



Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

ESTÁGIO NO INSTITUTO DE EMERGÊNCIA MÉDICA

Ana Margarida Ribeiro Correia de Oliveira

Orientador
Dr. Humberto José Silva Machado

Co-Orientador
Dr. Luís Alberto Rodrigues Alves Meira

Porto 2010/2011

Resumo

No final do curso, o Médico inicia uma etapa dedicada à vida e à sociedade, onde está implícito o auxílio em todas as situações, pré e pós hospitalares. Contudo, apesar de vários esforços académicos, o Médico pré-formado só tem conhecimentos teóricos básicos sobre a Emergência Médica (Coates, 2004). Assim, é de extrema importância esta oportunidade de Estágio em Emergência Médica Pré-Hospitalar, na medida em que o contacto directo com situações Urgentes e Emergentes desenvolve uma actuação médica mais prática e rápida, muitas vezes essencial para salvar uma vida.

O INEM encontra-se bem organizado, tanto a nível profissional como a nível pedagógico. Todos os seus membros estão sensibilizados para a importância da formação de profissionais de saúde e população em geral, de modo a permitir uma actuação mais rápida em cada situação.

O Estágio em EMPH realizou-se no INEM, entre 16-10-2010 e 6-01-2011, em 3 meios diferentes, SBV, SIV e VMER. Geograficamente, ocorreu no Porto e em Braga, de modo a poder observar realidades distintas. Os objectivos principais incluíram a observação e participação nas actividades dos Meios INEM, compreensão da estrutura logística desta Entidade e dos protocolos utilizados pelos diferentes Meios, conforme o Grau de Diferenciação.

O acompanhamento das equipas foi constante, onde todos os objectivos foram suplantados, e a participação nas activações foi gratificante, na medida em que me permitiu por em prática os conhecimentos obtidos durante o Mestrado Integrado em Medicina, nomeadamente em Anestesiologia.

Concluindo, todo o médico deve estar apto para resolver prontamente todas as situações de emergência médica, independentemente da sua especialidade. A rapidez de decisão e actuação é muitas vezes o suficiente para distinguir a vida e a morte.

Abstract

At the end of the degree, the doctor begins a stage dedicated to life and society, where it is implied aid in all situations. However, despite several efforts, the Medicine Student only has basic knowledge about emergency (Coates, 2004). It is therefore of the utmost importance this internship opportunity in Pre-Hospital emergency.

The INEM is well organized, both at professional and educational level. All its members are sensitized to the importance of training of health professionals and the general population to act faster in every situation.

The internship in Emergency in INEM was held from 16-10-2010 to 6-01-2011, in 3 different media, SBV, SIV and VMER. Geographically, occurred in Porto and Braga, observing different realities. The main objectives included the observation and participation in the activities of Emergency, understanding the logistics structure of this entity and protocols used by different means, as the degree of differentiation.

The monitoring team was constant, where all objectives have been supplanted, and participation in the activities was rewarding in that allowed me to practice the knowledge acquired during the master's degree in medicine, particularly in Anesthesiology.

In conclusion, the doctor should be able to resolve promptly all emergency medical situations, regardless of their specialty. The speed of decision-making and action is often enough to distinguish between life and death.

Lista de Abreviaturas:

AIT- Acidente Isquémico Transitório

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BV- Bombeiros Voluntários

CODU- Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DAE- Desfibrilhação Automática Externa

DM II- Diabetes *Mellitus* Tipo II

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRP- Delegação Regional do Porto

GEM – Gabinete de Emergência Médica

HGSA- Hospital Geral Santo António

HTA- Hipertensão Arterial

INEM – Instituto de Emergência Médica

IRC – Insuficiência Renal Crónica

MI – Membro Inferior

PCR- Paragem Cardio-respiratória

PSP- Polícia de Segurança Pública

SAV- Suporte Avançado de Vida

SBV- Suporte Básico de Vida

SIEM- Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV- Suporte Imediato de Vida

SNA – Serviço Nacional de Ambulâncias

TAE- Técnico de Ambulância de Emergência

TCE- Traumatismo Craneoencefálico

VIP – “Very Important Person”

VMER- Viatura médica de Emergência e Reanimação

Lista de Abreviaturas

b.p.m. - batimentos por minuto
c.p.m.- ciclos por minuto
dl - Decilitro
ev- endovenoso
mg - miligrama
mL – mililitro
O2- Oxigénio
PCO² – Pressão de Dióxido de Carbono
PO² – Pressão de Oxigénio
Sat. O2- Saturação de Oxigénio
TA- Tensão Arterial

Lista de Figuras:

Figura 1 – Resumo da História da Emergência Médica Pré-Hospitalar em Portugal

Figura 2 – Organograma INEM

Figura 3 – Moto INEM

Figura 4 – Ambulância INEM e VMER (Braga)

Figura 5 – VMER

Figura 6 – Helicóptero INEM

Figura 7 – Viatura de Intervenção de Catástrofe

Figura 8 – Algoritmo de Actuação em PCR (SAV)

Figura 9 – Algoritmo de SBV no Adulto

Lista de Gráficos:

Gráfico nº 1 – Disposição de Horas por Meio INEM

Gráfico nº 2 – Nº de casos por Categoria Clínica

Gráfico 3 – Nº de Activações consoante a classe etária

Gráfico nº 4 – Percentagem de Activações consoante o Meio e a Categoria Clínica

Lista de Anexos:

Anexo I – Ficha de Realização de Estágio em Meio INEM – SIV Gondomar

Anexo II – Ficha de Realização de Estágio em Meio INEM – SBV Braga

Anexo III – Ficha de Realização de Estágio em Meio INEM – SIV Gondomar

Anexo IV – Ficha de Realização de Estágio em Meio INEM – VMER S. João

Anexo V – Ficha de Realização de Estágio em Meio INEM – SBV Porto 6

Anexo VI – Ficha de Realização de Estágio em Meio INEM – VMER S. João

Anexo VII – Ficha de Realização de Estágio em Meio INEM – VMER S. João

Anexo VIII – Ficha de Realização de Estágio em Meio INEM – VMER S. João

Anexo IX – Ficha de Observação Médica

Índice

Introdução	7
Breve Resumo Histórico.....	7
Organização de INEM.....	8
Atendimento, Triagem e accionamento de meios.....	9
Estágio Pré-Hospitalar em Emergência Médica.....	12
Discussão	13
Descrição das Actividades efectuadas em cada Turno SBV, SIV e VMER.....	13
SIV Gondomar- 16-10-2010.....	13
SBV Braga 23-10-2010.....	16
SIV Gondomar 6-11-2010.....	19
VMER Hospital de São João 13-11-2010.....	20
SBV Porto 6 (Centro de Saúde do Covelo) 17-12-2010.....	23
VMER Hospital de S. João 29-12-2010.....	27
VMER Hospital de S. João 30-12-2010.....	30
VMER Hospital de S. João 06-01-2011.....	32
Análise das Activações.....	35
Conclusão	40
Bibliografia	41
Anexos	42

Introdução

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) foi fundado em 1981 e tem como objectivos principais a organização, coordenação e avaliação das acções e funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), que assegura que as vítimas de doença súbita ou trauma que necessitem de tratamento imediato tenham os cuidados de saúde correctos o mais rapidamente possível. (DL 220/2007)

Breve Resumo Histórico

Em Portugal, a Emergência Médica baseia-se no método “Stay and Play” (primeiro estabilizar o doente no local e só depois transportar para o hospital), e não no método “Scoop and Run” (transporte imediato o doente para o hospital).



Fig. 1 – Resumo da História Cronológica da história da Emergência Médica Pré-Hospitalar em Portugal

A Emergência Médica teve início em 1965 (Fig. 1), com a implementação dum sistema de transporte de doentes e feridos a cargo da PSP, tendo sido estendido em 1967 ao Porto e Coimbra.

Em 1971 foi criado o SNA, tendo como objectivo “assegurar a orientação e coordenação de todos os organismos com intervenção na prestação de primeiros socorros e transporte de vítimas para o hospital”(Pinto et al, 2002).

O Gabinete de Emergência Médica (GEM) surgiu na base da necessidade de criação de um Sistema Integrado de Emergência Médica, seguindo-se a criação do INEM, resultando da junção e respectiva extinção do GEM e do SNA”(Silva, 1987).

