SE PRESENÇA DE DOR**

- **Administrar Cetorolaco de Trometamina 1 ampola diluída em 9 ml de AD** (1 ampola do medicamento = 1 ml = 30 mg)
 - a) **No adulto:** Administrar a menor dose eficaz: Iniciar com 3ml da solução diluída (10mg).
 - b) **No idoso:** (>65 anos): usar máximo de 15mg (até 4ml da solução diluída)
 - c) **Na criança:** Para crianças a partir de 1 ano: 0,03ml/kg IV (solução)
- **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipovolemia, desidratação, úlcera péptica ativa ou história de sangramento de TGI, insuficiência renal ou hepática, uso de AAS ou outros anti-inflamatórios não-hormonais, gravidez, parto e lactação.

ALGORITMO AVALIAÇÃO PRIMÁRIA



AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA DO PACIENTE COM SUSPEITA DE TRAUMA OU EM SITUAÇÃO IGNORADA

4ª edição

AGOSTO/2014

1. ENTREVISTA SAMPLA (com o paciente , familiares ou terceiros)

- Nome e idade;
- Queixa principal;
- S: Sinais e Sintomas;
- A : Tem alergias ?Problema ou doença atual
- M : Medicamentos e/ou tratamentos em uso
- P : Passado médico – Problemas de saúde ou doença atual ?
- L : Ingeriu líquidos e alimentos ? Qual foi a última refeição ?
- A : Ambiente do evento ?

OBS : Em pacientes inconscientes ou impossibilitadas de responder, buscar informações com circundantes ou familiares.

2. VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

- Respiração (frequência, ritmo e amplitude)
- Pulso (frequência, ritmo e volume)
- Pressão arterial
- Pele (temperatura, cor, turgor e umidade)

3. AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR

- Perfusão capilar
- Oximetria de pulso
- Glicemia capilar
- Escala de coma de Glasgow
- Avaliação das pupilas
- Escala Revisada de Trauma

4. EXAME DA CABEÇA AOS PÉS

Objetivo específico : localizar, ferimentos, sangramentos, afundamentos, desvios , hematomas, abrasões, alterações na cor da pele ou mucosas, assimetria, instabilidades, alterações de motricidade e sensibilidade .

Propedêuticas a serem utilizadas : Inspeção, palpação, ausculta, percussão

- Inspeccionar e palpar processos espinhosos durante o posicionamento na prancha longa.

Cabeça e face :

- Inspeccionar e palpar o couro cabeludo, orelhas, ossos da face, olhos, pupilas (verificar diâmetro, reação à luz e simetria pupilar) nariz, boca.
- Observar alterações na coloração e temperatura da pele

Pescoço :

- Avaliar região anterior e posterior
- Avaliar em especial se há distensão das veias e/ou desvio de traquéia.

Tórax :

- Observar em especial se há uso de musculatura acessória, tiragem intercostal, movimentos assimétricos, afundamentos, etc.
- Ordem de realização das propedêuticas: inspeção, palpação, percussão, ausculta.

Abdome

- Observar em especial dor ao rechaço e/ou abdome em tábua
- Contusões ou lesões abertas, incluindo o sinal do cinto de segurança
- Ordem de realização das propedêuticas: inspeção, ausculta, percussão, palpação.

Pelve

- Observar em especial a palpação das cristas ilíacas na busca de instabilidade realizando os 2 testes: pressão bilateral látero-lateral e anteroposterior.

Membros Inferiores

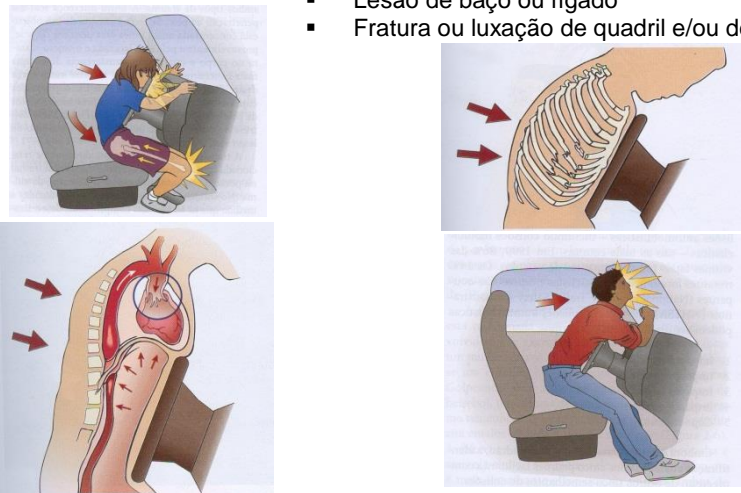
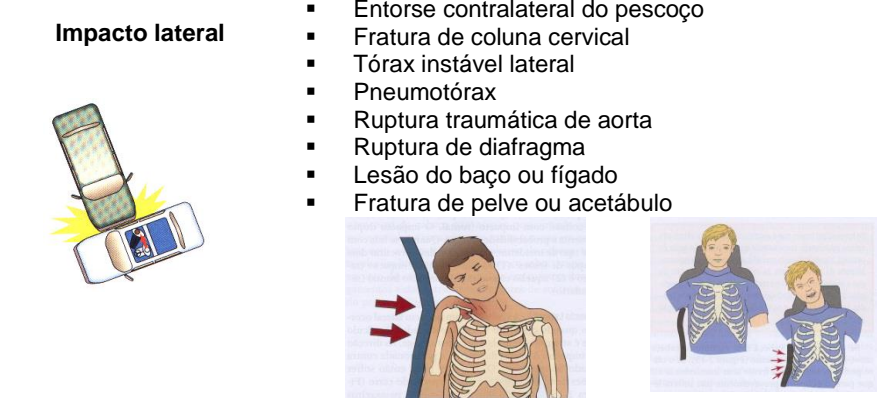
- Observar em especial a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros (reenchimento capilar)
- Avaliar a força motora, solicitando que o paciente movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez, se não houver suspeita de lesão.

Membros superiores

- Observar em especial a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros
- Avaliar a força motora, solicitando que o paciente aperte as mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez, se não houver suspeita de lesão.

Dorso (se possível)

AVALIAÇÃO DA CINEMÁTICA DO TRAUMA : Padrões de Lesão
4ª edição AGOSTO/2014

Mecanismo de trauma	Possíveis padrões de lesão
<p>Impacto frontal Deformidade do volante Marca do joelho no painel Fratura em "olho-de touro" no parabrisa</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fratura de coluna cervical ▪ Tórax instável anterior ▪ Contusão miocárdica ▪ Pneumotórax ▪ Secção de aorta ▪ Lesão de baço ou fígado ▪ Fratura ou luxação de quadril e/ou de joelho
<p>Impacto lateral</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entorse contralateral do pescoço ▪ Fratura de coluna cervical ▪ Tórax instável lateral ▪ Pneumotórax ▪ Ruptura traumática de aorta ▪ Ruptura de diafragma ▪ Lesão do baço ou fígado ▪ Fratura de pelve ou acetábulo

Fonte: Prehospital Trauma Life Support (PHTLS), tradução da 6ª edição, Elsevier, Rio de Janeiro, 2007.

<p>Impacto traseiro</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesão de coluna cervical (movimento de chicote)
<p>Ejeção do veículo</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coloca o paciente no grupo de risco de praticamente todo tipo de lesão. ▪ A mortalidade aumenta consideravelmente. <p>Capotamento: mecanismo freqüente de ejeção do paciente do veículo</p>
<p>Veículo automotor / pedestre (atropelamento)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumatismo craniano; ▪ Lesões torácicas e abdominais; ▪ Fraturas das extremidades inferiores.

Fonte: Prehospital Trauma Life Support (PHTLS), tradução da 6ª edição, Elsevier, Rio de Janeiro, 2007.

<p>Quedas</p> <p>Estimar a altura da queda, superfície sobre a qual o paciente caiu e qual a primeira parte do corpo que entrou em contato com a superfície.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Síndrome de Don Juan: quando as primeiras partes a atingirem o solo forem os pés: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesão de calcâneos, tornozelos, tíbias, fíbulas, joelhos, ossos longos e quadril; ▪ Traumatismo craniano; ▪ Lesões torácicas e abdominais. ➤ Se o paciente cair para a frente sobre as mãos espalmadas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fratura de extremidades superiores. ➤ Se cair de cabeça: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumatismo raquimedular.
<p>Lesões por Atividades Esportivas</p> <p>Em geral os mecanismos são os mesmos das colisões automobilísticas e motocicletas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lesões descritas em: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impacto frontal ▪ Impacto lateral ▪ Impacto traseiro ▪ Ejeção do veículo ▪ Quedas
<p>Lesões por explosão</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primárias: onda de pressão atinge o paciente com velocidades de até cerca três quilômetros /segundo. ▪ Secundárias: paciente é atingida por fragmentos primários, secundários ou ambos, que voam e podem tornar-se projéteis. ▪ Terciárias: quando o paciente é arremessada contra um objeto (torna-se um projétil), podendo ser atirada contra outros objetos ou ao chão. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lesões Primárias: amputação traumática de membros, sangramento pulmonar, pneumotórax, embolia gasosa, laceração de pequenos vasos, rotura de tímpano, PCR e explosão de pulmão. ○ Lesões Secundárias: ferimentos penetrantes, lacerações e fraturas, feridas cutâneas superficiais, lesões torácicas e oculares. ○ Lesões Terciárias: semelhantes às lesões que ocorrem em paciente s ejetadas de um carro ou que caem de alturas significativas.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quaternárias: lesões provocadas por calor e gases oriundos da explosão. ▪ Quinárias: causadas por aditivos colocados nas bombas, como bactérias, radiação e substâncias químicas e ataque suicida com homem-bomba. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lesões Quaternárias: queimaduras, lesões por inalação e até asfixia. ○ Lesões Quinárias: lesões por encravamento por restos humanos (ossos do homem bomba), possíveis doenças infecciosas.
---	---

SUSPEITAR DE TRAUMATISMO GRAVE:

1. Em quedas >1,5 vezes a altura do paciente;
2. Atropelamento;
3. Colisões com veículos a mais de 30 Km/hora;
4. Ejeção do paciente;
5. Morte de um ocupante de veículo acidentado;
6. Danos graves ao veículo;
7. Capotamentos;
8. Ferimentos penetrantes de cabeça, pescoço, tórax, abdome, pelve e coxa.

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DO TRAUMA: RTS, GLASGOW (ADULTO E CRIANÇAS)	
4ª edição	AGOSTO/2014

REVISED TRAUMA SCORE (RTS) = ESCALA REVISADA DE TRAUMA

Objetivo: Avaliar a gravidade do trauma através da sua repercussão sobre a função circulatória, respiratória e neurológica e, dessa forma, auxiliar na decisão de triagem para o nível de complexidade do hospital de destino.

Forma de realização: Avaliar os 3 parâmetros abaixo e em seguida pontuar conforme o valor detectado. Somar as pontuações alcançadas.

Escala de coma de Glasgow (GCE)	Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	Frequência Respiratória (mrm)	Pontuação
13 – 15	>89	10 – 29	4
9 – 12	76 – 89	> 29	3
6 – 8	50 – 75	6 – 9	2
4 – 5	1 – 49	1 – 5	1
3	0	0	0

Ponto de corte para determinação da triagem para **hospital secundário:**

RTS =12

(parâmetros próximos da normalidade, poucas alterações clínicas)

Ponto de corte para determinação da triagem para **hospital terciário:**

RTS ≤ 10

(alto comprometimento das funções fisiológicas, alta possibilidade de lesões graves)

OBS: Os casos de **RTS =11** podem ser encaminhados a hospitais terciários se houver outros indicativos de gravidade.

ATENÇÃO: Situações impeditivas para realização da GCS inviabilizam o cálculo do RTS

ESCALA DE COMA DE GLASGOW EM ADULTOS

Abertura Ocular	Melhor resposta verbal	Melhor resposta Motora	Pontuação
		Obedece comando verbal simples	6
	Orientado	Localiza e se afasta da dor	5
Espontânea	Confuso	Somente localiza a dor	4
Ao estímulo verbal	Palavras inapropriadas	Flexão dos braços e extensão das pernas (decorticação)	3
Ao estímulo doloroso	Sons incompreensíveis	Extensão dos braços e extensão das pernas (decerebração)	2
Ausência de resposta	Ausência de resposta	Ausência de resposta	1

Para testar a melhor resposta verbal, considere se o paciente está localizado em TEMPO, ESPAÇO e PESSOA (*O que aconteceu? , Sabe onde está? , Como é seu nome?*)

Se o paciente não obedece a comandos simples, utilize estímulos dolorosos.

Estímulos dolorosos preconizados :

1. Compressão do leito ungueal do dedo indicador
2. Prensão periorbitária

Avaliação da gravidade do trauma crânio encefálico (TCE) segundo a GCS:

- GCS de 13 a 15 - TCE **leve**
GCS 9 a 12 - TCE **moderado**
GCS ≤8 - TCE **grave**

Ponto de corte para determinação do coma: GCS ≤ 8

Situações impeditivas para realização da GCS: alcoolismo agudo, uso de drogas ilícitas, via aérea definitiva, sedação, trauma ocular, disfasia.