Em 1991 surgiu a Delegação Regional do Porto, assim como o CODU do Porto. As instalações ocupam 5 andares, onde funciona, além do CODU, o Centro de Formação da Delegação (INEM online- Notícias).

Organização do INEM

O INEM é um “ instituto público, integrado na administração indirecta do Estado e dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio” (DL 220/2007). Tem a responsabilidade de coordenar o SIEM, onde está incluída a actividade de urgência/emergência, como o socorro pré-hospitalar, transporte e recepção hospitalar, assim como a Formação em Emergência Médica, Planeamento e Prevenção Cíveis e a Rede de Comunicações em Emergência Médica.

O Inem está estruturado em:

- *Serviços centrais*
 - Departamentos:
(Unidades Orgânicas de Linha)
 - Gabinetes:
(Unidades de Apoio)
- 4 *Delegações Regionais*

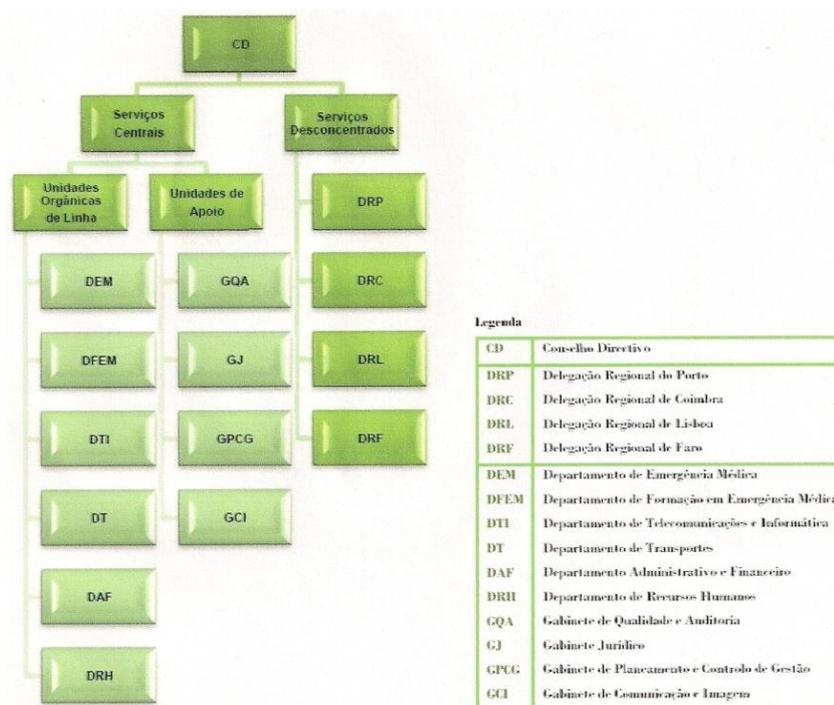


Fig. 2 – Organograma INEM (Relatório de Actividades INEM)

Atendimento, triagem e accionamento de meios



1) Ligar 112

“O 112 é o Número Europeu de Emergência, sendo comum noutras situações, tais como incêndios, assaltos ou roubos”. A chamada é gratuita e está disponível de qualquer ponto do país a qualquer hora do dia. (INEM, Ligue 112)

2) Central de Emergência da PSP

É quem atende a chamada do 112 em primeira linha, só dirigindo as chamadas para o CODU de forem relativas à área da saúde.

3) Centro de Orientação de Doentes Urgentes

Existem 4 **Centros de Orientação de Doentes Urgentes**, Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e são responsáveis por “receber as chamadas provenientes do 112, referentes a situações de urgência ou emergência na área da saúde. O seu funcionamento é assegurado ao longo das 24 horas do dia por uma equipa de profissionais qualificados (médicos e operadores) com formação específica para efectuar o atendimento, triagem, aconselhamento, selecção, accionamento e acompanhamento dos meios de socorro” (INEM- Relatório de Actividades 2009)

Ao ligar 112, deve-se informar claramente o CODU sobre os seguintes aspectos

(INEM- Ligue 112):

- a. Tipo de situação (doença, acidente, parto, etc...)
- b. Número de telefone que está a ligar
- c. Localização exacta, sempre que possível, com indicação de pontos de referência
- d. Nº, sexo e idade aparente das pessoas a necessitar de socorro
- e. Queixas e principais alterações que observa
- f. Existência de qualquer situação que exija outros meios para o local, por exemplo, libertação de gases, perigo de incêndio, etc. ...
- g. Desligar o telefone apenas quando o operador indicar.

Além das quatro delegações do CODU, existem outros meios de resposta eficaz, para responder rapidamente a qualquer situação (INEM Relatório de Actividades 2009):

- **CODU Mar** - serviço telefónico de aconselhamento médico a situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações.
- **CIAV** (Centro de Informação Antivenenos) - “centro médico nacional de informação toxicológica”, onde uma equipa médica presta informações sobre exposição a tóxicos, nomeadamente diagnóstico, quadro clínico, toxicidade, terapêutica e prognóstico da exposição e de intoxicações agudas ou crónicas. Além disso, presta também informações sobre medicamentos e seus efeitos secundários. Tal é importante, por exemplo na situação de ingestão medicamentosa.
- **CAPIC** (Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise) - apoio à população e às equipas de emergência, em situações de crise.
- **Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco** - funciona desde 1987 e é dirigido a recém-nascidos em situação de risco e prematuros, permitindo transportá-los para hospitais onde existam unidades de Neonatologia.
“As ambulâncias deste Subsistema dispõem de um médico especialista, um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência. Estão dotadas com o equipamento necessário para estabilizar e transportar o recém-nascido, utilizando tecnologia semelhante à existente na unidade de cuidados para onde a criança vai ser transportada, bem como com um sistema autónomo de telecomunicações que permite um contacto permanente entre a equipa da ambulância e o hospital”
- **Via Verde do Acidente Vascular Cerebral** – o seu objectivo é orientar os doentes, com sinais de AVC para o hospital adequado onde o diagnóstico será confirmado e o tratamento efectuado.

4) Accionamento de Meios INEM

O INEM possui os seguintes meios de socorro às vítimas (INEM- Relatório de Actividades de 2009):

a) **2 Motas de Emergência INEM –CODU de Lisboa e Porto**

O objectivo das Motas é facilitar a chegada ao doente em meio citadino (Lisboa e Porto). Contém, entre outro equipamento, um DAE (Desfibrilhador automático externo), Oxigénio, Aspiração manual, e outro equipamento que permite iniciar de imediato a estabilização da vítima e é tripulado por um TAE.



Fig. 3 – Moto INEM (Porto)

b) **331 Ambulâncias INEM:** são ambulâncias de socorro (tipo B), tripuladas por 2 TAE, tendo equipamento de SBV. Assim, permitem a estabilização e transporte do doente podendo ser realizados procedimentos de SBV.

As **Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV)** são tripuladas por 1 TAE e 1 enfermeiro e tem equipamento mais específico, que permite a realização de medidas de SBV, reanimação, monitor-desfibrilhador e medicamentos necessários para manobras de reanimação, de acordo com protocolos definidos até à chegada da equipa médica.



Fig. 4 – Ambulância INEM e VMER (Braga)

c) **42 VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação)** – é tripulado por um médico e

um enfermeiro e permite o transporte rápido de assistência até à vítima, tendo uma base hospitalar. Pode actuar com procedimentos de SAV, e tem como objectivos a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência



Fig. 5 – VMER (Porto)

d) 2 Helicópteros INEM – encontram-se em Lisboa (Aeródromo de Tires) e no Porto (Hospital de Pedro Hispano) e a sua tripulação compreende um médico, um enfermeiro e dois pilotos. São utilizados no transporte de doentes graves e estão equipados com equipamento de SAV.



Fig. 6 – Helicóptero (INEM Online - Meios)

e) Meios para situações especiais e de excepção: Ambulâncias VIP, Ambulâncias 4x4, Viaturas de Intervenção em Catástrofe, Viaturas de Transporte do Hospital de Campanha, Viaturas de Suporte de Logística, Viaturas de Intervenção Táctica, Viaturas químio/nuclear/radiológico ou Biológico (NRBQ), etc....



Fig. 7 – Viatura de Intervenção de Catástrofe (INEM Online- Meios)

Estágio Pré-Hospitalar em Emergência Médica

O Estágio em Meio INEM é uma oportunidade única para a confrontação com a realidade da Emergência Médica. Para isso, dever-se-ão respeitar alguns requisitos básicos, como o auxílio, quando solicitado pela Equipa, para procedimentos relacionados com o socorro à vítima e o sigilo profissional, sempre presente.

Assim, os objectivos deste estágio são:

1. Identificar as situações de Emergência Médica e Traumatológica
2. Ter noção da existência de protocolos rígidos de actuação em caso de Emergência
3. Respeito e espírito de Equipa
4. Conhecer a estrutura do SIEM
5. Conhecer os efeitos físicos e psicológicos do confronto com situações de emergência

Discussão

O Estágio Pré-Hospitalar em Emergência Médica teve a duração de 96 horas, 24 horas em Ambulância SBV, 24 horas em Ambulância SIV e 48 horas em VMER.

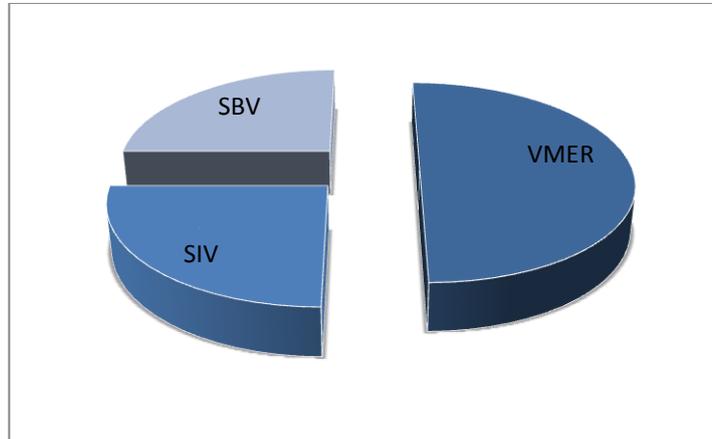


Gráfico 1 – Disposição de Horas por Meio INEM

Descrição das Actividades efectuadas em cada Turno de Ambulância SBV, SIV e VMER

SIV Gondomar – 16-10-2010 – Anexo I

1

Chamada: 11h45 **Motivo:** Provável PCR

Chegada ao Local: 11h53

Identificação: J.R., 81 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de Cardiopatia de Grau IV e Diabetes Mellitus Tipo II.

À chegada a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, inconsciente, sem pulso. Início de manobras de SAV de imediato, com recuperação de pulso fraco. Chegada da VMER após 2 minutos. De acordo com testemunhas “estava a falar e parou abruptamente, caindo na cama, inanimado”(sic).

Exame Físico: TA (115-110 mmHg), glicemia 240 mg/dl, anisocoria, respiração agónica, pulso fraco, bradicardia,

Diagnóstico: PCR

Tratamento: Manobras de SAV, fluidoterapia com Bicarbonato de Sódio e posteriormente Soro Fisiológico, Sulfato de Magnésio, Adrenalina, Atropina, Gluconato de Cálcio, Oxigenoterapia, Dopamina, Colocação de Manta de Aquecimento e de Pacemaker externo.

Seguimento: apoio do médico da VMER, na ambulância do SIV, até ao Hospital Geral de S. António – Triagem vermelha com atendimento imediato.

2

Chamada: 14h00 **Motivo:** Queda da própria altura

Chegada ao Local: 14h08

Identificação: M.R.R., 52 anos, feminino, caucasiano, antecedentes de depressão.

À chegada a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, no sofá. Apresenta-se consciente e refere dor de intensidade 8/10, no antebraço direito. Segundo a própria caiu de uma altura de cerca de 2,5 metros e “bateu com a cabeça e o braço” (sic). Foi deslocada um metro do local da queda.

Doente estômago cheio (ingeriu alimentos às 13 horas).

Exame Físico: Apirética, TA (120-90 mmHg), pulso de 60 bpm, Frequência respiratória de 20 cpm, mucosas coradas e hidratadas, exame neurológico sem alterações, Glasgow 15. Couro cabeludo sem lesão aparente. Deformação do antebraço direito, com possível fractura no terço superior.

Diagnóstico: Provável fractura do antebraço direito

Tratamento: Validação da medicação (por telefone, para o CODU) para a administração de Morfina. Administração de Metoclopramida, fluidoterapia com Soro Fisiológico, imobilização com tala do antebraço e imobilização em plano duro.

Seguimento: Hospital Geral de Santo António – Triagem Laranja

3

Chamada: 16h25 **Motivo:** *Rendezvous* com os Bombeiros de São Pedro da Cova por Fractura do Membro Inferior

Chegada ao Local: 16h39

Identificação: S.C., 30 anos, masculino, caucasiano, sem antecedentes conhecidos.

À chegada a vítima encontrava-se na ambulância dos bombeiros, com imobilização do Membro Inferior Esquerdo com Tala, por fractura exposta tíbia proximal, devido a queda.

Exame Físico: Apirético, TA (118-64mmHg), pulso de 89bpm, Frequência respiratória de 24 cpm, mucosas coradas e hidratadas, Dor de intensidade 7 (numa escala de 0-10).

Diagnóstico: Fractura Exposta do Membro Inferior Esquerdo

Tratamento: Validação da medicação (por telefone, para o CODU) para a administração de Morfina.

Administração de Metoclopramida e fluidoterapia com Soro Fisiológico.

Seguimento: Hospital Geral de Santo António – Triagem Amarela

4

Chamada: 17h48 **Motivo:** Dispneia e Dor Torácica

Chegada ao Local: 17h54

Identificação: J.S., 80 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de DPOC, hábitos tabágicos marcados (140UMAs), hipotireoidismo e Pneumonia Adquirida na Comunidade resolvida à 30 dias.

À chegada a vítima encontrava-se em decúbito lateral direito, com dispneia marcada.

Exame Físico: Apirético, TA (100-81mmHg), Frequência respiratória de 20 cpm, mucosas coradas e hidratadas, aspecto emagrecido. À auscultação ouvem-se crepitações e sibilos à inspiração e expiração.

Diagnóstico: Dispneia

Tratamento: Hidratação oral, com conseqüente expulsão de expectoração branca. Oxigenoterapia.

Seguimento: Recusa de deslocação ao Hospital, preenchendo, para tal, a Declaração de Recusa.

5

Chamada: 18h50 **Motivo:** Provável Intoxicação Medicamentosa

Chegada ao Local: 18h55

Identificação: M. G. V., 45 anos, feminino, caucasiano, antecedentes de depressão tendo estado internada à 4 meses no Hospital Magalhães Lemos, durante 15 dias, estando actualmente medicada com Victan®(Loflazepato) e Carbamazepina.

À chegada a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, na cama, estando sonolenta. Contudo responde à voz e refere que ingeriu medicamentos para o tratamento de Depressão, com vinho tinto, desconhecendo a hora que o fez e os seus nomes. Um familiar refere que no último mês fez automutilações repetidas.

Exame Físico: Apirética, TA (118-75 mmHg), pulso de 64 bpm, Frequência respiratória de 20 cpm, mucosas coradas e hidratadas, pupilas isocóricas, reflexo directo e consensual presentes, Glasgow 11.

Diagnóstico: Intoxicação Medicamentosa

Tratamento: Oxigenoterapia, fluidoterapia com Soro Fisiológico

Seguimento: Hospital Geral de Santo António – Triagem Laranja

SBV Braga – 23-10-2010 – Anexo II

1

Chamada: 9h05 **Motivo:** Queda da própria altura com provável fractura do MI

Chegada ao Local: 9h15

Identificação: E.S., 41 anos, masculino, caucasiano, sem antecedentes conhecidos.

À chegada a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, consciente e hipotérmico. Refere dor de intensidade 6/10, no MIE. Segundo o próprio uma placa de mármore de cerca de 40kg caiu sobre o membro. Um minuto depois testemunhas elevaram a placa e comunicaram com o 112, não movendo a vítima do local. Doente estômago cheio (ingeriu alimentos às 8 horas).

Exame Físico: Apirético, TA (98-56mmHg), pulso de 120 bpm, Frequência respiratória de 34 cpm, mucosas pálidas e hidratadas, sudorese ligeira. Glasgow 15. Deformação do MIE com fractura exposta da Tíbia. Perda hemática significativa. Dor de intensidade 6 (escala de 0-10). Sensibilidade e pulso pedioso presentes em ambos os pés.