OBS: Caso uma dessas situações impeça a avaliação de um dos parâmetros da GCS, pontue 1 (um) e continue a avaliação dos outros parâmetros. Anote na FAPH o motivo da baixa pontuação.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW EM CRIANÇAS

Resposta	Criança	Bebê (< 1 ano)	Pontuação
Abertura Ocular	Espontânea	Espontânea	4
	Ao estímulo verbal	Ao estímulo verbal	3
	Ao estímulo doloroso	Ao estímulo doloroso	2
	Ausência de resposta I	Ausência de resposta I	1
Melhor resposta verbal	Palavras apropriadas, orientada	Arrulha e balbucia	5
	Confusa	Inquieta, irritada, chorosa	4
	Palavras inapropriadas	Chora em resposta à dor	3
	Palavras incompreensíveis ou sons inespecíficos	Geme em resposta à dor	2
	Ausência de resposta	Ausência de resposta	1
Melhor resposta Motora	Obedece comando verbal simples	Move-se espontânea e intencionalmente	6
	Localiza estímulos dolorosos	Retira o membro ao toque	5
	Retira o membro ao estímulo doloroso	Retira o membro ao estímulo doloroso	4
	Flexão dos braços e extensão das pernas (decorticação) ao estímulo doloroso	Flexão dos braços e extensão das pernas (decorticação) ao estímulo doloroso	3
	Extensão dos braços e extensão das pernas (decerebração) ao estímulo doloroso	Extensão dos braços e extensão das pernas (decerebração) ao estímulo doloroso	2
	Ausência de resposta	Ausência de resposta	1

Fonte: Pediatric Advanced Life Support (PALS). Provider Manual, 2006, pg.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

Nº. 75



TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO (TCE): Especificidades

4ª edição AGOSTO/2014

CAUSAS DE ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

- lesão no córtex cerebral
- lesão na formação reticular ascendente do tronco cerebral (estrutura responsável pela manutenção do estado de alerta)
- aumento da pressão intracraniana (PIC): anisocoria, hipertensão arterial, bradicardia, alterações respiratórias
- diminuição do fluxo sanguíneo cerebral
- hipoglicemia

FENÔMENO DE CUSHING: elevação acentuada da pressão arterial + bradicardia – é sinal tardio de aumento acentuado da PIC

SINAIS DE HERNIAÇÃO CEREBRAL:

- Herniação uncal: dilatação ou lentidão na resposta pupilar a estímulo ipsilateral, com ou sem alterações motoras e fraqueza contralateral
- Herniações mais extensas:
- Nível 1 de PIC: postura em decorticação (flexão MMSS, extensão MMII), pupilas médio-reativas, respiração Cheyne-Stokes
- Nível 2 de PIC: postura em decerebração (extensão de MMSS e MMII), pupilas médias, não fotorreativas, hiperventilação neurogênica central
- Nível 3 de PIC: flacidez, sem reação à dor, midríase fixa, respiração atáxica ou apnéia

ASPECTOS DO EXAME NEUROLÓGICO:

- Realizar Escala de Coma de Glasgow
- Avaliar pupilas: Simetria de tamanho (diferença > 1mm é anormal) e fotorreação
- Exame da cabeça e da coluna: atenção para perdas líquóricas, fraturas abertas de crânio, exposição de tecido cerebral, ferimentos extensos de couro cabeludo e lesões por arma de fogo (orifícios de entrada e saída)
- Avaliação da motricidade (déficit motor)
- Observação de sinais de fratura de base de crânio: extravasamento de líquido e sangue pela orelha ou nariz, equimose na região mastóideia (sinal da batalha), equimoses periorbitais (olhos de guaxinim) – os 2 últimos são sinais mais tardios
- Observar a evolução para detectar qualquer deterioração neurológica
- Objetos encravados no crânio **não** devem ser removidos

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de atendimento inicial ABCDE (Protocolo 70)
- Imobilizar coluna cervical após exame do pescoço e da mandíbula
 - Realizar RCP ou ventilação com pressão positiva se indicado;
 - Evitar a hiperventilação prolongada (aumenta a PIC). O padrão é:
 - ✓ ventilação assistida com 10 mrm para adultos (com volume corrente de 350 a 500 mL);
 - ✓ 20 mrm para crianças
 - ✓ 25 mrm para bebês
 - Controlar sangramentos no couro cabeludo, aplicando curativo compressivo e, se este não for eficiente, aplicar pressão direta nas bordas da ferida ou na região adjacente se houver deformidade óssea ou lesão aberta;
 - Monitorizar sinais vitais (pressão arterial, pulso), ECG e oximetria
 - Manter o paciente em posição DDH/Supina (a elevação da cabeça pode diminuir a PIC, entretanto, pode reduzir a pressão de perfusão cerebral)
 - Informar ao plantonista do hospital todas as alterações neurológicas observadas na cena e durante o transporte;
 - Sempre transportar para o hospital paciente s alcoolizadas ou drogadas, mesmo que o TCE aparentemente seja leve. Nunca atribuir ao álcool ou drogas as alterações do estado mental
 - Sempre transportar para o hospital crianças com TCE e história não compatível com as lesões encontradas ou história não confiável – suspeitar e procurar outros sinais sugestivos de MAUS TRATOS
 - Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de agitação (Protocolo 106)

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

Nº. 76



TRAUMA DE FACE: Especificidades

4ª edição

AGOSTO/2014

ATENÇÃO PARA O MECANISMO DE TRAUMA: acidentes automobilísticos, sem uso de cinto de segurança, com colisão da face contra o painel ou parabrisa; queda de moto ou bicicleta; agressões; ferimentos por arma de fogo ou branca; práticas esportivas

SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURAS EM FACE:

- Má oclusão dentária, mordida cruzada, traumas dentários e trismo mandibular
- Mobilidade de segmentos ósseos ou crepitações
- Irregularidade dos contornos à palpação da mandíbula, das margens orbitárias e do nariz - *Dish face* ou face achatada
- Perda ou diminuição da acuidade visual, presença de hematomas, diplopia, oftalmoplegia e distopia;
- Aplainamento ou assimetria da face; edema facial e/ou periorbitário
- Selamento do dorso nasal, rinorragia ou rinorréia cerebrospinal
- Impossibilidade de assumir a posição supina (especialmente nas fraturas de mandíbula bilaterais, com perda da capacidade de protrusão da língua e obstrução das vias aéreas na posição supina)

FRATURAS DO ESQUELETO FIXO DA FACE:

- **LE FORT I:** fratura transversa pela maxila, acima do nível dos dentes
- **LE FORT II:** fratura dos ossos nasais e das maxilas na porção medial do assoalho da órbita, geralmente causada por golpes na região maxilar superior
- **LE FORT III:** disjunção craniofacial

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de atendimento inicial ABCDE (Protocolo 70)
- Imobilizar com bandagens ou faixas envolvendo a mandíbula e o crânio
- Manter o paciente em posição supina (a elevação da cabeça pode diminuir a PIC, entretanto, pode reduzir a pressão de perfusão cerebral)
- Informar ao plantonista do hospital todas as alterações neurológicas observadas na cena e durante o transporte;
- Sempre transportar para o hospital paciente s alcoolizadas ou drogadas, mesmo que o trauma aparentemente seja leve. Nunca atribuir ao álcool ou drogas as alterações do estado mental

- Sempre transportar para o hospital crianças com trauma e história não compatível com as lesões encontradas ou história não confiável – suspeitar e procurar outros sinais sugestivos de MAUS TRATOS
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de agitação (Protocolo 106)

TRAUMA OCULAR: Especificidades	
4ª edição	AGOSTO/2014

QUEIMADURAS TÉRMICAS E QUÍMICAS:

- Realizar irrigação copiosa com água ou soro fisiológico no mínimo por 20 minutos, iniciando o mais rápido possível, na tentativa de remover completamente a substância irritante;
- Manter as pálpebras abertas com os dedos (tentar everter a pálpebra) durante a irrigação;
- Cuidar para que o outro olho não seja atingido pelo líquido da irrigação (realizar a lavagem do canto nasal para o canto auricular)
- Se possível, manter a irrigação durante o trajeto para o hospital **ou**
- Cobrir os dois olhos com gaze umedecida com soro fisiológico, exceto em queimaduras químicas
- Nas lesões por cal ou cimento, realizar limpeza mecânica cuidadosa das conjuntivas, especialmente da palpebral, com gaze ou algodão e depois iniciar lavagem, mantendo-a durante o trajeto para o hospital
- Transportar rapidamente para hospital terciário (com emergência oftalmológica)

PERFURAÇÃO POR CORPO ESTRANHO OU HEMORRAGIA NA CÂMARA OCULAR ANTERIOR:

- Não remover o corpo estranho
- Estabilizar o objeto
- Não exercer pressão direta sobre qualquer ferimento no globo ocular
- Não fazer curativo compressivo em olho com sangramento
- Não irrigar
- Cobrir os dois olhos com curativo estéril seco
- Transportar rapidamente para hospital terciário (com emergência oftalmológica)

ENUCLEAÇÃO:

- Não tentar recolocar o globo ocular enucleado dentro da órbita
- Cobrir o globo ocular com gaze umedecida com soro fisiológico e proteger o local
- Realizar curativo oclusivo nos dois olhos
- Transportar rapidamente para hospital terciário (com emergência oftalmológica)

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de atendimento inicial ABCDE (Protocolo 70)
- Atentar para os cuidados específicos
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de agitação (Protocolo 106)

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

Nº. 78



TRAUMA DE TÓRAX – FRATURAS DE COSTELAS: Especificidades

4ª edição

AGOSTO/2014

ATENÇÃO PARA O MECANISMO DE TRAUMA: a compressão ântero-posterior do tórax força as costelas para fora, fraturando-as na sua porção média (face lateral). A força direta sobre as costelas tende a direcionar os fragmentos fraturados para dentro do tórax.

QUANDO SUSPEITAR:

- dor no local à palpação do tórax
- dor torácica aos movimentos respiratórios
- presença de crepitações ósseas à palpação do tórax
- presença de enfisema subcutâneo na parede torácica
- presença de dispnéia
- presença de equimose, hiperemia ou ferimento local

LEMBRAR A POSSIBILIDADE DE:

- contusão pulmonar, especialmente se houver 3 ou mais arcos costais fraturados
- traumatismo de baço e fígado nas fraturas de arcos costais baixos
- lesões intratorácicas graves nas fraturas de 1º e 2º arcos costais
- pneumotórax ou hemotórax

IMOBILIZAÇÃO

- Considerar a realização de conduta adicional em SIV.

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de atendimento inicial ABCDE (Protocolo 70)
- Não estabilizar com enfaixamento, bandagens ou ataduras circundando o tórax
- Imobilizar usando o braço do paciente , uma tipóia e uma faixa
- Encorajar a inspiração profunda ou a tosse, apesar da dor, para prevenção de atelectasias, pneumonias e alcalose respiratória
- Transportar cuidadosamente para reduzir a dor
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de agitação (Protocolo 106)

TRAUMA DE TÓRAX – TÓRAX INSTÁVEL : Especificidades	
4ª edição	AGOSTO/2014

ATENÇÃO PARA O MECANISMO DE TRAUMA: impacto sobre o esterno (nas colisões frontais, o esterno para contra a coluna da direção e a continuação do movimento da parede torácica posterior para frente dobra as costelas até estas fraturarem) ou sobre a face lateral da parede torácica (na colisão lateral, ocorre impacto na parede lateral do tórax). Surge quando 2 ou mais costelas adjacentes são fraturadas em pelo menos 2 lugares.

QUANDO SUSPEITAR:

- presença de movimentos torácicos paradoxais à respiração. No início, o espasmo da musculatura intercostal pode impedir movimentação paradoxal significativa
- dor torácica mais intensa do que na fratura isolada de costela
- dor à palpação do tórax
- presença de crepitações ósseas à palpação
- presença de lesões ou equimoses no local
- taquipnéia progressiva
- impossibilidade de respirar profundamente
- hipóxia, cianose

LEMBRAR: da possibilidade de contusão pulmonar subjacente

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de atendimento inicial ABCDE (Protocolo 70)
- Transporte rápido
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de agitação (Protocolo 106)

TRAUMA DE TÓRAX – FRATURA DE ESTERNO: Especificidade	
4ª edição	AGOSTO/2014

ATENÇÃO PARA O MECANISMO DE TRAUMA: impacto sobre o esterno. A energia cinética para produzir a fratura precisa ser muito elevada, pois este osso é muito resistente.

QUANDO SUSPEITAR:

- intensa dor torácica aos movimentos respiratórios e à palpação local
- lesão e/ou equimose local

ATENÇÃO:

- paciente potencialmente grave
- possível existência de contusão miocárdica e sangramento intratorácico

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de atendimento inicial ABCDE (Protocolo 70)
- Transportar cuidadosamente para reduzir a dor
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de agitação (Protocolo 106)

TRAUMA DE TÓRAX – PNEUMOTÓRAX SIMPLES

4ª edição

AGOSTO/2014

ATENÇÃO PARA O MECANISMO DE TRAUMA: geralmente secundário à lesão do parênquima pulmonar por costela fraturada ou lesão brônquica ou por compressão do pulmão contra a glote fechada, levando ao escape de ar para o espaço pleural.

QUANDO SUSPEITAR: na presença de:

- dor pleurítica
- dispnéia
- taquipnéia
- ausculta: diminuição ou abolição do MV no lado afetado
- timpanismo à percussão

LEMBRAR:

- quando unilateral geralmente é bem tolerado
- pode evoluir para pneumotórax hipertensivo

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de atendimento inicial ABCDE (Protocolo 70)
- Transporte rápido
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de agitação (Protocolo 106)

TRAUMA DE TÓRAX – PNEUMOTÓRAX ABERTO

4ª edição

AGOSTO/2014

ATENÇÃO PARA O MECANISMO DE TRAUMA: produzido por ferimento penetrante (lesão ultrapassa a pleura parietal) que conecta o espaço pleural com a atmosfera. Geralmente causado por objetos perfurantes (ferragens, madeiras, pontas) ou lesões por arma branca ou projéteis de arma de fogo. Também pode ocorrer em acidentes automobilísticos e quedas.

QUANDO SUSPEITAR:

- presença de dor torácica no local e dispnéia
- presença de ferimento aberto na parede torácica
- ausculta, durante a inspiração, de ruído aspirativo pela ferida torácica e borbulhamento durante a expiração
- presença de insuficiência respiratória evidente: ansiedade, taquipnéia
- pulso radial fino e rápido

LEMBRAR:

- pode evoluir para pneumotórax hipertensivo

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de atendimento inicial ABCDE (Protocolo 70)
- Cobrir o ferimento com curativo oclusivo estéril **com 3 pontos de fixação**
- Se piorar o esforço respiratório, remover o curativo de 3 pontas para permitir a descompressão da tensão acumulada;
- Transporte rápido
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de agitação (Protocolo 106)

TRAUMA DE TÓRAX – PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO	
4ª edição	AGOSTO/2014

ATENÇÃO PARA O MECANISMO DE TRAUMA: choque do tórax contra anteparos (volante de veículo, quedas, etc) ou de objetos contra o tórax (agressões, coices de animais), atropelamento, explosões, soterramento, desacelerações súbitas, ventilação mecânica.