Diagnóstico: Fractura exposta da Tíbia Esquerda.

Tratamento: Transporte pré-hospitalar com imobilização do membro afectado e utilização de plano duro. Pedido de auxílio da equipa da VMER por instabilidade hemodinâmica e aumento de intensidade da dor para 9 (Escala de 0-10). VMER administrou Paracetamol 1gr ev, morfina 3mg ev, metoclopramida 10mg ev e fluidoterapia com Lactato de Ringer 500mL e Soro Fisiológico 500 ml. À chegada ao Hospital a dor tinha diminuído para 2/10.

Seguimento: Hospital Escala de Braga (S. Marco) – Triagem Laranja

2

Chamada: 11h40 **Motivo:** Perda de Consciência

Chegada ao Local: 11h47

Identificação: L.S., 67 anos, feminino, caucasiano, antecedentes de Linfoma não Hodgkin, diagnosticado à 2 meses, actualmente encontra-se a efectuar quimioterapia.

À chegada a equipa da VMER já se encontrava com a vítima, que estava dispneica e inconsciente.

Exame Físico: Temperatura 38,3°C, TA (99-51mmHg), pulso de 80 bpm, Frequência respiratória de 20 cpm. Glasgow 6.

Diagnóstico: Pneumonia nosocomial.

Tratamento: Transporte pré-hospitalar com apoio da equipa da VMER. Administração de Fluidoterapia e Oxigenoterapia.

Seguimento: Hospital Escala de Braga (S. Marco) – Triagem Laranja

3

Chamada: 12h56 **Motivo:** Dispneia e Dor Torácica

Chegada ao Local: 13h09

Identificação: O.L.C.M., 43 anos, masculino, caucasiano, sem antecedentes conhecidos.

À chegada a vítima estava de pé e caminhou para a ambulância à rebeldia da equipa do INEM. Refere dor de intensidade 9/10, epigástrica, de início súbito, sem irradiação, após refeição. Nega factores atenuantes e agravantes. Nega náuseas e vômitos.

Exame Físico: Apirético, TA (133-90mmHg), pulso de 120 bpm, Frequência respiratória de 28 cpm. Saturação de O₂- 98%. Exame abdominal e torácico sem alterações, pulso radial simétrico, rítmico e regular.

Diagnóstico: Incerto

Tratamento: Transporte pré-hospitalar com oxigenoterapia.

Seguimento: Hospital Escala de Braga (S. Marco) – Triagem Laranja

4

Chamada: 15h10 **Motivo:** Disartria

Chegada ao Local: 15h18

Identificação: M.C.P.N., 93 anos, feminino, caucasiano, antecedentes de hipertensão medicada e controlada.

À chegada a vítima estava não colaborante, desconhecendo quem é e o local onde está. Os familiares referem que subitamente a vítima perdeu a noção do tempo e do espaço, cerca de 50 minutos antes da equipa da SBV chegar ao local. Medicação actual: Tromalit® (Ácido Acetilsalicílico), Olsar® (Olmesartan medoxomilo), Acetilcisteína, Lorenin® (Lorazepam) 1 comprimido ao deitar.

Exame Físico: Apirética, TA (110-90mmHg), pulso de 103 bpm, Frequência respiratória de 20 cpm. Glicemia de 131 mg/dl.

Diagnóstico: Provável AIT.

Tratamento: Transporte pré-hospitalar. À chegada ao Hospital a vítima recuperou a memória recente e identifica os familiares.

Seguimento: Hospital Escala de Braga (S. Marco) – Triagem Laranja

5

Chamada: 17h39 **Motivo:** Provável queda da própria altura com TCE

Chegada ao Local: 17h45

Identificação: A. R., 18 anos, masculino, caucasiano, sem antecedentes conhecidos.

À chegada a vítima estava sentada, consciente e colaborante. Testemunhas referem que estava a jogar futebol, caiu, batendo com a região occipital na relva e que perdeu momentaneamente a consciência. Recuperou lentamente a consciência. Nega dor. Glasgow 15.

Exame Físico: Apirético, TA (120-80mmHg), pulso de 100 bpm, Frequência respiratória de 20 cpm. Saturação de O₂- 98%. Exame neurológico sem alterações.

Diagnóstico: Queda

Tratamento: Transporte pré-hospitalar.

Seguimento: Hospital Escala de Braga (S. Marco) – Triagem Amarelo

6

Chamada: 18h40 **Motivo:** Disartria

Chegada ao Local: 18h45

Identificação: M.D.C., 66 anos, feminina, caucasiano, antecedentes de diabetes, obesidade mórbida desde há 10 anos e AVC à 8 anos, permanecendo com hemiparésia esquerda desde essa data.

À chegada a vítima estava sentada, consciente, colaborante e dispneica, sem evidência de disartria. Testemunhas referem que estava a ver televisão e apresentou subitamente disartria e perda de noção do tempo e do espaço. Medicação actual: Tonice® (Deanol, Gluco-heptonato de Cálcio e Lisina), Solexa® (Celecoxib), Plaquetal® (Ticlopidina), Alprazolam, Metformida, Fusosemida, Atarax® (Hidroxizina) e Triticum® (Trazolona).

Exame Físico: Apirética, TA (133-70mmHg), pulso de 89 bpm, Frequência respiratória de 16 cpm. Saturação de O₂- 98%. Exame torácico normal. Exame abdominal não efectuado por dificuldade devido à posição e obesidade da doente.

Diagnóstico: Dispneia

Tratamento: Transporte pré-hospitalar com Oxigenoterapia.

Seguimento: Hospital Escala de Braga (S. Marco) – Triagem Laranja

SIV de Gondomar – 6/11/2010 – Anexo III

1

Chamada: 9h00 **Motivo:** Provável crise convulsiva

Chegada ao Local: 9h05

Identificação: J.A.N., 49 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de epilepsia e depressão.

À chegada a vítima encontrava-se em decúbito lateral direito, com sialorreia, consciente mas com desorientação no tempo e no espaço. Segundo testemunhas, sofreu uma convulsão, com duração de 5 minutos, com posterior perda de consciência.

Exame Físico: Apirético, TA (110-87 mmHg), pulso de 120bpm, Frequência respiratória de 30 cpm, mucosas coradas e hidratadas, exame neurológico sem alterações além das descritas, glicemia 115mg/dl. Glasgow 13.

Diagnóstico: Provável crise epiléptica

Tratamento: Oxigenoterapia, fluidoterapia com Soro Fisiológico

Seguimento: Apesar de o INEM prestar todas as informações sobre os riscos inerentes à situação do doente, este recusou a deslocação ao Hospital, preenchendo, para tal, a Declaração de Recusa.

2

Chamada: 10h00 **Motivo:** Provável intoxicação medicamentosa

Chegada ao Local: 10h05

Identificação: J.S., 28 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de comportamento violento, toxicoddependência e depressão.

À chegada a vítima encontrava-se fechada no quarto, com comportamento agressivo e recusa a sair do local, com contínuas ameaças que iria cometer suicídio por ingestão de cianeto. A mãe terá presenciado a ingestão de 30 comprimidos de Valdispert® (Valeriana), 10 comprimidos de Bromalex®3mg (bromazepan) e uma ampola de Frontline® (Fripnil), juntamente com 500ml de “licor Beirão” (bebida alcoólica). O INEM activou o SIEM, pedindo apoio dos Bombeiros Voluntários de Gondomar, que chegaram ao local 10 minutos após chegada do INEM e da Polícia de Segurança Pública, que chegou passados 15 minutos. A vítima foi imobilizada pela Polícia de Segurança Pública e transportada na ambulância para o Hospital de S. João com

restrição total de movimentos. Ao exame físico a vítima mostrou-se agressiva mantendo-se consciente e com discurso coerente.

Diagnóstico: Provável intoxicação medicamentosa

Seguimento: H.S.João, Triagem Laranja, com seguimento para a Urgência de Psiquiatria.

3

Chamada: 18h29 **Motivo:** Provável PCR

Chegada ao Local: 18h35

Identificação: F.R., 84 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de Tumor Prostático e DPOC.

Chegada da SIV juntamente com a VMER. A vítima encontrava-se em decúbito dorsal, cadáver. A equipa da VMER confirmou o óbito às 18h45.

Diagnóstico: Provável PCR

Seguimento: A equipa do SIV retirou-se, permanecendo a equipa da VMER com a vítima.

VMER do Hospital de São João – 13/11/2010 – Anexo IV

1

Chamada: 8h55 **Motivo:** PCR

Chegada ao Local: 9h10

Identificação: M.L.C, 80 anos, feminino, caucasiano, antecedentes de patologia cardíaca. À 30 dias efectuou uma ovariectomia devido a Cancro do Ovário (informação fornecida pela neta), estando acamada há 15 dias. Só pediram auxílio ao INEM uma hora após terem encontrado a vítima inanimada (informação fornecida pelo marido da vítima)

À chegada a vítima encontrava-se em decúbito dorsal e inconsciente, no chão. Os Bombeiros Voluntários de Ermesinde já se encontravam no local, e iniciaram manobras de SBV, desde há 5 minutos.

Exame Físico: Ausência de pulso, palidez.

Diagnóstico: Óbito

Seguimento: Preenchimento da “Ficha de Verificação de Óbito” e contacto com o médico do Centro de Saúde responsável.

2

Chamada: 9h44 **Motivo:** Queda e dispneia

Chegada ao Local: 9h48

Identificação: J. V., 65 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de diabetes e neoplasia pulmonar secundária, diagnosticada por biopsia pulmonar, realizada à uma semana. Medicação habitual diária: Ben-U-Ron® (paracetamol) 1gr, Diazepam 5mg, estazolan 2mg, Eutirox 125®(Levotiroxina sódica).

À chegada a vítima encontrava-se sentado no chão do WC, inconsciente, apoiado à parede, apresentando epistaxis ligeira da narina esquerda.

Exame Físico: Bradicardia (Frequência cardíaca 35 bpm) pulso não palpável, TA não obtida, palidez, respiração agónica.

A equipa de SBV do Hospital de S. João chegou ao local cerca de 5 minutos após chegada da equipa da VMER, prestando o apoio necessário, incluindo manobras de SBV.

Tratamento: Oxigenoterapia assistida com Entubação, fluidoterapia com Soro Fisiológico, Atropina, Adrenalina, Etomidato (15mg).

Diagnóstico: PCR não reversível - óbito

Seguimento: Preenchimento da “Ficha de Verificação de Óbito” e contacto com a Autoridade – PSP da Esquadra do Bom Pastor.

3

Chamada: 11h47 **Motivo:** Lipotímia

Chegada ao Local: 11h57

Identificação: A.R, 43 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de depressão.

À Chegada ao local a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, na via pública, com os olhos fechados mas respondendo correctamente às questões efectuadas pelos Bombeiros Voluntários de São Pedro da Cova, já presentes no local. Dentro da ambulância a vítima começou a chorar, informando que pretendia cometer suicídio através de queda numa barragem próxima. Nega ingestão química, ou outro método de tentativa de suicídio além da descrita.

Exame Físico: normal, ligeira taquicardia devido a ansiedade.

Diagnóstico: Crise conversiva e para-suicídio provável.

Seguimento: H.S.João, Triagem Laranja, com seguimento para a Urgência de Psiquiatria.

4

Chamada: 12h35 **Motivo:** Dor torácica+Dispneia

Chegada ao Local: 12h40

Identificação: C.S.N., 77 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de DPOC e silicose desde há 40 anos. Medicação actual: AAS 100® (Ácido Acetilsalicílico), Flumucil® (Acetilcisteína), Formoterol, Miflonide® (Budesonide), Atrovent® (Brometo de Ipratropio) e Ventilan® (Salbutamol) em SOS.

À chegada a vítima estava deitada, consciente, colaborante e dispneica. A dor teve início súbito, há 9 horas, de localização epigástrica, sem irradiação, piorando à palpação. Tosse com expectoração presente desde há 7 dias.

Exame Físico: Apirética, TA (115-75mmHg), pulso de 90 bpm, Frequência respiratória de 20 cpm. Saturação de O₂- 96%. Exame torácico normal. Exame abdominal normal, excepto dor à palpação superficial. ECG – Evidência de Enfarte antigo.

Diagnóstico: Indeterminado.

Tratamento: Transporte pré-hospitalar monitorizado, com Oxigenoterapia.

Seguimento: Hospital S. João - Triagem Amarelo

5

Chamada: 15h21 **Motivo:** Sincope

Chegada ao Local: 15h26

Identificação: M.M.P., 76 anos, feminina, caucasiana, antecedentes de HTA, Dislipidemia, Cirurgia por substituição de válvula aórtica à 1ano. Antecedentes psiquiátricos desde há 3 anos, devido a homicídio da filha (informação prestada pelo marido).

Medicação habitual: Valium® (Diazepam), Magnesona® (Magnésio), Tromalyt® (Ácido Acetilsalicílico), Crestor® (Rosuvastatina), Daflon® (Bioflavonóides), Bisopropol.

À chegada a vítima estava sentada, consciente e colaborante. O marido refere que a vítima “estava a ver televisão e desmaiou e recuperou passados 5 minutos”.

Exame Físico: Apirética, TA (135-78mmHg), pulso palpável, Frequência respiratória de 20 cpm. Saturação de O₂- 99%. Exame torácico normal. Exame abdominal não efectuado por dificuldade devido à posição e obesidade da doente.

Diagnóstico: Crise conversiva.

Tratamento: Transporte pré-hospitalar sem acompanhamento médico, pelos BV de Leça do Balio.

Seguimento: Hospital S. João

6

Chamada: 17h05 **Motivo:** Polipneia

Chegada ao Local: 17h14

Identificação: M. L. C., 85 anos, feminina, caucasiana, antecedentes de neoplasia vaginal estágio IV, HTA, Trombose Venosa Profunda no Membro Inferior Direito há 3 meses.

Medicação Habitual: Zyprexa® (Olanzapina), Trazodona, Lisinopril 10mg, Lasix 40® (Furosemida), Lepicortinolo 20® (Prednisolona), Laevolac Xarope® (Lactulose), Transtec 35ugr/h (selo 96/96h)® (Buprenorfina).

À chegada a vítima estava deitada, consciente, colaborante e dispneica. A neta (Médica) administrou furosemida antes da chegada da VMER.

Exame Físico: Apirética, TA (145-77mmHg), pulso de 94 bpm, Frequência respiratória de 30 cpm. Saturação de O₂- 95%. Gasimetria sem alterações. Sibilos inspiratórios e expiratórios bilaterais à auscultação.

Diagnóstico: Insuficiência Respiratória

Tratamento: Administração de Salbutamol e Furosemida e transporte pré-hospitalar com Oxigenoterapia.

Seguimento: Hospital de S. João – Triagem Laranja

SBV Porto 6 (Centro de Saúde do Covelo) – 17/12/2010 – Anexo V

1

Chamada: 9h10 **Motivo:** Acidente de Viação

Chegada ao Local: 9h15

Identificação: V.R.L, 5 anos, masculino, caucasiano, sem antecedentes conhecidos excepto Hepatite A à 5 semanas.

À chegada a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, com imobilização em plano duro e com penso na nuca, colocado por outra unidade de SBV (Porto 1) presente no local, devido a uma contusão. O pai refere choque frontal de duas viaturas, sendo a vítima projectada. Refere também que não tinha retenção no carro, apesar de estar sentado na cadeira correcta para a idade e peso.

Exame Físico: Vítima consciente, colaborante, TA (140/60 mmHg), Glasgow 15, Frequência Respiratória 25cpm.

Diagnóstico: Trauma com provável TCE

Tratamento: Imobilização em plano duro, manta de aquecimento, oxigenoterapia.

Seguimento: Hospital S. João, Sala de Emergência de Pediatria

Nota: Existia outra vítima, apoiada pela equipa de SBV Porto 1, de 2 anos, irmã da vítima nº1, caucasiana, sem antecedentes conhecidos que apresentava ao exame físico um hematoma frontal de 3 cm e fractura do MI esquerdo. Colocou-se em plano duro, gelo na região frontal e manta de aquecimento. Foi acompanhada pela mãe até ao H. S. João, onde deu entrada na sala de emergência, juntamente com o irmão. Manteve-se consciente e a chorar durante todo o percurso.