QUANDO SUSPEITAR: na presença de:

- extrema ansiedade, taquipnéia intensa, taquicardia, hipotensão, cianose, dor torácica, respiração superficial
- sinais precoces: ruídos respiratórios ausentes ou diminuídos do lado afetado, aumento progressivo da dispnéia e taquipnéia, apesar do tratamento, percussão timpânica
- sinais tardios: ingurgitamento da veia jugular, desvio da traquéia, sinais de hipóxia aguda, timpanismo à percussão do tórax, pressão de pulso diminuída, hipotensão, sinais de choque descompensado

LEMBRAR:

- pode ocorrer óbito em pouco tempo caso não ocorra **intervenção médica rápida** (descompressão)
- Decidir rápido pelo transporte.

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de atendimento inicial ABCDE (Protocolo 70)
- **Se houver ferimento penetrante aberto no tórax:** retirar o curativo oclusivo por vários segundos, permitindo que o ar saia pela ferida (se esta permanecer aberta). Quando a pressão diminuir, ocluir novamente a ferida com curativo com 3 pontos de fixação. Repetir o procedimento se a pressão torácica aumentar novamente
- Transporte rápido
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de agitação (Protocolo 106)

TRAUMA DE TÓRAX – SUSPEITA DE HEMOTÓRAX	
4ª edição	AGOSTO/2014

ATENÇÃO PARA O MECANISMO DE TRAUMA: traumatismo torácico penetrante (mais comum) ou fechado.

QUANDO SUSPEITAR: na presença de:

- taquipnéia
- dor torácica
- respiração superficial
- MV ausente ou diminuído do lado afetado
- maciez à percussão do tórax afetado
- sinais clínicos de choque (cada espaço pleural pode reter até 2500 a 3000mL de sangue, no adulto)
- confusão mental e ansiedade, dependendo da magnitude do comprometimento respiratório e cardiovascular
- pensar na associação com pneumotórax, especialmente nos traumas penetrantes

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de atendimento inicial ABCDE (Protocolo 70)
- Transporte rápido
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de agitação (Protocolo 106)

SUSPEITA DE TAMPONAMENTO CARDÍACO : Especificidades

4ª edição

AGOSTO/2014

ATENÇÃO PARA O MECANISMO DE TRAUMA: traumatismo torácico penetrante (mais comum) ou fechado; no APH o mecanismo mais freqüente é o impacto do volante sobre o condutor do veículo não contido por cinto de segurança

QUANDO SUSPEITAR: Na presença de:

- ferimentos torácicos penetrantes na região do retângulo delimitado pela linha dos mamilos lateralmente, pelas clavículas acima e as margens costais abaixo (a chamada “caixa cardíaca”)
- taquicardia
- pulso paradoxal (quando a PA sistólica cai mais de 10 mmHg durante a inspiração): pulso radial diminui ou desaparece na inspiração
- pressão de pulso reduzida
- engurgitamento jugular
- abafamento de bulhas cardíacas
- hipotensão arterial
- **triade de Beck:** turgência jugular, hipotensão e abafamento de bulhas
- sinais de choque, que pioram progressivamente
- expansibilidade pulmonar e ruídos respiratórios normais
- diminuição da voltagem no ECG
- pode ocorrer AESP (atividade elétrica sem pulso)

LEMBRAR:

- pode evoluir para choque cardiogênico

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de atendimento inicial ABCDE (Protocolo 70)
- Transporte rápido
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de agitação (Protocolo 106)

TRAUMA ABDOMINAL FECHADO : Especificidades

4ª edição

AGOSTO/2014

ATENÇÃO PARA O MECANISMO DE TRAUMA: resulta de lesões por compressão (os órgãos abdominais ficam entre objetos sólidos, como volante ou guidão de moto ou bicicleta e coluna vertebral) ou por cisalhamento devido ao impacto direto (ruptura de órgãos sólidos ou vasos sanguíneos por forças de cisalhamento exercidas sobre os ligamentos que os estabilizam). Estabelecer o tempo de evolução desde o trauma.

QUANDO SUSPEITAR: na presença de:

- mecanismo de lesão compatível com desaceleração rápida ou forças de compressão significativas
- sinais externos como equimoses, contusões, escoriações e outras lesões no abdome, flanco ou dorso
- dor e sensibilidade à palpação abdominal ou dor com a tosse
- rigidez ou distensão abdominal
- sinais de choque sem causa aparente
- choque mais grave do que o explicado por outras lesões
- contusões e hematomas em dorso ou flancos sugerem lesão renal
- equimose linear transversal na parede abdominal (sinal do cinto de segurança) sugerem lesão intestinal
- lesões penetrantes da região glútea
- volante entortado

OBSERVAÇÃO: evitar a palpação profunda quando houver evidência franca de lesão, pois a mesma pode deslocar coágulos e aumentar hemorragias, além de piorar outras lesões

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de atendimento inicial ABCDE (Protocolo 70)
- Transporte rápido
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de agitação (Protocolo 106)

TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE : Especificidades

4ª edição

AGOSTO/2014

ATENÇÃO PARA O MECANISMO DE TRAUMA: geralmente secundário a ferimentos por arma branca ou arma de fogo; ocorre também em acidentes com veículos motores e atropelamentos. Lesões por arma branca transfixam estruturas adjacentes, enquanto projéteis de arma de fogo podem ter trajeto tortuoso, lesando múltiplos órgãos.

LESÕES TORÁCICAS INFERIORES: durante a expiração completa, o diafragma sobe até o 4º EIC anteriormente, o 6º EIC lateralmente e o 8º EIC posteriormente. Pacientes com ferimentos penetrantes de tórax abaixo dessa linha podem ter lesões de órgãos intra-abdominais.

LESÕES DE DORSO E FLANCOS: podem causar lesões colônicas ou urológicas.

LESÕES DE ÓRGÃOS OCOS: ocorre derramamento de seu conteúdo dentro da cavidade peritoneal ou espaço retroperitoneal, levando a sangramento intra-abdominal, peritonite e septicemia – abdome agudo

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de atendimento inicial ABCDE (Protocolo 70)
- **Se objetos empalados ou encravados:**
 - ✓ **nunca** devem ser movidos ou removidos no APH.
 - ✓ fixar e imobilizar o objeto para evitar movimentação durante o transporte.
 - ✓ se ocorrer sangramento ao redor do objeto, fazer pressão direta sobre o ferimento ao redor do objeto (com a própria mão e compressas).
 - ✓ Obs: **Não** palpar o abdome para evitar maior laceração ou o afundamento da ponta do objeto.
- Se presença de **evisceração:**
 - ✓ **não** tentar recolocar os órgãos de volta na cavidade abdominal;
 - ✓ cobri-los com compressas estéreis umedecidas com soro fisiológico estéril **ou** plástico especial para evisceração.
 - ✓ ocluir com curativo oclusivo.

- Transporte rápido
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de agitação (Protocolo 106)

TRAUMA RAQUIMEDULAR: Especificidades	
4ª edição	AGOSTO/2014

SUSPEITAR DE LESÃO RAQUIMEDULAR QUANDO OCORRER:

- Impacto violento na cabeça, pescoço, tronco ou na pelve por qualquer mecanismo (p. ex. agressões, encarceramento em escombros)
- Mecanismo em que ocorreu aceleração ou desaceleração repentina ou inclinação lateral do pescoço ou tronco (p. ex., colisões de veículos motorizados em velocidade moderada a alta, atropelamento de pedestre, explosão)
- Qualquer tipo de queda, especialmente em idosos
- Ejeção ou queda de veículo motorizado ou outro dispositivo de transporte (patinete, skate, bicicleta, moto, etc)
- Acidente em águas rasas (mergulho ou surfe sem prancha)
- Lesão na cabeça, com qualquer alteração do nível de consciência
- Dano significativo no capacete
- Lesão contusa importante no tronco
- Fratura por impacto ou outro tipo de desaceleração nas pernas ou quadril
- Lesão na área da coluna

PRINCIPAIS CAUSAS EM ADULTOS: colisões de veículos, mergulho em lugares rasos, colisões de motocicletas, quedas, lesões esportivas

PRINCIPAIS CAUSAS EM CRIANÇAS: quedas de lugares altos (de 2 a 3 vezes a altura da criança), queda de triciclo ou bicicleta, atropelamento

SINAIS DE CHOQUE NEUROGÊNICO: pele quente e seca, FC normal ou bradicardia leve, hipotensão arterial, boa oxigenação periférica

INDICAÇÕES PARA IMOBILIZAÇÃO DA COLUNA:

- Mecanismo de trauma sugestivo
- Alteração do nível de consciência: Glasgow < 15
- Presença de dor ou sensibilidade na região da coluna
- Déficit ou sintoma neurológico: paralisias, parestesia, paresia (fraqueza), déficit neurológico abaixo do nível da lesão, priapismo
- Presença de deformação anatômica da coluna
- A ausência desses sinais não exclui a possibilidade de lesão na coluna
- Pacientes cuja informação não é confiável: embriaguez, presença de lesões mais dolorosas que desviem a atenção, barreiras de comunicação (idioma, surdez, pouca idade, etc) pacientes psiquiátricos e portadores de Doença de Alzheimer.

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de atendimento inicial ABCDE (Protocolo 70)
- Na suspeita de lesão, a coluna deve ser imobilizada na posição supina, sobre prancha rígida, em posição alinhada neutra, na seguinte sequência:
 - ✓ Alinhar manualmente a cabeça (se não houver contra-indicação) e manter o apoio manual e a estabilização todo o tempo
 - ✓ O alinhamento da cabeça está contra-indicado e deve ser interrompido quando ocorrer:
 - piora da dor referida ou do padrão respiratório;
 - resistência voluntária do paciente ao movimento;
 - início ou aumento de déficit neurológico;
 - espasmos dos músculos do pescoço.
 - Nestes casos, imobilizar a cabeça na posição encontrada, sem colocação de colar cervical
 - ✓ Se o alinhamento for possível, instalar colar cervical e manter controle manual da estabilização até a fixação com o fixador de cabeça na prancha longa.
 - ✓ Imobilizar na prancha longa iniciando pela cabeça e em seguida , imobilizar os membros inferiores.
- Lembrar: o alinhamento não será possível em casos de torcicolo congênito ou outra malformação ou em deformidades degenerativas pré-existentes
- Atentar para espaço morto que possa bloquear a permeabilidade das vias aéreas: se necessário, acolchoar: no adulto – atrás da cabeça; na criança – embaixo do tórax .
- Nas pacientes que se encontram dentro de veículo:
 - ✓ Realizar a retirada rápida se paciente grave ou cena insegura
 - ✓ Utilizar equipamento de retirada (“KED”) quando for indicado conforme técnica ou a retirada rápida se paciente grave (Protocolo 93)
 - ✓ Após a retirada, imobilizar em prancha longa
- Nas pacientes que são encontradas em pé na cena, imobilizar em prancha longa, usando a técnica de imobilização em pé
- Transporte rápido
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de agitação (Protocolo 106)

LESÃO DO APARELHO LOCOMOTOR – EXTREMIDADES	
4ª edição	AGOSTO/2014

AS LESÕES INCLUEM: fraturas, luxações, fratura-luxações, contusões, entorses, perda de tecidos (avulsões), amputações, esmagamentos

RECONHECER AS LESÕES POR:

- mecanismo de trauma sugestivo
- dor local aguda
- deformidades/edemas/hematomas/equimoses
- impotência funcional e/ou movimentos anormais de extremidades
- encurtamento de membro
- distúrbio de perfusão periférica
- exposição óssea ou sangramento suspeito
- crepitação à palpação do membro lesado

PESQUISAR SEMPRE: função neurovascular

- motricidade
- sensibilidade
- perfusão periférica

LESÕES ARTICULARES E LUXAÇÕES:

- Imobilizar na posição encontrada
- Manipular cuidadosamente lesões sem pulso
- Nem sempre a correta imobilização destas lesões traz alívio da dor
- Considerar analgesia.

CUIDADOS GERAIS COM AS LESÕES:

- Expor claramente as lesões e os locais onde haja indício de sangramento, além de retirar objetos ou adornos
- Avaliar a função neurovascular distal antes e depois da realização de imobilizações
- Imobilizar o membro lesado, quando indicado segundo técnica indicada (Protocolos 90 e 91)
- Cuidar primeiramente das feridas abertas, cobrindo-as com curativos estéreis secos

- Sobre o controle de hemorragias externas:
 - ✓ Expor o local da lesão
 - ✓ Exercer pressão direta sobre o local da lesão, com a mão sobre compressas ou gazes
 - ✓ Se a hemorragia persistir após a compressão local, usar torniquete para controlá-la (Protocolo 111)
 - ✓ **ATENÇÃO:** elevação do membro e compressão de pontos arteriais não são mais recomendados para o controle de hemorragias externas.
- Sobre as fraturas expostas:
 - ✓ Controlar hemorragia e tratar o choque se for o caso;
 - ✓ Não recolocar o osso exposto para o interior do ferimento
 - ✓ Se as extremidades ósseas se reatírem para dentro da ferida durante a imobilização, anotar essa informação na ficha de atendimento e passá-la à equipe do hospital;
 - ✓ Aplicar curativo estabilizador estéril.
- Sobre a síndrome compartimental:
 - ✓ Suspeite de síndrome compartimental em caso de parestesia e dor intensa e desproporcional à lesão (são os sinais precoces), associados à ausência de pulso, palidez local e paralisia (sinais tardios)
 - ✓ Nesses casos, remover imobilizações e curativos muito apertados e monitorar a perfusão distal
 - ✓ Transporte imediato
- Sobre o alinhamento de fraturas:
 - ✓ **Alinhar** as fraturas em membros **sem pulso palpável** conforme a técnica instruída, sempre **controlando pulso periférico**;
 - ✓ Tentar **alinhamento apenas uma vez** mediante analgesia, se necessário;
 - ✓ Se o pulso periférico ficar ausente após alinhamento, retornar o membro a posição original;
 - ✓ As tentativas de alinhamento devem ser abandonadas quando o paciente se queixar de dor significativa ou houver resistência do membro;
 - ✓ Nesses casos, Imobilizar e transportar rapidamente com analgesia.

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de atendimento inicial ABCDE (Protocolo 70) e tratar inicialmente as alterações que ameacem a vida)
- Atentar para as especificidades do cuidado às lesões
- Atentar para os cuidados gerais na aplicação das técnicas de imobilização preconizadas para os diferentes segmentos (Protocolos 90 e 91)
- Não exceder o tempo de cena com imobilizações, mesmo considerando a ausência de instabilidade aparente.
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de agitação (Protocolo 106)

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR Nº. 90 SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA



LESÃO DO APARELHO LOCOMOTOR – MEMBROS SUPERIORES Técnicas de Imobilização

4ª edição

AGOSTO/2014

1. Clavícula

- tipóia ou imobilização tubular
- colar cervical
- Atenção para complicações vasculo-nervosas

2. Ombro (inclui escápula, luxação e lesão de úmero proximal)

- tipóia e bandagens
- Atenção para complicações vasculo-nervosas e tóraco-pulmonares

3. Braço

- talas moldáveis ou rígidas

4. Cotovelo

- talas moldáveis

5. Antebraço

- talas moldáveis/rígidas

6. Mão

- talas moldáveis

CUIDADOS GERAIS NA APLICAÇÃO DAS TÉCNICAS DE IMOBILIZAÇÃO:

- Mobilizar o paciente seguindo os preceitos de integridade da coluna vertebral, principalmente se houver necessidade de transporte rápido;
- As fixações devem ser feitas com bandagens triangulares (preferencialmente), sempre no sentido distal/proximal;
- Acolchoar as talas rígidas para evitar o movimento, aumentar o conforto e evitar úlceras de pressão;
- Preencher sempre os vãos;
- Remover joias, relógios, para não prejudicar a circulação quando aumentar o edema;
- Avaliar a função neurovascular distalmente ao local da lesão antes e depois de aplicar qualquer imobilização e periodicamente.

LESÃO DO APARELHO LOCOMOTOR – MEMBROS INFERIORES

Técnicas de Imobilização

4ª edição

AGOSTO/2014

1. Pelve

- Critérios para suspeição de lesão na pelve:
 - Mecanismo de trauma
 - Dor aguda na região
 - Deformidade/crepitação ou instabilidade do quadril
 - Sinais e sintomas de choque hipovolêmico.
- Talas longas/moldáveis/rígidas, geralmente bilaterais, com coxim entre os membros
- Mobilizar à cavaleiro
- Atentar para ocorrência de choque hipovolêmico
- Posicionar o paciente em posição anatomicamente mais adequada
- Imobilizar na posição encontrada caso apresente dor à movimentação
- Cuidado com lesões vaso-nervosas e choque hipovolêmico
- Atentar para lesões associadas (coluna/bexiga/órgãos genitais)

2. Coxa (Fêmur)

- talas longas/moldáveis/rígidas
- usar o membro contralateral como apoio

3. Joelho

- talas moldáveis
- Atenção para complicações vaso-nervosas

4. Perna (Tíbia e fíbula)

- talas moldáveis/rígidas

5. Tornozelo e pé

- talas moldáveis
- Atenção: retirar cuidadosamente o calçado

CUIDADOS GERAIS NA APLICAÇÃO DAS TÉCNICAS DE IMOBILIZAÇÃO:

- Mobilizar o paciente seguindo os preceitos de integridade da coluna vertebral, principalmente se houver necessidade de transporte rápido;
- As fixações devem ser feitas com bandagens triangulares (preferencialmente), sempre no sentido distal/proximal;
- Acolchoar as talas rígidas para evitar o movimento, aumentar o conforto e evitar úlceras de pressão;
- Preencher sempre os vãos;

- Avaliar a função neurovascular distalmente ao local da lesão antes e depois de aplicar qualquer imobilização e periodicamente.

LESÃO DO APARELHO LOCOMOTOR – AMPUTAÇÃO E ESMAGAMENTO	
--	--

4ª edição	AGOSTO/2014
-----------	-------------

AMPUTAÇÃO

- se necessário, controlar hemorragias
- evitar manipular a ferida que não sangra (pode ser rompido o coágulo sanguíneo e ocorrer novo sangramento): cobrir com curativo seco
- realizar analgesia

Cuidados com a parte amputada:

- limpar irrigando delicadamente com Ringer Lactato;
- envolver em gaze estéril umedecida com solução de Ringer Lactato, colocar em saco plástico e identificar;
- colocar o saco plástico em outro recipiente cheio de gelo moído (não colocar a parte amputada em contato direto com gelo);
- transportar o segmento junto com o paciente até o hospital mais adequado;
- não retardar o transporte na tentativa de localizar a parte amputada; policiais ou outros auxiliares devem permanecer no local para procurá-la e devem ser orientados quantos aos cuidados e a forma de transportá-la, sendo informados sobre o hospital de destino do paciente .

SÍNDROME DO ESMAGAMENTO:

- Pode ocorrer nas seguintes situações: paciente presa por período prolongado; lesão traumática de grande massa muscular; comprometimento da circulação na área lesada pelo mecanismo de prensão de membros.
LEMBRAR: a lesão traumática do músculo provoca liberação de mioglobina (que pode levar à insuficiência renal aguda) e potássio (pode causar arritmias cardíacas).
- Realizar reanimação volêmica precoce e vigorosa, antes da liberação do membro (se este estiver preso);
- Instalar acesso venoso e infundir Soro Fisiológico na velocidade de até 1500 mL/hora – não usar Ringer Lactato devido à presença de potássio;
- Monitorizar sinais vitais e ritmo cardíaco;
- Remover rapidamente para hospital terciário, relatando ao médico receptor na sala de emergência o tempo aproximado de encarceramento.

SÍNDROME COMPARTIMENTAL

- Identificar correta e prontamente uma síndrome compartimental (dor intensa e desproporcional à lesão e parestesia – são os sinais precoces; ausência de pulso, palidez e paralisia – sinais tardios);
- Remover imobilizações ou curativos muito apertados e reavaliar perfusão distal constantemente;
- Realizar analgesia;
- Transportar imediatamente para o hospital.

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de atendimento inicial ABCDE (Protocolo 70) e tratar inicialmente as alterações que ameacem a vida)
- Atentar para as especificidades do cuidado às lesões por amputação, esmagamento e síndrome compartimental
- Não exceder o tempo de cena com imobilizações, mesmo considerando a ausência de instabilidade aparente.
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de agitação (Protocolo 106)
 - ✓ Sinais de choque
 - Seguir Protocolo 44 exceto se houver suspeita ou confirmação da síndrome do esmagamento
 - Em caso de síndrome do esmagamento:
 - Realizar reanimação volêmica precoce e vigorosa, antes da liberação do membro (se este estiver preso), instalando acesso venoso e infundindo Soro Salina 0,9% na velocidade de até 1500 mL/hora
 - **ATENÇÃO** : Não usar Ringer Lactato devido à presença de potássio;
 - Realizar o transporte rápido.

RETIRADA DE PACIENTES : KED e Retirada Rápida
Critérios para tomada de decisão

4ª edição AGOSTO/2014

USO DE DISPOSITIVO TIPO KED PARA RETIRADA DE PACIENTE :

Princípio: imobilizar o paciente traumatizada, sem lesões graves, antes de movimentá-la da posição sentada. Só deve ser usado quando não houver lesões com risco imediato à vida.

Indicações para retirada do paciente com Kendrick Extrication Device (KED):

- paciente estável
- cena do acidente segura
- suspeita de coluna instável, de acordo com o mecanismo de trauma

Passos da retirada com KED:

- Realizar a estabilização e alinhamento manual da cabeça, preferencialmente por trás do paciente ;
- Colocar o colar cervical de tamanho adequado (um profissional continua sustentando a cabeça com as mãos);
- Posicionar o paciente sentada, de forma ereta, com espaço adequado entre as costas do paciente e o banco do veículo para ser colocado o KED (antes de colocar o KED, os tirantes longos/virilha são soltos/abertos e posicionados atrás do colete);
- Colocar o KED por trás do paciente (o profissional continua sustentando a cabeça com as mãos);
- Após posicionar o KED atrás do paciente (o profissional continua sustentando a cabeça com as mãos), as abas laterais são colocadas em torno do paciente e movimentadas até tocarem as suas axilas. Não forçar a cabeça a encostar no KED, apenas sustentá-la;
- Afivelar primeiro o tirante central (amarelo), para que o KED envolva o tórax de maneira uniforme;
- Afivelar o tirante inferior (vermelho);
- Passar um dos tirantes longos por baixo do joelho do paciente (de fora para dentro) e deslizar até a raiz da coxa, posicionar lateralmente ao genital e sob a nádega. Não deixar lateralmente na coxa. Prender a fivela do tirante na fivela fixa do mesmo lado;
- Repetir a mesma manobra na outra perna (de preferência simultaneamente);
- Revisar e ajustar os tirantes colocados no tórax;
- Verificar o espaço entre a cabeça e o KED. Preencher com a almofada quando necessário, sem forçar a cabeça para trás, para manter posição neutra alinhada;

- Posicionar as abas laterais da cabeça, realizando a troca cuidadosa das mãos que suportam a cabeça do paciente , e fixar a cabeça com as fitas;
- Posicionar a primeira fita na região frontal do paciente logo acima dos olhos e horizontalmente, fixar no velcro, envolvendo o KED;
- Colocar a segunda fita (com abertura central) no colar cervical (mento) e fixar no velcro do KED (esta não deverá ficar muito apertada para que não impedir o movimento da mandíbula e abertura da boca);
- Após o tronco, cabeça e pescoço serem imobilizados, o profissional que sustentava a cabeça poderá soltá-la e passar a segurar o KED pela alça superior;
- Fixar os antebraços com bandagem triangular;
- Afivelar o tirante superior do tórax (verde), sem apertá-lo excessivamente, apenas no momento de mover o paciente ;
- Posicionar a prancha longa abaixo das nádegas do paciente de forma que uma extremidade esteja seguramente apoiada no assento do veículo e a outra segura por um profissional;
- Girar o paciente imobilizada: enquanto se gira o paciente , suas extremidades inferiores devem ser elevadas para o assento, passando por cima do console, se for o caso;
- Após girar o paciente (com suas costas voltadas para o centro da prancha longa) deitá-la na prancha longa, com as pernas elevadas;
- Soltar os 2 tirantes da virilha e abaixar as pernas do paciente ;
- Posicionar o paciente para cima na prancha, soltar o tirante superior do tórax e imobilizá-la na prancha.

RETIRADA RÁPIDA:

Princípio: estabilizar manualmente o paciente com lesões graves, antes e durante a mobilização a partir da posição sentada. Neste caso, o tempo é fator crucial para o sucesso do atendimento. Esta técnica deve ser escolhida apenas quando houver condições de risco à vida, e não por preferência pessoal.

Indicações para retirada rápida:

- paciente grave e/ou instável (detectável durante a avaliação primária)
- cena do acidente que apresente riscos para a equipe e/ou para o paciente
- retirada é necessária para obter acesso a outras pacientes graves e/ou instáveis

ATENÇÃO: Requer a atuação de 3 ou mais membros da equipe.
Tempo ideal para realização da retirada: inferior a 3 minutos

Passos da retirada rápida:

- Realizar a estabilização e alinhamento manual da cabeça e do pescoço, preferencialmente por trás do paciente ;
- Colocar colar cervical de tamanho adequado;
- Posicionar a maca com a prancha próxima à porta aberta do veículo;
- Estabilizar o tronco (enquanto o profissional continua sustentando a cabeça com as mãos) e iniciar o giro do paciente com movimentos curtos e controlados em direção à maca com a prancha, até que não se possa manter controle da estabilização manual da cabeça;
- Outro profissional, fora do veículo, assume o controle da estabilização manual da cabeça e pescoço;
- O profissional que estabilizada a cabeça deve mover-se e assumir o controle da região inferior do tronco e dos membros inferiores do paciente ;
- Continuar a rotação mantendo a estabilização manual até que o paciente possa ser abaixada para fora da abertura da porta e colocada sobre a prancha na posição supina, movimentando-a até a outra extremidade da prancha;
- Executar a fixação do paciente na prancha.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR Nº. 94 SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA



QUEIMADURAS

4ª edição

AGOSTO/2014

MEDIDAS BÁSICAS COMUNS À TODAS AS QUEIMADURAS:

- Avaliar segurança da cena para atuação da equipe;
- Afastar o paciente do agente causador ou o agente do paciente ;
- Realizar a avaliação primária e tratar as condições que ameaçam a vida;
- Manter permeabilidade da via aérea;
- Administrar O₂ 100% - ventilação assistida se necessário;
- Lavar abundantemente a superfície corpórea queimada com água corrente em temperatura ambiente ou SF 0,9%;
- No politraumatizado grave, tratar primeiro o trauma e os efeitos sistêmicos da queimadura e depois a queimadura;
- Realizar avaliação secundária, para identificar outras lesões ou condições clínicas que não coloquem em risco imediato a vida do paciente ;
- Dar especial atenção para o aspecto geral da face do paciente : cílios, sobrancelhas, pelos do nariz e condições respiratórias;
- Expor a área queimada, retirando as roupas que não estejam aderidas;
- Retirar objetos como anéis, aliança, brincos, pulseiras, relógio, carteira, cinto, desde que não estejam aderidos à pele;
- Se disponíveis, as compressas de melaleuca (Burnshield) devem ser utilizadas sobre a área queimada;
- Não romper ou perfurar bolhas no APH;
- Se houver sangramento ativo, comprimir a área e tratar outras lesões associadas antes de cobrir a queimadura;
- Cobrir a área queimada com curativo seco, estéril e não aderente; Manter o calor corporal com cobertores ou manta metálica;
- Transportar o paciente na posição mais confortável, desde que não haja outros traumas associados;
- Em casos de queimaduras graves com ou sem outras lesões críticas associadas, sempre que possível, transportar para hospital com unidade de queimados, após contato com a Regulação Médica: **H.M.Tatuapé, Hospital das Clínicas, Hospital do Servidor Público Estadual, Hospital São Matheus e Hospital Vila Penteadado (estes dois últimos não são hospitais terciários);**
- As pacientes com outras lesões críticas associadas, devem ser transportadas para o hospital terciário mais próximo, mesmo que sem unidade de queimados.