2

Chamada: 11h06 **Motivo:** Dispneia e dor lombar

Chegada ao Local: 11h15

Identificação: E.M., 80 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de diabetes tipo 2, desde há 20 anos, cardiopatia hipertensiva, neoplasia prostática, IRC e HTA. Medicação habitual: Risidon 850® (Metformida), Tromalyt® (Ácido Acetilsalicílico), Omeprazol, Lasix® (Furosemida), Nitroglicerina em penso. À chegada a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, na cama. Familiares referem anorexia desde 24 horas.

Exame Físico: Desidratação ligeira, prostração, desorientação. TA (110/80 mmHg), frequência respiratória de 20 cpm, Temperatura auricular de 35,8°C, Glicemia capilar de 196mg/dl.

Tratamento: Administração de água.

Diagnóstico: Indeterminado

Seguimento: Recusa hospitalar com assinatura de Verbete pelos familiares.

3

Chamada: 12h23 **Motivo:** PCR

Chegada ao Local: 12h30

Identificação: M.R.J, 80 anos, feminino, caucasiano.

À Chegada ao local a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, na cama, estando a VMER Pedro Hispano no local a declarar o óbito da vítima.

Exame Físico: não efectuado

Diagnóstico: PCR não reversível

Seguimento: Preenchimento da Ficha de PCR Pré-Hospitalar.

4

Chamada: 14h04 **Motivo:** Hipoglicemia

Chegada ao Local: 14h09

Identificação: J.C., 21 anos, feminino, caucasiano, antecedentes Diabetes tipo 1.

À chegada a vítima estava sentada, consciente e colaborante, apresentando hipersudorese. Refere que está habituada a episódios de hipoglicemia, tendo consciência da necessidade de alimentação frequente e variada.

Exame Físico: Normal, excepto palidez. Glicemia capilar 49mg/dl.

Diagnóstico: Hipoglicemia

Tratamento: Administração oral de Glicose 30%, 10 ml. Nova medição de glicemia capilar após 5 minutos, dando 53mg/dl.

Seguimento: Recusa de Transporte Pré-Hospitalar com assinatura de Verbete.

5

Chamada: 14h41 **Motivo:** Queda e dor no MI com provável fractura

Chegada ao Local: 14h45

Identificação: C. R., 35 anos, feminina, caucasiana, sem antecedentes médicos conhecidos. Grávida de 32 semanas, 2G/1P, sem complicações no parto prévio. Medicação habitual: Ácido Fólico e Suplemento Vitamínico.

À chegada a vítima estava sentada, consciente e colaborante. Testemunhas referem que a vítima sofreu uma queda da própria altura. Nega dor abdominal, perda de fluidos e refere presença de movimentos fetais, apesar de estar preocupada com a saúde do feto. Refere ligeira dor no MI Direito, na articulação tibiotársica.

Exame Físico: Apirética, TA (110-70mmHg), pulso palpável, Frequência respiratória de 24 cpm e Pulso de 80 bpm.

Diagnóstico: Entorse da articulação tibiotársica direita.

Tratamento: Transporte pré-hospitalar.

Seguimento: Hospital S. João – Triagem Amarela

6

Chamada: 16h48 **Motivo:** Queda

Chegada ao Local: 16h58

Identificação: F.C, 61 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de diabetes tipo I desde há 20 anos, com retinopatia diabética e insuficiência renal desde há 5 meses, efectuando hemodiálise.

Medicação Habitual: Aspirina®(Ácido Acetilsalicílico), Amlodipina, Visacor®R (osuvastatina), Insulina, Pantoprantole, Losartan.

À chegada a vítima estava deitada, consciente e colaborante. Refere queda de manhã e outra há duas horas. Apresenta dor no ombro esquerdo, de intensidade crescente (7 em 10, numa escala de 0 (mínimo) e 10(máximo)), desde a segunda queda.

Exame Físico: Ombro esquerdo edemaciado e com deformação visível. Apirético, TA (100-40mmHg), pulso de 104 bpm, Frequência respiratória de 24cpm.

Diagnóstico: Deslocação provável do ombro esquerdo

Tratamento: Transporte Pré-hospitalar com imobilização no membro superior esquerdo.

Seguimento: Hospital de S. João – Triagem Laranja

7

Chamada: 18h20 **Motivo:** Provável Crise Convulsiva

Chegada ao Local: 18h25

Identificação: A.P.T, 35 anos, feminina, caucasiana, antecedentes de HTA, depressão com seguimento no Hospital Magalhães Lemos após várias tentativas de suicídio, epilepsia.

Medicação Habitual: desconhece o nome dos comprimidos e admite que a administração é irregular.

À chegada a vítima estava deitada, consciente e colaborante, no chão de um supermercado. Apoio médico presente ocasional (cliente da loja), que refere que a vítima discutiu com familiar e desmaiou.

Exame Físico: Consciente, colaborante e orientada no tempo e no espaço. Na ambulância começa a chorar e refere que teve uma crise de ansiedade e encenou um desmaio como pedido de atenção por parte de familiar. Glasgow 15.

Diagnóstico: Crise conversiva com provável depressão.

Tratamento: Apoio psicológico

Seguimento: Recusa de transporte pré-hospitalar com assinatura de Verbete.

1

Chamada: 8h45 **Motivo:** PCR

Chegada ao Local: 8h52

Identificação: A.L., 81 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de Neoplasia pulmonar, Insuficiência Cardíaca Isquémica e HTA.

À chegada a vítima encontrava-se em decúbito dorsal já cadáver, apresentando sonda nasogástrica colocada. Após 2 minutos chegou a SBV do Hospital de S. João.

Exame Físico: Ausência de pulso, palidez.

Diagnóstico: Óbito

Seguimento: Preenchimento da “Ficha de Verificação de Óbito” e contacto com o médico do Centro de Saúde responsável.

2

Chamada: 10h40 **Motivo:** Queda com posterior otorragia

Chegada ao Local: 10h44

Identificação: M:B:A:M, 69 anos, feminina, caucasiana, antecedentes de Alzheimer.

Medicação habitual diária: Vastarel® (Trimetazidina), Amoxicilina/Ácido Clavulânico para tratamento de infecção urinária, diagnosticada desde há 5 dias.

À chegada a equipa de SBV de Rio Tinto já se encontrava no local, estando a vítima sentada e já imobilizada cervicalmente pelo TAE. Testemunhas referem queda de 2 degraus, seguido de desmaio e recuperação espontânea quase imediata.

Exame Físico: Consciente e colaborante, apresentando otorragia do ouvido direito, de origem não determinada com o otoscópio. Exame físico sem mais alterações. Glasgow 14.

Diagnóstico: Otorragia após queda

Seguimento: Hospital de S. João, com transporte pré-hospitalar efectuado pela SBV de Rio Tinto, sem acompanhamento médico.

3

Chamada: 11h50 **Motivo:** Provável Intoxicação Medicamentosa

Chegada ao Local: 11h57

Identificação: J.N.T., 35 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de depressão há 3 meses e úlcera do estômago há 6 meses.

Medicação Habitual: Lorazepam, Paxetil® (Paroxetina), Omeprazol

À Chegada ao local a vítima encontrava-se em decúbito lateral, inconsciente, não responsivo à voz, reacção à dor, apresentando pupilas reactivas. Glasgow 9. Os Bombeiros de Pedrouços já se encontravam no local, informando que uma testemunha viu a vítima ingerir medicação (Benzodiazepinas), com álcool (possivelmente vinho tinto), “há cerca de 20 minutos” (sic).

Exame Físico: Pulso palpável, com 133 bpm, TA (112/66 mmHg), Glicemia 112mg/dl, Frequência Respiratória de 22 cpm. Gasimetria indica insuficiência respiratória com hipercápnia. SatO₂ =91%. Sem outras alterações de relevo.

Diagnóstico: Intoxicação por Benzodiazepinas.

Tratamento: fluidoterapia, Lavagem gástrica (uso de sonda nasogástrica) e introdução de Carvão Activado.

Seguimento: H.S.João, Triagem Laranja, com seguimento para a Urgência de Psiquiatria. À chegada ao Hospital já apresentava Glasgow 10.