MEDIDAS ESPECIFICAS NAS QUEIMADURAS QUÍMICAS:

- Assegurar-se de que a cena está segura para atuação da equipe. Na dúvida a equipe não deve se aproximar até que equipes especializadas assegurem a área quente;
- O profissional deve usar óculos de proteção, máscara e luvas;
- Tentar identificar o tipo de agente químico envolvido conforme preconizado no Protocolo 32 ;
- ABCDE
- Lavar o local da queimadura com grandes volumes de água:
 - iniciar na cena e continuar lavando durante o trajeto para o hospital;
 - não utilizar neutralizantes para a lavagem (podem provocar queimaduras adicionais);
 - não fazer pressão ou fricção sobre o ferimento

Atenção para as exceções no uso de água ou soluções cristalóides:

Queimaduras por metais de sódio, lítio, gás mostarda, fenol, fósforo branco e alquil mercúrio não devem ser irrigadas com água ou soluções cristalóides. Nestes casos, cobrir com gazes secas e remover imediatamente para o hospital. Queimaduras por ácido hidrofúrico: irrigar com gluconato de cálcio.

- Os produtos em pó devem ser escovados antes da lavagem;
- Retirar roupas e sapatos do paciente atingidos pelo produto ou caso haja possibilidade da água com produto químico escorrer durante a lavagem;
- Na exposição ao gás lacrimogêneo a conduta consiste em afastar o paciente da exposição, remover as roupas contaminadas e irrigar a pele e os olhos;
- Nas queimaduras nos olhos, lavar abundantemente (do canto interno para o externo) com SF 0,9% até a chegada no hospital;
- Transportar, se possível, para hospital com unidade de queimados.

MEDIDAS ESPECIFICAS NAS QUEIMADURAS ELÉTRICAS:

- Certificar-se de que o paciente esteja fora da corrente elétrica antes de iniciar o atendimento;
- Se o paciente ainda estiver em contato com a corrente elétrica, chamar por ajuda (Companhia de Luz) por intermédio da Central de Operações ou, se possível, desligar a corrente elétrica;
- ABCDE
- Realizar manobras de ressuscitação cardiopulmonar se necessário;
- Realizar monitorização cardíaca: atenção para arritmias;
- Identificar as lesões de entrada e saída da corrente;
- Tratar as queimaduras no ponto de entrada e de saída da corrente elétrica;
- Transportar, se possível, para hospital com unidade de queimados.

QUEIMADURAS OCULARES:

- Realizar avaliação primária e secundária;
- Lavar abundantemente com soro fisiológico durante todo o transporte;
- Cuidar para que o líquido da lavagem não atinja o outro olho;
- Transportar para hospital terciário com atendimento oftalmológico de urgência;
- Vide Protocolo de Trauma Ocular.

QUEIMADURAS CIRCUNFERENCIAIS:

- Devem ser tratadas como emergência;
- Em pescoço e tórax: podem levar a insuficiência respiratória;
- Em MMSS e MMII: podem levar a perda do segmento. Monitorar a perfusão periférica, pulso e temperatura ;
- Transportar, se possível, para hospital com unidade de queimados.

TÉCNICA DE UTILIZAÇÃO DO BURNSHIELD

- O hidrogel de melaleuca alternifolia estéril está impregnado em uma fina camada de espuma acondicionada em bolsas de alumínio. O SAMU dispõe de 2 tamanhos (10x10cm e 20x20cm);

Indicações

1. Resfriamento de queimaduras de qualquer etiologia, exceto as químicas, (onde o uso de água no resfriamento é mais indicada);
2. Proteção física temporária contra contaminação microbiana e redução da dor promovida por queimadura;
3. Por até uma hora, uma única aplicação da compressa substitui a aplicação repetitiva ou contínua de água, com menor probabilidade de hipotermia nos casos de queimaduras extensas;
4. Após 1 hora, a compressa pode demonstrar sinais de secagem, quando então, deve ser trocada ou substituída pelo resfriamento com água ou SF.

Técnica de Uso

1. Abrir a bolsa acondicionadora e remover a compressa estéril;
2. Aplicar a compressa sobre o local ferido e fixar com uma bandagem ou atadura de crepe frouxa;

Obs: Exclusivamente nos casos de MMSS, pés ou mãos, a bolsa acondicionadora pode ser apenas aberta, (sem a retirada da compressa) e “vestida” no local da lesão, sendo fixada com esparadrapo ou fita crepe.

LEMBRAR POSSÍVEIS ALTERAÇÕES ASSOCIADAS

- Queimaduras de vias aéreas;
- Inalação de fumaça e resíduos tóxicos: instalar nebulização;
- Lesões traumáticas.

LESÕES QUE REQUEREM TRATAMENTO EM UNIDADE DE QUEIMADOS:

- Queimaduras complicadas com lesões das vias respiratórias: lesão por inalação;
- Queimaduras que envolvam face, mãos, pés, genitais, períneo ou grandes articulações;
- Queimaduras de espessura parcial em mais de 10% da superfície corpórea total;
- Queimadura de espessura total (3º grau) em qualquer grupo etário;
- Queimaduras por produtos químicos;
- Todas as queimaduras elétricas, incluindo a lesão por relâmpagos;
- Queimaduras em pacientes com patologias clínicas pré-existentes (Ex: HAS, ICC, insuficiência renal, doença aterosclerótica periférica, etc.);
- Queimaduras com trauma associado (Ex: fraturas), em que a queimadura aumenta muito o risco de morbimortalidade.

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de atendimento inicial ABCDE (Protocolo 70) e tratar inicialmente as alterações que ameacem a vida)
- Atentar para as especificidades do cuidado às lesões por queimaduras
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de agitação (Protocolo 106)
 - ✓ Necessidade de reposição de volume
 - Apenas nas queimaduras que abrangem mais de 20% da superfície corpórea, instalar 2 acessos venosos periféricos em área não queimada com Jelco 14 ou 16 . Se não for possível, puncionar em área queimada mesmo;
 - **Repor volemia** (com Ringer Lactato) baseado na **fórmula de Parkland** :

Volume a repor em 24h= 4ml de RL x % de área queimada x peso em Kg

- Infundir ½ do volume obtido no cálculo nas primeiras 8 horas após a lesão. Para calcular o volume infundido nas primeiras 8 horas, divida o total de volume nas 24h, por 2;
- Para saber a taxa de administração por hora nas primeiras 8h, divida o volume encontrado para as 8h por 8.

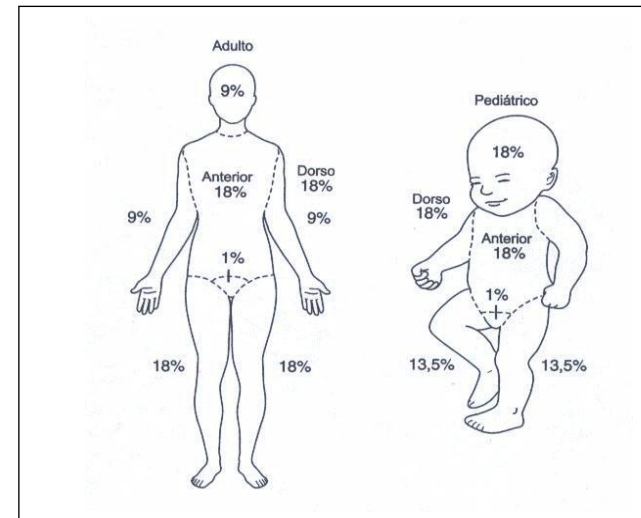
- Anotar horário em que ocorreu a lesão e o volume infundido para informar ao médico do hospital de destino.

Exemplo de aplicação da fórmula de Parkland:

Paciente de 80kg, com 30% de SCQ de 3º grau
 Volume a repor em 24h = 4 x 30 x 80 = 9600ml
 Volume nas 8h iniciais = 9600 : 2 = 4800ml
 Taxa por hora nas 8h iniciais = 4800 : 8 = 600ml/hora

DETERMINAÇÃO DA ÁREA QUEIMADA: Regra dos 9

Área corporal	% adulto	% criança e bebê
Cabeça e pescoço	9	18
Membros superiores	9 cada	9 cada
Tronco anterior	18	18
Tronco posterior	18	18
Membros inferiores	18 cada	13,5 cada
Genitais	1	1
Total	100	100



REGRA
DOS
NOVE
NO

ADULTO, NA CRIANÇA E NO BEBÊ

(Fonte: 337 Atendimento Pré-Hospitalar ao Politraumatizado. Tradução da 6ª edição, 2007, pg.)



AFOGAMENTO	
4ª edição	AGOSTO/2014

A consequência mais importante e danosa da submersão é a hipoxia. Por esse motivo, a oxigenação, ventilação e perfusão devem ser restauradas o mais rápido possível.

Todas as paciente s de submersão, mesmo que assintomáticas, devem ser removidas para o hospital, pois sintomas respiratórios tardios podem surgir de 4 a 6 horas após o acidente.

MEDIDAS GERAIS:

- Realizar avaliação primária e secundária (ABCDE);
- Na entrevista, obter informações sobre o tempo de submersão;
- Impedir que ocorra mais perda de calor corporal: retirar as vestes molhadas e aquecer o paciente ;
- Avaliar a presença de trauma associado e de lesão de coluna cervical;
- Imobilizar a coluna cervical somente se houver suspeita de trauma;
- Tranquilizar o paciente consciente;
- Administrar oxigênio suplementar 100% em alto fluxo (12 a 15 L/min.) por máscara, independentemente do estado respiratório;
- Na ausência de trauma associado, providenciar repouso em posição de recuperação (decúbito lateral direito), em decúbito elevado;
- Remover o paciente para o hospital;
- Paciente que recusar-se a ir para o hospital deve ser orientada e firmemente persuadida a aceitar a remoção.

PACIENTE NÃO RESPONSIVA

- Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal, em superfície rígida e plana, com a cabeça ao nível do corpo;
- A abordagem deve seguir o padrão ABC dos guidelines de 2005 sendo priorizada a abordagem da via aérea (permeabilidade e ventilação);
- **A:** Abrir vias aérea
- **B:** Checar a respiração;
 - Se não respira: ofertar 2 insuflações de resgate efetivas;
 - Aspirar boca e orofaringe se necessário;**OBS:** não é indicada a aspiração da traqueia, pois a maioria das pacientes aspira uma pequena quantidade de água, que será rapidamente absorvida pela circulação central;

- **C:** Verificar pulso carotídeo (ou braquial no bebê);
 - Se respiração ausente e pulso presente: Protocolo de parada respiratória
 - Se respiração ausente e pulso ausente: Protocolo de RCP
- Manter ciclos de RCP e medidas de Suporte Avançado durante o transporte para o hospital.

ATENÇÃO:

1. Iniciar RCP **sempre** que não houver sinais de morte óbvia.
2. Em **todos** os pacientes de submersão, tanto em água fria quanto água morna, os esforços de reanimação devem ser iniciados na cena e mantidos durante o transporte para o hospital.
3. **Todos** os pacientes devem ser **transportados** para o hospital, pois deverão receber esforços de ressuscitação por período prolongado.
4. Não realizar manobras de desengasgo (compressões abdominais) pelo risco de lesão de diafragma e de vísceras, além de poder induzir vômito, com risco de aspiração.

PACIENTE RESPONSIVO (mesmo com discretas alterações ventilatórias)

- ABCDE
- Se houver suspeita de trauma, imobilizar a coluna cervical
- Administrar oxigênio suplementar 100%, 8 a 10 L/min. por máscara
- Controlar oximetria de pulso
- Retirar as vestes molhadas
- Aquecer e tranquilizar o paciente
- Monitorar ECG
- Se não houve trauma, providenciar repouso em posição de recuperação, com decúbito elevado
- Considerar condutas adicionais em SIV

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de atendimento inicial ABCDE (Protocolo 70) e tratar inicialmente as alterações que ameaçam a vida)
- Atentar para as especificidades do cuidado às paciente s de submersão
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de agitação (Protocolo 106)

INTOXICAÇÕES – SÍNDROMES TÓXICAS	
4ª edição	AGOSTO/2014

SÍNDROME ANTICOLINÉRGICA:

Principais agentes: atropina, antipsicóticos, relaxantes musculares, antidepressivos tricíclicos, antiparkinsonianos, antiespasmódicos, anti-histamínicos, plantas da família *Solanaceae* (semelhantes a lírios).

Sinais e sintomas: rubor facial, pele seca, quente e avermelhada, mucosas secas, hipertermia, hipertensão, taquicardia, arritmias, midríase, retenção urinária, diarreia e vômitos, agitação psicomotora, alucinações, delírios, coma.

SÍNDROME SIMPATICOMIMÉTICA (hiperatividade adrenérgica):

Principais agentes: cocaína, anfetamínicos, descongestionantes nasais, cafeína e teofilina.

Sinais e sintomas: midríase, hiperreflexia, hipertensão, taquicardia e arritmias, retenção urinária, piloereção, hipertermia, pele úmida com sudorese, mucosas secas, diminuição de ruídos intestinais, agitação psicomotora, convulsões, coma.

SÍNDROME ANTICOLINESTERÁSICA OU COLINÉRGICA:

Principais agentes: inseticidas organofosforados (incluindo gases militares, como sarin), inseticidas carbamatos, fisostigmina e algumas espécies de cogumelos.

Sinais e sintomas: miose/midríase, sudorese, hipertermia, salivação, lacrimejamento, aumento das secreções brônquicas, edema pulmonar e broncoespasmo, diarreia e vômitos, incontinência urinária, hipertensão, bradicardia/taquicardia, fibrilações, fasciculações musculares, agitação, convulsões, coma.

SÍNDROME NARCÓTICA OU OPIÓIDE:

Sinais e sintomas: depressão respiratória, depressão neurológica, miose, sudorese, bradicardia, hipotermia, hipotensão, hiporreflexia, náuseas, vômitos, edema pulmonar, diminuição dos ruídos intestinais, retenção urinária, convulsões.