4

Chamada: 16h30 **Motivo:** Dor torácica (*RendezVous* com Bombeiros de S. Pedro da Cova)

Chegada ao Local: 16h39

Identificação: L.R, 68 anos, feminino, caucasiano, antecedentes de HTA e Diabetes Mellitus Tipo II. Pacemaker há 2 anos, desconhecendo a patologia de base.

Medicação Habitual: Nitradisc 10mg® (Nitroglicerina), Carvedilol, Ramipril

À Chegada ao local a vítima encontrava-se dentro da Ambulância dos Bombeiros, em decúbito dorsal, com elevação a 45°. Refere dor pleurítica, com irradiação para o lado esquerdo, que piora aos movimentos respiratórios.

Exame Físico: Mucosas rosadas e hidratadas, TA (171/101mmHg), Pulso palpável, amplo, simétrico e bilateral, frequência cardíaca de 87 bpm, , Glicemia 322mg/dl, Frequência Respiratória de 20 cpm. Gasimetria e ECG normais. Temperatura auricular de 36,6°C.

Diagnóstico: Provável dor muscular

Tratamento: Oxigenoterapia.

Seguimento: H.G.S. António, Triagem Laranja.

5

Chamada: 18h04 **Motivo:** Crise convulsiva

Chegada ao Local: 18h15

Identificação: P.S.F, 18 meses, masculino, caucasiano, antecedentes de episódio convulsivo aos 6 meses e bronquiolites recorrentes.

Medicação Habitual: Desconhecida

À Chegada ao local a vítima encontrava-se deitada na cama, com panos húmidos na região frontal e torácica, a chorar. Bombeiros da Areosa já se encontravam no local e referiram que a mãe tinha visto o bebé a “tremar e revirar os olhos” e que o episódio tinha “durado cerca de 10 minutos” (informação prestada pela mãe).

Exame Físico: Mucosas hiperémicas, hipersudorese, Temperatura auricular de 39,5°C. Saturação de O₂ a 100%. Auscultação não efectuada pelo choro da criança. Presença de tiragem costal e rinorreia.

Frequência Respiratória de 40 cpm.

Diagnóstico: Provável convulsão febril.

Tratamento: Paracetamol oral. Como o episódio convulsivo já tinha sido ultrapassado, não justifica a administração de Diazepam Rectal.

Seguimento: H.G.S. João, Triagem Amarela.

6

Chamada: 19h05 **Motivo:** Perda de Consciência

Chegada ao Local: 19h10

Identificação: V.D.M, 59 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de Diabetes Mellitus Tipo II, Cegueira por Retinopatia Diabética, Psicose Esquizofrénica, TCE com lobotomia frontal há 10 anos.

Medicação Habitual: Glucovance 500® (Glibenclamida+Metformida), Lexotan®(Bromazepan), Leponex® (Clozapina).

À Chegada ao local a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, no chão e inconsciente. A equipa SBV Porto 4 já se encontrava no local e referiu que tinha obtido a Glicemia há 2 minutos e que indicava 24mg/dl.

Familiares referem que teve alta no dia anterior, com o Diagnóstico de Infecção Urinária, medicado com Amoxicilina+Ácido Clavulânico e Paracetamol.

Exame Físico: Aspecto emagrecido, bradicardia e bradipneia. Mucosas rosadas e hidratadas, TA

Diagnóstico: Hipoglicemia

Tratamento: Oxigenoterapia, Fluidoterapia, administração de glucose ev. Passados 15 minutos nova avaliação de Glicemia com 165 mg/dl.

Seguimento: H.G.S. António, Triagem Laranja.

VMER do Hospital de São João – 30/12/2010 – Anexo VII

1

Chamada: 9h52 **Motivo:** Dor Torácica

Chegada ao Local: 10h00

Identificação: A.O.,76 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de AVC Isquémico, endartectomia carotídea, Diabetes Mellitus Tipo II, Hiperplasia Benigna da Próstata. Alterações Psicológicas desde há 4 meses, por morte da esposa.

Medicação habitual: Omnic® (Tansulosina), Lasix 40mg (Furosemida), Supralip 145mg (Fenofibrato), Lipril® (Lisonopril), Sinvastatina 20mg, Metformina 1000mg.

À chegada a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, no Centro de Saúde de Gondomar, assistido pelos Bombeiros Voluntários de Gondomar, com Oxigenoterapia e Fluidoterapia colocada por Enfermeira do Centro de Saúde. Vítima consciente e colaborante, negando náuseas e dor. Enfermeira refere que “se sentiu mal quando estava a retirar a algália”.

Exame Físico: Ta 70/30 mmHg, hipersudorese, palidez, Frequência cardíaca de 58 bpm, Sat. O2 92%, Glicemia de 166mg/dl.

Diagnóstico: Provável Reacção Vagal por tentativa de retirar algália.

Seguimento: Recusa Hospitalar.

2

Chamada: 10h28 **Motivo:** Vítima Inconsciente com provável overdose.

Chegada ao Local: 10h42

Identificação: Z.P. 51 anos, feminina, caucasiana, antecedentes de Hábitos etílicos marcados.

À chegada a vítima encontrava-se consciente, colaborante, com marcha atáxica e com hálito etílico.

A equipa SBV Porto 1 chegou passado 1 minuto ao local e transportou a vítima sem apoio médico.

Exame Físico: Normal, estado alcoolizado.

Diagnóstico: Intoxicação alcoólica

Seguimento: H.G.S. António.

3

Chamada: 11h45 **Motivo:** *RendezVous* com Bombeiros de Gondomar por Hipoglicemia

Chegada ao Local: 11h48

Identificação: M.C., 94 anos, feminino, caucasiano, antecedentes de Cegueira por glaucoma, neoplasia do esófago, Diabetes Mellitus Tipo II.

Medicação Habitual: Desconhecida

À Chegada a vítima encontrava-se inconsciente, em decúbito dorsal, na ambulância dos Bombeiros, com Oxigenoterapia. Os Bombeiros referem que o familiar disse que a vítima teve febre no dia anterior e tosse com expectoração. Contudo a Temperatura Auricular é de 36,4°C. Glicemia medida pelos Bombeiros: 33mg/dl.

Exame Físico: Temperatura auricular: 37,7°C, Sat O₂: 89%, “Shivering”, à Auscultação apresenta sibilos e crepitações, maioritariamente na base pulmonar direita.

Diagnóstico: Pneumonia

Tratamento: Glicose ev com nova medição após 5 minutos, aumentando o valor para 60mg/dl, Paracetamol, Hidrocortisona, Salbutamol.

Seguimento: H.G.S. António, Triagem Laranja.

4

Chamada: 15h00 **Motivo:** Provável ingestão de diluente

Chegada ao Local: 15h15

Identificação: R.C., 2 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de malformação renal com Rim Único funcionante.

Medicação Habitual: Bactrim®(Trimetoprim+sulfametoxazol)

À Chegada ao local a vítima já se encontrava na ambulância dos Bombeiros Voluntários de Paços de Ferreira. A avó refere que ingeriu cerca de 5ml de diluente e que lhe deu de imediato azeite para que vomitasse, embora tal não tenha acontecido. Os Bombeiros já lhe tinham

administrado água por via oral. A vítima apresenta cheiro intenso a diluente, e mancha grande de diluente na T-Shirt.

Exame Físico: Criança com bom aspecto geral, reactiva, e a chorar. Orofaringe rosada sem lesão aparente. Oximetria – 95%, Frequência Cardíaca de 136bpm, Frequência Respiratória de 30cpm.

Diagnóstico: Ingestão de Diluente

Tratamento: Transporte com oxigenoterapia e apoio médico sem necessidade de intervenção.

Seguimento: H.G.S. João, Triagem Laranja.

5

Chamada: 17h10 **Motivo:** Perda de Consciência

Chegada ao Local: 17h17

Identificação: A.S., 86 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de HTA medicada e controlada, Hipocoagulação, Dislipidemia, Insuficiência Renal de Grau 3, Neoplasia Prostática e ex-Fumador (73 UMAS, stop há 5 anos).

Medicação Habitual: Lisinopril 10mg, Furosemida, Vastarel® (Trimetazidina), Varfine® (Varfarina), Zarator 10mg® (Atorvastatina).

À Chegada ao local a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, na cama, consciente, na cama, com os Bombeiros Voluntários de Ermesinde no local, procedendo a aspiração de secreções purulentas e fétidas com Tubo de Guedel.