Principais agentes opiáceos: morfina, codeína, meperidina, tramadol, fentanil, propoxifeno, metadona, papaverina, heroína, buprenorfina, oxicodona, hidrocodona, elixir paregórico, difenoxilato, loperamida.

SÍNDROME DEPRESSIVA:

Principais agentes: barbitúricos, benzodiazepínicos e etanol.

Sinais e sintomas: depressão neurológica (sonolência, torpor, coma), depressão respiratória, cianose, hipotensão, hiporreflexia, miose, normo/hipotermia.

SÍNDROME EXTRAPIRAMIDAL:

Principais agentes: fenotiazínicos, butirofenonas, fenciclidina e lítio.

Sinais e sintomas: distúrbios do equilíbrio, distúrbios da movimentação, hipertonía, distonia orofacial, mioclonias, trismo, opistótono e parkinsonismo.

SÍNDROME METAHEMOGLOBINÊMICA:

Principais agentes: acetanilida, azul de metileno, dapsona, doxorubicina, fenazopiridina, furazolidona, nitratos, nitritos, nitrofurantoína, piridina e sulfametoxazol.

Sinais e sintomas: cianose de pele e mucosas, de tonalidade e localização peculiar, palidez de pele e mucosas, confusão mental e depressão neurológica.

INTOXICAÇÕES – MEDIDAS GERAIS

4ª edição

AGOSTO/2014

MEDIDAS GERAIS:

- Avaliar a segurança de cena;
- Realizar avaliação primária e tratar conforme o encontrado;
- Realizar avaliação secundária com ênfase para:
 - sinais vitais;
 - entrevista;
 - exames complementares: glicemia, oximetria
- Administrar O₂ por máscara, 4 a 6 L/min, se necessário ou ventilação assistida se indicado;
- Monitorar pressão arterial e oximetria;
- Manter aquecimento
- Transporte rápido
- Se possível levar a substância ou o frasco para o hospital. Isso vale também para vômitos e secreções encontradas.

ENTREVISTA

Na entrevista buscar informações com vistas a reconhecer a síndrome tóxica e identificar o provável agente causal. Valorizar:

- Informações da cena: indícios de drogas, embalagens, frascos de medicamentos, vômitos
- Tempo de exposição, tipo de substância e via de absorção: oral, inalatória, venosa, cutânea
- Investigar uso de medicamentos
- Investigar tratamento psiquiátrico
- Investigar atividade profissional do paciente

MEDIDAS PARA DESCONTAMINAÇÃO:

1. Via respiratória:

- Promover a ventilação do ambiente contaminado antes de tentar retirar
- Retirar o paciente do ambiente contaminado
- Remover as vestes do paciente .

2. Via cutânea:

- Remover as vestes contaminadas;
- Realizar lavagem corporal com água corrente, com especial atenção para cabelos, axilas, umbigo e regiões genital e subungueal;
- Cuidado com hipotermia.

INTOXICAÇÕES – CONDUTA EM INTOXICAÇÕES FREQUENTES

4ª edição

AGOSTO/2014

Intoxicação por opióides:

- Tríade miose, depressão respiratória e coma sugere superdosagem de opióide.
- ABCDE com suporte ventilatório e circulatório (Protocolo 70)
- Em caso de PCR, seguir Protocolo.

Intoxicação por benzodiazepínicos:

- ABCDE com suporte ventilatório e circulatório (Protocolo 70)
- Em caso de PCR, seguir Protocolo.

Intoxicação por cocaína/crack:

- ABCDE com suporte ventilatório e circulatório (Protocolo 70)
- Controle da ansiedade e da agitação psicomotora:
- Controle da hipertermia: medidas físicas no ambiente hospitalar;
- Na presença de síndrome coronariana aguda: seguir protocolo específico (ver Protocolo 45);
- Na presença de convulsão : seguir protocolo específico (Protocolo 49)
- Em caso de PCR, seguir Protocolo.

Intoxicação por pesticidas:

1. Carbamatos: o mais comum é o Aldicarb, vulgarmente conhecido como “chumbinho”, um pesticida agrícola usado indevidamente no comércio informal como raticida.

- ABCDE com suporte ventilatório e circulatório (Protocolo 70)
- Na presença de convulsão : seguir protocolo específico (Protocolo 49)
- Em caso de PCR, seguir Protocolo;

2. Cumarínicos: a warfarina e compostos relacionados (cumarinas e indandionas) são os rodenticidas mais comuns.

- ABCDE com suporte ventilatório e circulatório (Protocolo 70)
ATENÇÃO: nos pacientes com conhecida anticoagulação grave, evitar o uso de acesso venoso central, ou qualquer manuseio que possa precipitar hemorragias.

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de avaliação primária e secundária do paciente clínica e tratar inicialmente as alterações que ameacem a vida
- Realizar as medidas gerais e de descontaminação se indicadas
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de síndrome coronariana aguda (Protocolo 48)
 - ✓ Presença de agitação

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

Nº. 99



INTOXICAÇÃO POR MONÓXIDO DE CARBONO (CO)

4ª edição

AGOSTO/2014

QUANDO SUSPEITAR:

- **História sugestiva:** Paciente encontrava-se em área de risco por exemplo, próxima a sistema de aquecimento avariado em ambiente mal ventilado, garagens de automóveis com o motor ligado e próximo a focos de incêndio
- **História sugestiva associada a:** cefaléia, náuseas, vômitos, tonturas, diminuição de acuidade visual, fraqueza, cor de framboesa da pele e mucosas, dispnéia intensa com oximetria normal, arritmias cardíacas, dor torácica isquêmica, insuficiência cardíaca, hipotensão, síncope, confusão mental, convulsão, coma, PCR
- **Considerações sobre a Oximetria:** o CO tem afinidade 200 vezes maior pela hemoglobina (Hb) do que o oxigênio. Dependendo da porcentagem de ligação do CO à Hb, ocorrerá hipoxemia celular, porém com oximetria periférica inalterada, pois o oxímetro não diferencia a oxihemoglobina da carboxihemoglobina.

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Avaliar a segurança da cena
- Na suspeita de presença do gás no ambiente, solicitar apoio do COBOM para retirada do paciente da área de risco (solicitar à Regulação Médica o acionamento do COBOM)
- Realizar o protocolo de avaliação primária e secundária do paciente clínica e tratar inicialmente as alterações que ameacem a vida
- Preparar-se para a ocorrência de PCR : Seguir Protocolo
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de hipoglicemia (Protocolo 58)

INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA AGUDA	
4ª edição	AGOSTO/2014

QUANDO SUSPEITAR:

Associação de:

- História ou ambiente compatível
- Hálito alcoólico
- Alteração de nível de consciência
- Pele pálida e fria e/ou turgor diminuído
- Tremores

MEDIDAS GERAIS:

- Avaliação primária e secundária;
- Manter permeabilidade das vias aéreas
- Administrar O₂ e/ou realizar ventilação assistida se necessário;
- Avaliar glicemia capilar em todos os casos;
- Se não houver trauma e paciente consciente, manter decúbito lateral, para evitar aspiração de secreções;
- Aquecer o paciente e avaliar periodicamente sinais vitais;
- Transportar para o hospital – em caso de coma, para hospital terciário.

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Avaliar a segurança da cena
- Realizar o protocolo de avaliação primária e secundária do paciente clínica e tratar inicialmente as alterações que ameacem a vida
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de desidratação ou sinais de acidose alcoólica:
 - Administrar SF 0,9% 500ml IV
 - ✓ Presença de hipoglicemia
 - Administrar Glicose 50%, 50 a 100mL (diluída pelo menos ao meio), IV em bolo, seguida de infusão lenta de soro glicosado e novo controle glicêmico;
 - Administrar Tiamina 100 mg IM, simultaneamente com a glicose;
 - ✓ Presença de agitação
 - Realizar a contenção mecânica;

SÍNDROME AGUDA DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA:

- **Quando suspeitar:** história compatível + presença de 2 ou mais dos seguintes sinais: sudorese profusa, taquicardia, hipertensão sistólica, tremores de língua e nas mãos, insônia, alucinações (visuais, auditivas ou táteis transitórias), náuseas ou vômitos, agitação psicomotora, ansiedade, convulsões tônico-clônicas generalizadas (geralmente com nível de consciência preservado, exceto no período pós-ictal), confusão, desorientação, fraqueza, *delirium tremens*.

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de avaliação primária e secundária do paciente clínica e tratar inicialmente as alterações que ameacem a vida
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Presença de convulsões (Protocolo 49)
 - ✓ Presença de desidratação :
 - Administrar SF 0,9% 500ml IV
 - ✓ Presença de hipoglicemia
 - Administrar Glicose 50%, 50 a 100mL (diluída pelo menos ao meio), IV em bolo, seguida de infusão lenta de soro glicosado e novo controle glicêmico;
 - Administrar Tiamina 100 mg IM, simultaneamente com a glicose;
 - ✓ Presença de agitação (incluindo a derivada de delirium tremens)
 - Realizar a contenção mecânica;

EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS – TRABALHO DE PARTO IMINENTE

4ª edição

AGOSTO/2014

EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

ENTREVISTA DIRECIONADA PARA AVALIAÇÃO:

- Realização de pré-natal (solicite o cartão)
- Data provável do parto
- Frequência e duração das contrações
- Perda de secreção ou líquido por via vaginal
- No. de gestações anteriores e filhos
- Tipo de parto anterior, se for o caso.

PREPARAR-SE PARA REALIZAR O PARTO NA CENA QUANDO:

- Houver contrações de 2 em 2 min com duração de 30 a 40 segundos
- A parturiente referir vontade intensa de evacuar
- Houver exposição do pólo cefálico (coroamento)

Obs: No APH, o toque vaginal não é permitido a profissionais sem habilitação.

REGRAS BÁSICAS DIANTE DO PARTO IMINENTE:

- Tranquilizar a parturiente, explicando os procedimentos
- Usar EPI
- Estimular a presença de um parente próximo (ou acompanhante)
- Garantir a privacidade dentro das possibilidades
- Posicionar o paciente em posição dorsal com os MMII fletidos, afastados e apoiados na base (chão ou cama)
- Realizar a higiene do períneo com solução fisiológica;
- Lavar as mãos e trocar de luvas;
- Posicionar campos do kit parto (se disponível) sob os glúteos e sobre o abdome e coxas da parturiente.
- Incentivar a parturiente a manter a calma e fazer a força, prendendo a respiração todas as vezes em que sentir as contrações, descansando na fase de relaxamento.
- Administrar O₂ para manter oximetria $\geq 95\%$

REGRAS PARA ABORDAGEM SE O PARTO NÃO É IMINENTE

- Informar Central de Regulação
- Transportar em DLE
- Suplementação de O₂

PARTO CEFÁLICO:

- Proteger o períneo com os dois polegares e indicadores;
- Ao visualizar a cabeça no canal de parto, apoiá-la com a outra mãos para evitar desprendimento brusco, mantendo a proteção do períneo.
- Aparar a cabeça;
- Liberar o cordão umbilical caso esteja circulando o pescoço usando o dedo indicador;
- Segurar a cabeça e abaixar a mesma até o desprendimento de um dos ombros (superior);
- Levantar a cabeça até o desprendimento do outro ombro (inferior);
- Extrair o corpo, ultimando o parto;
- Recepcionar o RN em campo estéril, mantendo o RN lateralizado e ao mesmo nível da mãe, com cuidado para não tracionar o cordão e de acordo com o Protocolo 62.
- Clampar o cordão umbilical: medir cerca de 15 a 20 cm a partir do abdome do RN e colocar o 1º *cord clamp*; medir mais 3 a 4 cm e colocar o 2º *cord clamp*; seccionar o cordão com tesoura ou bisturi (nº 22 ou 23) – ver Protocolo nº 62;
- Se o transporte iniciar antes da dequitação, massagear o fundo uterino suavemente, aguardando a saída da placenta e avaliando sangramento;
- Diante da dequitação, a placenta deve seguir para o hospital em saco plástico identificado junto com a parturiente e o RN;
- Preencher uma ficha de atendimento para a mãe e outra para o RN, anotando as condições do parto e as condições do nascimento.

APRESENTAÇÃO PÉLVICA:

- não estimular a ocorrência do parto na cena ou na AM
- siga as “Regras e Condutas Básicas” citadas anteriormente
- informar a Central de Regulação para orientações adicionais
- transporte rapidamente para o hospital em posição ginecológica com apoio de coxins nos quadris, mantendo-o elevado
- no caso da ocorrência natural do parto, auxilie nos movimentos naturais de desprendimento dos polos e na saída do bebê
- após a saída do bebê, considerar o protocolo de recepção do RN nascido fora da sala de parto (Ver Protocolo 62) e os cuidados com dequitação e preenchimento da ficha de APH

APRESENTAÇÃO CÓRMICA e PROLAPSO DE MEMBROS:

- não estimular a ocorrência do parto na cena ou na AM
- siga as “Regras e Condutas Básicas” citadas anteriormente
- Informar a Central de Regulação para orientações adicionais
- transporte rapidamente para o hospital e mantendo decúbito lateral esquerdo (para prevenir compressão da veia cava), e elevando de 10 a 15 cm o lado direito da prancha, inclinando-a para a esquerda com ajuda de coxins . Posicionar coxins entre os joelhos.

PROLAPSO DE CORDÃO:

- não estimular a ocorrência do parto na cena ou na AM
- siga as “Regras e Condutas Básicas” citadas anteriormente
- não permitir que a parturiente DEA/Recurso disponívelmbule ou fique em pé
- manter DDH com coxins sob os quadris para elevar e diminuir a pressão sobre o cordão
- com ajuda dos dedos indicador e médio, empurrar a cabeça fetal para cima, liberando a pressão da cabeça sobre o cordão o que poderia causar prejuízo da circulação fetal
- manter nessa posição durante todo o trajeto até o hospital e até que haja condições cirúrgicas (centro obstétrico)
- Envolver a área exposta do cordão com gaze umedecida com solução salina
- Administrar oxigênio
- Remover rapidamente para hospital adequado

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o protocolo de avaliação primária e secundária do paciente clínica e tratar inicialmente as alterações que ameaçam a vida
- Realizar as medidas específicas conforme o caso
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Presença de hipoglicemia (Protocolo 58)
- Em caso de parto iminente:
 - ✓ Instalar acesso venoso antecubital de grosso calibre e instalar SF 5% 500ml para manutenção (lento). Em caso de paciente diabética utilizar SF 0,9%, lento.

EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS – TRAUMA NA GESTANTE

4ª edição

AGOSTO/2014

PRINCIPAIS MECANISMOS DE TRAUMA:

- acidentes de trânsito (com ou sem cinto de segurança)
- freadas bruscas do veículo (com cinto de segurança ou no ônibus)
- eventos penetrantes
- quedas de qualquer altura, com ou sem impacto direto sobre o abdome

PRINCIPAIS LESÕES ABDOMINAIS:

- rotura uterina
- ferimentos penetrantes
- rotura prematura de membranas
- descolamento de placenta
- lesão pelo cinto de segurança (crista ilíaca)
- atenção para o diagnóstico diferencial entre eclâmpsia e TCE

ATENÇÃO ÀS MODIFICAÇÕES GRAVÍDICAS NORMAIS:

- 2º trimestre: cai a pressão arterial sistólica e diastólica (5 a 15 mmHg) volta ao normal no final da gravidez
- 3º trimestre: aumento do número de batimentos cardíacos (em 15 a 20 bpm)
- leve dispnéia no fim da gestação
- por volta da 10ª semana aumenta o débito cardíaco (1 a 1,5 litros)
- no termo da gestação há aumento de 50% no volume sanguíneo
- devido a esse aumento de volume pode ocorrer perda de 30 a 35% de volume sanguíneo antes de surgirem sintomas hipovolêmicos
- lentificação do tempo de esvaziamento gástrico: maior risco de vômitos e aspiração

PRINCIPAL FATOR DE GRAVIDADE :

- Sangramento e possibilidade de instalação rápida de choque, porém com sinais que só são perceptíveis após 30 a 35% de perda volêmica, dificultando a boa resposta ao tratamento com repositores cristalóides.
- Risco aumentado para vômito e aspiração

CONDUTA BÁSICA EM SIV:

- Avaliação ABCDE
- atenção a permeabilidade da via aérea e sinais de choque
- O₂ em altas concentrações para manter oximetria $\geq 95\%$ sob máscara não-reinalante
- imobilizar em prancha longa, mantendo decúbito lateral esquerdo (para prevenir compressão da veia cava), elevando de 10 a 15 cm o lado direito da prancha, inclinando-a para a esquerda
- transportar rapidamente para hospital terciário, com disponibilidade de cirurgião e obstetra
- ATENÇÃO: toda gestante traumatizada, mesmo que aparentemente tenha lesões leves, deve ser levada ao hospital
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar o ABCDE do traumatizado e tratar inicialmente as alterações que ameacem a vida
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44): Considerar hipotensão materna se PA sistólica $<100\text{mmHg}$.
 - ✓ Presença de hipoglicemia (Protocolo 58)

EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS – SÍNDROME HEMORRÁGICA

4ª edição

AGOSTO/2014

PRINCIPAIS CAUSAS DE HEMORRAGIAS NÃO-TRAUMÁTICAS:

- rotura uterina
- rotura prematura de membranas
- descolamento de placenta
- abortamento

MEDIDAS GERAIS:

- ABCDE
- Administrar O₂ sob máscara
- Transportar elevando de 10 a 15 cm o lado direito da prancha longa, inclinando-a para a esquerda
- Transportar rapidamente para hospital adequado (com emergência obstétrica)
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV

ABORTAMENTO:

- Proceder de acordo com as “Medidas Gerais” descritas acima
- Caso tenha ocorrido eliminação do concepto e o mesmo estiver presente na cena, este deverá ser levado ao hospital, devidamente acondicionado, para posterior encaminhamento para exame anátomo-patológico

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar a avaliação primária e secundária e tratar inicialmente as alterações que ameacem a vida
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44): Considerar hipotensão materna se PA sistólica <100mmHg.
 - ✓ Presença de hipoglicemia (Protocolo 58)

EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS – SÍNDROME HIPERTENSIVA

4ª edição

AGOSTO/2014

PRÉ-ECLÂMPSIA:

- Edema generalizado
- PA \geq 140/90 mmHg
- proteinúria (não detectável no APH)

PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE:

- PA \geq 160/110 mmHg (em 2 aferições)
- proteinúria
- cefaléia e/ou epigastria e/ou distúrbios neurológicos (visuais geralmente)
- cianose e/ou edema pulmonar + oligúria

ECLÂMPSIA: (geralmente no último trimestre ou no puerpério imediato)

- pré-eclâmpsia + crise convulsiva.

MEDIDAS GERAIS:

- Realizar avaliação primária e secundária e manter repouso
- Manter repouso
- O₂ por cateter ou máscara, 4 a 6 L/min
- Realizar monitorização cardíaca e oximetria
- Manter em decúbito lateral esquerdo, elevando 10 a 15 cm o lado direito da prancha, inclinando-a para a esquerda (se estiver sobre prancha)
- Remover para hospital terciário ou especializado (emergência obstétrica)
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante da presença de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia (convulsões) no último trimestre.

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar a avaliação primária e secundária e tratar inicialmente as alterações que ameacem a vida
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44): Considerar hipotensão materna se PA sistólica <100mmHg.
 - ✓ Presença de hipoglicemia (Protocolo 58)

- Em caso de **pré-eclâmpsia ou eclâmpsia**:
 - ✓ Instalar acesso venoso antecubital de grosso calibre e instalar SF 5% 500ml para manutenção (lento). Em caso de paciente diabética utilizar SF 0,9%, lento.
 - ✓ Transporte imediato
- Em caso de **eclâmpsia**:
 - ✓ Administrar Sulfato de magnésio 50% 4,0g (ou seja, 8 mL) diluídos em 200 mL de SG 5% ou AD, IV em 10 minutos

OBS: Se em SF haverá precipitação. Se infusão rápida pode haver depressão respiratória e PCR.
- Iniciar o transporte durante a administração do Sulfato de magnésio.

EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS – PCR NA GESTANTE	
4ª edição	AGOSTO/2014

PECULIARIDADES DA RCP NA GESTANTE:



- Procurar determinar o tempo de início da PCR;
- Colocar a paciente em posição supina;
- Realizar o deslocamento lateral do útero para a esquerda, manualmente, com uma ou duas mãos (conforme Figuras), para prevenir a compressão aortocava;
- Para realizar compressões torácicas: posicionar as mãos no esterno um pouco acima do que o usual;
- Posicionar DEA/RECURSO DISPONÍVEL
- Não retardar a desfibrilação, se indicada;
- Ventilar com bolsa-máscara e oxigênio 100% antes de instalar VA avançada;
- Instalar máscara laríngea assim que possível;
- Instalar acesso venoso acima do diafragma;
- Administrar as drogas e doses indicadas pelo Protocolo de PCR;
- Monitorar a qualidade da PCR;
- Não perder tempo na cena; remover rapidamente para o hospital mais próximo, para realização de cesárea de urgência, se necessário, mantendo os esforços de RCP durante o trajeto; Instituir cuidados pós PCR se apropriado.

Fonte: AHA. Circulation 2010; 122, Part 12, pg. S835.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS	
4ª edição	AGOSTO/2014

Ao chegar no local certifique-se que a cena está segura e peça apoio nas seguintes situações:

- Risco para a integridade física da equipe, do paciente, da família ou de circundantes.
- Paciente agressiva ou portando algum tipo de arma.
- Tentativa de suicídio

Até a chegada de equipes de apoio :

1. Permaneça em local seguro
2. Comunique o Médico Regulador.
3. Realize aproximação cautelosa
4. Informe os responsáveis pelo paciente sobre os procedimentos realizados
5. Realize a avaliação secundária direcionada aos familiares para a pesquisa de:
 - história de doença psiquiátrica
 - uso de medicamentos
 - uso de álcool ou drogas e/ ou abstinência
 - tratamentos realizados
 - comportamento nos últimos dias.

MEDIDAS GERAIS PARA ESTABELECER UM COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA:

- Tentar inicialmente colher informações com o próprio paciente, não com terceiros
- Não estigmatizar Doente mental x Violência
- Não julgar
- Não encarar o paciente
- Não elevar o tom de voz
- Tentar estabelecer empatia com o paciente
- Usar gestos e linguagem positiva
- Usar sua intuição
- Dirigir-se ao paciente pelo nome
- Evitar ironias ou insultos
- Ouvir mais do que falar
- Mostrar autoridade sem demonstrar superioridade ou superpoder
- Perguntar ao paciente se algo que você está fazendo o aborrece
- Ter cuidado com atitudes não verbais do paciente

- Manter suas mãos à vista
- Não apresentar reações bruscas
- Não dar as costas ao paciente
- Ter sempre uma rota de fuga de fácil acesso

FATORES DE RISCO PARA AGRESSÕES À EQUIPE:

- História de violência prévia
- Jovens entre 20 e 40 anos
- Uso de álcool e/ou drogas
- Condição socioeconômica baixa
- QI estimado baixo
- Mobilidade residencial
- Ser solteiro

INDICAÇÕES DA CONTENÇÃO FÍSICA

- Paciente se torna agressivo e dirige sua agressividade para a equipe, familiares ou circundantes;
- Paciente sinaliza que pretende evadir-se e há risco para si mesmo ou para outros, se o fizer;
- Paciente está em um ambiente de risco com artefatos perigosos em potencial ou mesmo armas.

CONDUTA NA PRESENÇA DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA E/OU AGRESSIVIDADE:

- Realizar contenção física:
 - requer pelo menos 5 pessoas para sua realização
 - solicitar apoio
 - solicitar autorização da família para a realização da contenção
 - Seguir a técnica correta
- Transportar para hospital com emergência em psiquiatria
- Evitar sirenes durante o transporte.

ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS PACIENTE S: PRINCÍPIOS	
4ª edição	AGOSTO/2014

ATRIBUIÇÕES DA PRIMEIRA EQUIPE QUE CHEGAR AO LOCAL:

- Avaliar a cena, a segurança e a situação do local
- Avaliar se os recursos disponíveis são suficientes para o atendimento de todas as vítimas, em caso negativo, caracteriza-se o evento com múltiplas paciente s
- Informar à Central de Regulação Médica:
 - as características da ocorrência
 - tipo de evento
 - número estimado de paciente s, para que outros recursos possam ser enviados, se necessário
 - presença de outros serviços
- Iniciar a classificação das vítimas segundo o método START, por cores, de acordo com a prioridade de atendimento, utilizando as tarjetas apropriadas .

NA PRESENÇA DE OUTROS SERVIÇOS:

- identificar-se para o comando do serviço, colocando-se à disposição e atuando de forma integrada
- Montar ou auxiliar na montagem do Posto de Atendimento Avançado (PMA), em local seguro, dividido em três áreas de atendimento correspondentes à classificação das vitimas (vermelho/amarelo/verde)
Obs: utilize o kit de múltiplas paciente s.

ASPECTOS GERAIS DO ATENDIMENTO À PACIENTES NO PMA

- Caso sua equipe seja designada para o atendimento em qualquer uma das áreas do PMA, esteja atento para as orientações do médico responsável pela área
- Reclassificar as vítimas pelo método de START nas áreas de atendimento do Posto de Atendimento Avançado (PMA)
- Avisar ao Coordenador os casos de mudança de classificação das paciente s e atender normalmente sem trocar de área
- Atenda as paciente s segundo o princípio do ABCDE do trauma, estabilizando-as para o transporte.
- Informe ao médico responsável pelo PMA as paciente s prontas para transporte

- A unidade de SAV mais próxima e disponível será a primeira a ser acionada em caso de múltiplas paciente s, devendo assumir o comando
- Cada ambulância que deixar o local transportando pacientes, deve comunicar à Regulação Médica o número de pacientes e o hospital de destino

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR
SUPORTE AVANÇADO À VIDA**

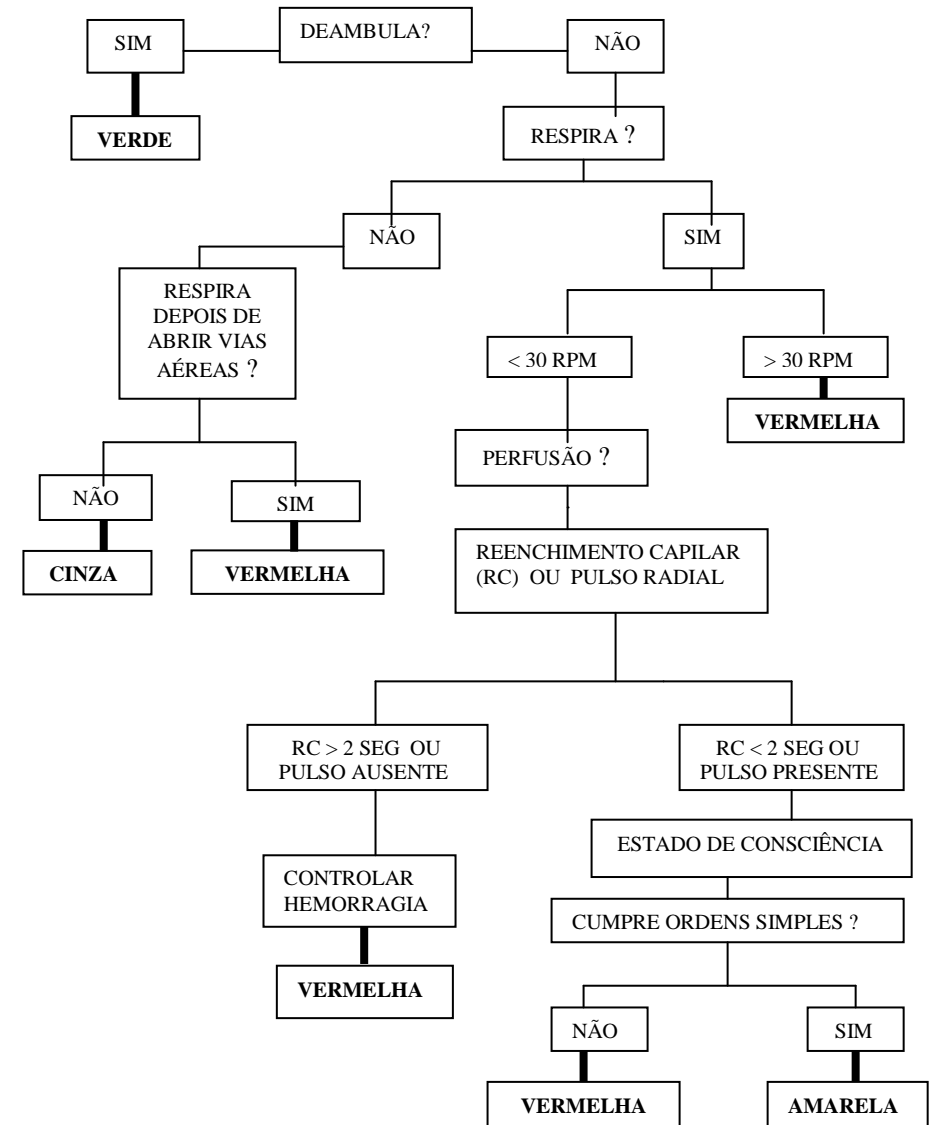
Nº. 108



ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS – START

4ª edição

AGOSTO/2014



ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS	
4ª edição	AGOSTO/2014

CONDUTAS BÁSICAS EM SIV:

- ✓ Avalie a segurança da cena, se necessário solicite apoio por meio da Regulação médica
- ✓ Manter o paciente deitada e em repouso.
- ✓ Realize avaliação primária resolvendo problemas que forem sendo encontrados
- ✓ Realizar avaliação secundária.
- ✓ Ministre oxigênio suplementar por máscara.
- ✓ Monitorar oximetria
- ✓ Tranquilize o paciente .
- ✓ Limpe o ferimento com água e sabão e cubra com gaze limpa.
- ✓ Informe a Regulação Médica .
- ✓ Transportar rápido.

OBS:

1. Atentar para as condições de segurança na cena
2. A equipe em SIV nunca deve tentar capturar o animal.
3. Tenha em mente que crianças e idosos são mais susceptíveis ao efeito de qualquer tipo de veneno

ACIDENTE COM ABELHAS

Podem se manifestar clinicamente de três formas:

1. Acidente com uma ou mais picadas em pessoa não sensibilizada

- Evolui com dor forte no local, eritema, edema e calor local.
- Não há manifestação sistêmica.

Conduta básica em SIV:

- Colocar bolsa de gelo ou água gelada no local.
- Se o ferrão estiver visível, pode ser retirado desde que não atrase o transporte e o paciente esteja estável. Não puxe o ferrão, apenas o empurre para a direção do ponto de entrada.

2. Acidente com uma ou mais picadas em pessoa sensibilizada.

- É grave
- Pode evoluir em pouco tempo para um edema de glote com as seguintes manifestações: edema, broncoespasmo, alteração de sinais vitais.

3. Acidente com picadas múltiplas e simultâneas (ataque de enxames)

- Considerado potencialmente fatal quando ocorrem cerca de 300 picadas em adultos de 55kg. Para crianças, 30 picadas podem ser letais.

CONDUTAS BÁSICAS EM SIV EM ACIDENTES COM ABELHAS (pessoa sensibilizada ou ataque de enxame):

- Manter paciente em repouso em DDH.
- Realizar avaliação primária e tratar conforme necessário
- Estar preparado para a PR ou PCR
- Administrar oxigênio suplementar por máscara.
- Monitorar oximetria
- Realizar avaliação secundária
- Tranquilizar o paciente .
- Limpar o ferimento e cobrir com gaze limpa.
- Informar a Regulação Médica
- O transporte é prioridade.

ÓBITO NO APH

4ª edição

AGOSTO/2014

CONDUTA:

- Se não houver sinais de morte óbvia, iniciar as manobras de RCP, que somente podem ser interrompidas no local de acordo com as normativas do Protocolo 41 ;
- Com sinais de morte óbvia: não iniciar manobras de reanimação e descrever o maior número possível de detalhes na Ficha de Atendimento Pré-hospitalar, comunicando o médico regulador;

TIPOS DE MORTE:

- **Morte clínica:** caracteriza-se por PCR identificada pela ausência de pulso e de respiração; midríase paralítica que regride com as manobras de reanimação; **pode ser reversível;**
- **Morte biológica:** caracteriza-se pela morte das células encefálicas; é irreversível;
Lembrar que: intoxicação por drogas, distúrbios metabólicos e hipotermia podem simular os parâmetros de lesão encefálica irreversível;
Este diagnóstico só pode ser feito no Intra-hospitalar com propedêutica armada.
- **Morte óbvia:** caracteriza-se pela presença dos seguintes sinais:
 - **Evidente estado de decomposição;**
 - **Decapitação ou segmentação do tronco;**
 - **Esmagamento do corpo;**
 - **Carbonização do corpo;**
 - **Esmagamento de crânio com perda de massa encefálica e ausência de sinais vitais (não confundir com trauma de crânio com perda de massa encefálica, que deve ser reanimado);**
 - **Presença de “rigor mortis”:** inicia-se entre 1 e 6 horas após a morte, pelos músculos da mastigação e avança no sentido craniocaudal;
 - **Presença de “livor mortis”:** estase sanguínea que depende da posição do corpo; inicia-se entre 1h30min a 2 horas, atingindo o máximo entre 8 e 12 horas.

ATENÇÃO: nos casos de constatação de morte no local, preencher e entregar aos familiares o documento de **Notificação de Morte** e orientá-los quanto aos procedimentos formais e legais.

TORNIQUETE

4ª edição

AGOSTO/2014

TORNIQUETE : INDICAÇÃO

Sangramento de extremidade não controlado por compressão direta

TORNIQUETE : FORMAS DE APLICAÇÃO

1. Manguito do aparelho de PA
2. Modelo comercial
3. Cabresto espanhol (Figura)

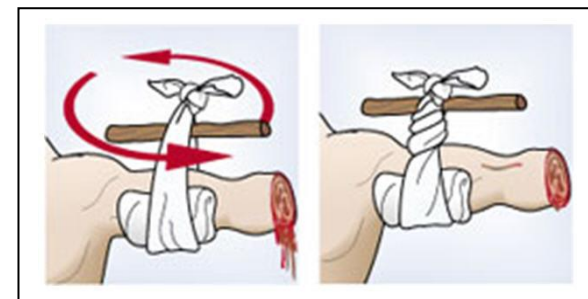


Figura 1 : Torniquete na forma de cabresto espanhol

TORNIQUETE : TÉCNICA DE APLICAÇÃO

- Aplicar no ponto mais proximal à hemorragia não-controlada
- Comprimir com pressão suficiente para bloquear o fluxo arterial distal
- Identificar (com horário de início)
- Manter o torniquete descoberto até a chegada ao hospital
- Manter o torniquete até a chegada ao hospital (exceto em caso de transporte demorado, onde a decisão de abertura deve ser tomada pelo médico regulador)
- Transportar para hospital terciário
- Considerar a necessidade de analgesia e a realização de condutas adicionais em SIV

CONDUTA ADICIONAL EM SIV

- Realizar ABCDE e tratar inicialmente as alterações que ameacem a vida
- Considerar a realização de condutas adicionais em SIV diante de :
 - ✓ Sinais de choque (Protocolo 44)
 - ✓ Necessidade de analgesia (Protocolo 70)

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA

Nº. 112



CODIGO Q E ALFABETO FONÉTICO

4ª edição

AGOSTO/2014

Código	Significado
QAR	Folga, interrupção de atividade
QAP	Na escuta
QRA	Nome do operador
QRL	ID ocupado
QRM	Muita interferência; entrecortado
QRS	Transmitir mais lento
QRU	Chamado urgente
QRV	Às suas ordens, à disposição
QRX	Aguarde na frequência
QRZ	Prossiga, quem chamou?
QSA	Intensidade do sinal: 1 fraco a 5 ótimo
QSG	Transmitir sem interrupção
QSJ	Dinheiro
QSL	Compreendido. OK.
QSM	Devo repetir a mensagem?
QSN	Voce me ouviu?
QSO	Contato
QSP	Solicitação de transmissão com (ponte)
QSQ	Tem médico? (de plantão no local)
QSY	Mudar para outro ID (qual)
QTA	Cancelar o chamado
QTH	Endereço; posição
QTI	Destino; rumo
QTO	W.C.
QTQ	Comunicar mais rapidamente
QTR	Horário
QTY	A caminho do local da ocorrência
QUA	Notícias ou informações no local
QUC	Nº de ordem
TKS	Obrigado; grato

Letra	Alfabeto Fonético
A	Alfa
B	Bravo; beta
C	Charlie
D	Delta
E	Eco
F	Fox
G	Golf
H	Hotel
I	Índia
J	Juliet
K	Kilo
L	Lima
M	Mike
N	November
O	Oscar
P	Papa
Q	Quebec
R	Romeu
S	Sierra
T	Tango
U	Uniform
V	Victor
W	Whisky
X	Xingu
Y	Yankee
Z	Zulu

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NAEMT. Prehospital Trauma Life Support (PHTLS), tradução da 7ª edição, Elsevier, Rio de Janeiro, 2011.
2. American Heart Association. 2010 AHA Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010; 122 (Suppl 3).
3. Martins HS, Damasceno MCT, Awada SB. Pronto Socorro. Condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2ª edição. Manole, São Paulo, 2008.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *MMWR*. Vol. 54, nº RR-9, 30/09/2005.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Exposição a materiais biológicos. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_expos_mat_biologicos.pdf
6. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. *J Bras Pneumol* 2006; 32 (Suppl 7):1-26. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br/www.jornaldepneumologia.com.br) e www.jornaldepneumologia.com.br
7. British Thoracic Society. British Thoracic Society. British Guideline on the Management of Asthma. A national clinical guideline. *Thorax* 2008; 63(Suppl IV):IV 1-121.
8. National Heart, Lung and Blood Institute. Expert Panel Report 3: guidelines for diagnosis and management of asthma. Full report 2007. Disponível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.pdf>
9. Bjornson CL, Johnson DW. Croup. *Lancet* 2008;371:329-39.
10. Zhang L, Sanguetsche LS. Segurança de nebulização com 3 a 5 mL de adrenalina (1:1000) em crianças: uma revisão baseada em evidência. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81(3):193-7.
11. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_ERRATA.pdf
12. Ferreira AVS, Simon Jr H, Baracat ECE, Abramovici S. Emergências Pediátricas. Série Atualizações Pediátricas da Sociedade de Pediatria de São Paulo. 2ª ed. São Paulo. Atheneu, 2010.
13. Schwartsman C, Reis AG, Farhat SCL. Pronto-Socorro. Pediatria Instituto da Criança do Hospital das Clínicas. Barueri, Manole; 2009.
14. Reis MC, Zambon MP. Manual de Urgências e Emergências em Pediatria. 2ª ed. Rio de Janeiro. Revinter, 2010.
15. La Torre FPF, Passarelli MLB, Cesar RG, Pecchini R. Emergências em Pediatria. Protocolos da Santa Casa. Barueri. Manole, 2011.
16. Prefeitura da Cidade de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. CODEPPS, Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Manual de Emergências Psiquiátricas do Município de São Paulo, 2007.
17. Canesin MF, Oliveira Jr. MT, Pereira-Barreto AC. Suporte Avançado de Vida em Insuficiência Cardíaca (SAVIC). Editora Phoenix, São Paulo, 2008.
18. Simons FER, Arduso LRF, Bilò MB *et al.* World Allergy Organization Guidelines for Assessment and Management of Anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol* 2011; 127(3):587-593.e22.
19. Sociedade Brasileira de Pediatria. Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: condutas 2011. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimacaNeonatal-2011-24jan11.pdf>
20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Blast injuries: crush injuries and crush syndrome. CDC, 2008. Disponível em: www.emergency.cdc.gov/BlastInjuries. Acesso em: 07/02/12.
21. Ruano R, Zugaib M. Pré-eclâmpsia. In: Zugaib M, Bittar RE. Protocolos Assistenciais da Clínica de Obstetrícia da FMUSP. 4ª ed. São Paulo, Atheneu, 2011, p.555-61.
22. Alves EA, Zugaib M. Eclâmpsia. In: Zugaib M, Bittar RE. Protocolos Assistenciais da Clínica de Obstetrícia da FMUSP. 4ª ed. São Paulo, Atheneu, 2011, p.563-68.
23. Prefeitura da Cidade de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos do Serviço de Obstetrícia do Hospital Municipal Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha. Doença hipertensiva específica da gravidez. 4ª ed., 2008, p.117-28.
24. Prefeitura da Cidade de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. CODEPPS, Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Manual de Emergências Psiquiátricas do Município de São Paulo, 2007.
25. Canesin MF, Oliveira Jr. MT, Pereira-Barreto AC. SUPORTE INTERMEDIÁRIO DE VIDA – CÓDIGO E em Insuficiência Cardíaca (SAVIC). Editora Phoenix, São Paulo, 2008.
26. Sousa RM, Calil AM, Paranhos WY, Malvestio MAA. Atuação no trauma: Uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009.
27. Critérios clínicos para o diagnóstico de anafilaxia (Fonte: Simons FER *et al.* *J Allergy Clin Immunol* 2011;127(3):587-93.e8).
28. Marcolan JF. A contenção física do paciente. Uma abordagem terapêutica. São Paulo. Edição de autor, 2004.
29. Polícia Militar do Estado de São Paulo. Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo. Manual de procedimentos operacionais padrão do Sistema de Resgate a Acidentados. 2. Revisão, 2006.
30. Pennsylvania Department of health bureau of emergency medical system. Pennsylvania Statewide basic life support protocols 2008.[10 jan.2011]. Disponível em www.health.state.pa.us/ems
31. Hudson Valley Regional Emergency Medical System Council. Advanced Life Support Protocol Manual 2008.[10 jan.2011]. Disponível em www.hvremSCO.org/Documents/2008%20HVREMS%20ALS%20Protocol.pdf



SAMU
192