Familiares referem que tem tosse com expectoração esbranquiçada desde o dia 1 de Dezembro.

Exame Físico: Aspecto emagrecido, aumento dos movimentos respiratórios e utilização de músculos acessórios. Frequência cardíaca 159 bpm, Temperatura de 39°C, bradipneia e ligeira cianose. À auscultação presença de crepitações difusas e sibilos. TA 135/67 mmHg.

Gasimetria: Acidose Metabólica com Hipercápnia e hipoxia. Sat O2 de 90%.

Diagnóstico: Insuficiência Respiratória com acidose metabólica.

Tratamento: Aspiração de secreções, nebulização com Brometo de Ipratrópio, Hidrocortisona, Paracetamol (1g), Fluidoterapia, colocação de Bousignac.

Seguimento: H.G.S. António, Triagem Laranja.

VMER do Hospital de São João – 6/01/2010 – Anexo VIII

1

Chamada: 9h45 **Motivo:** PCR

Chegada ao Local: 9h55

Identificação: J.M., 55 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de Bronquite Crónica e Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono e Insuficiência Venosa, estando medicado mas não controlado por negação de administração medicamentosa. Familiares referem que a vítima tinha hábitos alcoólicos e tabágicos marcados.

À chegada ao local a vítima encontrava-se em decúbito lateral, no sofá, apresentando rigidez cadavérica.

Diagnóstico: PCR - Óbito

Seguimento: Preenchimento da Ficha de Óbito e Solicitação da Autoridade da Sra. da Hora.

2

Chamada: 11h15 **Motivo:** Apneias sucessivas com recuperação espontânea

Chegada ao Local: 11h22

Identificação: L.D., 84 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de AVC hemorrágico com hemiparésia à esquerda há 3 meses e internada no lar desde então, dislipidemia e HTA, medicada e controlada.

Medicação Habitual: Lisinopril 10mg, Sinvastatina, Pentoxifilina, Omeprazol.

À Chegada ao local a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, na cama, assistida pelo médico do lar, que refere que a vítima apresentava episódios longos de apneia, seguido de bradipneia e pela equipa do SBV Porto 5 tendo iniciado oxigenoterapia.

Exame Físico: Aspecto emagrecido, bradipneia, auscultação torácica sem alterações, Glasgow 4, TA (130/82 mmHg), Temperatura de 37,5°C. Na oximetria apresentava uma Saturação de Oxigénio de 100%.

Diagnóstico: Incerto

Tratamento: Oxigenoterapia

Seguimento: H.G.S. António, Triagem Laranja. Durante o transporte efectuou dois episódios de apneia.

3

Chamada: 14h27 **Motivo:** PCR

Chegada ao Local: 14h35

Identificação: A.V., 86 anos, masculino, caucasiano, antecedentes de Melanoma, estando a fazer actualmente Radioterapia.

À Chegada ao local a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, na cama, já cadáver. As equipas da mota e de SBV 6 já se encontravam no local, indicando que tinham encontrado a vítima em rigidez cadavérica.

Diagnóstico: PCR - Óbito

Seguimento: Solicitada a Autoridade

4

Chamada: 15h05 **Motivo:** PCR

Chegada ao Local: 15h15

Identificação: M.M., 73 anos, feminino, caucasiano, antecedentes depressão.

À Chegada ao local a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, na posição ginecológica, na cama, já em rigidez cadavérica. Familiares referem que “a filha com Síndrome de Down encontrou a mãe com muito sangue e chamou a tia, que chamou logo os irmãos e o INEM”. Ambas a filha e a irmã da vítima apresentavam histeria e desespero.

Exame Físico: Vítima cadáver, apresentando múltiplas contusões (mais de 10), provavelmente por arma branca, e equimoses, principalmente no abdómen, do lado direito. Mão direita contendo uma arma branca ensanguentada, com sangue seco.

Diagnóstico: Provável Suicídio.

Seguimento: Devido à gravidade do caso, chamou-se a Polícia de Segurança Pública. Foi activado o CAPIC (Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise) e após 15 minutos chegou a Psicóloga, para dar suporte psicológico à família, principalmente à filha da vítima.

Análise das activações

Das 42 activações, durante todo o Estágio, a maioria foi devido a Doença Súbita (Gráfico 2), na qual se inserem PCR, Lipotímias, Hipoglicemias e Dispneias. Oitos das 28 activações de Doença Súbita foram devidas a PCR, só obtendo reversão numa activação. Tal deve-se sobretudo ao facto das pessoas não estarem sensibilizadas para telefonar logo para o 112 e, quando o fazem, geralmente prestam informações insuficientes de modo a permitir uma prestação mais rápida de socorro à vítima. Além disso, a população idosa representa a maior percentagem de activações por classe etária, logo é um factor importante para esta ocorrência (Gráfico 3).

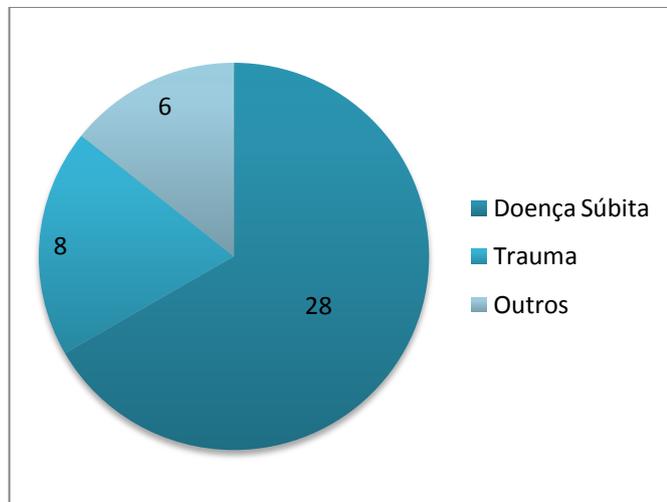


Gráfico nº 2 – N° de casos por Categoria Clínica

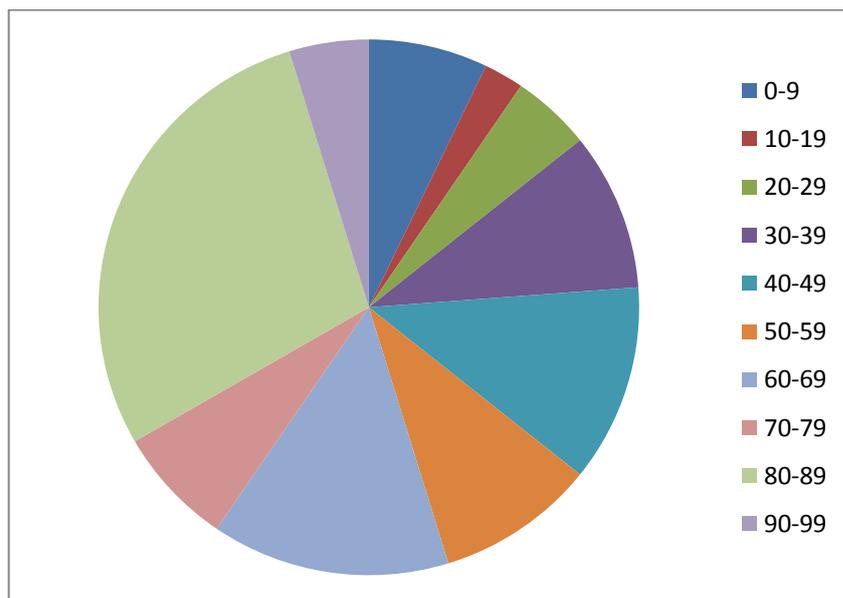


Gráfico 3 – N° de Activações consoante a classe etária.

Em termos percentuais pode-se observar que no Estágio em VMER a maior percentagem de activação (38%) foram relativas a Doença Súbita e que o Estágio SBV teve mais activações para Trauma (Gráfico 4). Tal justificação deve-se ao facto de que na Doença Súbita a maioria dos casos necessita dum apoio mais diferenciado, como na PCR ou na Intoxicação Medicamentosa e as activações por Trauma terem sido por causas mais ligeiras. No caso de traumas com maior risco para a vida foi pedida ajuda da VMER, como aconteceu, por exemplo, no Turno de SBV de Braga, com uma fractura exposta hemodinamicamente instável.

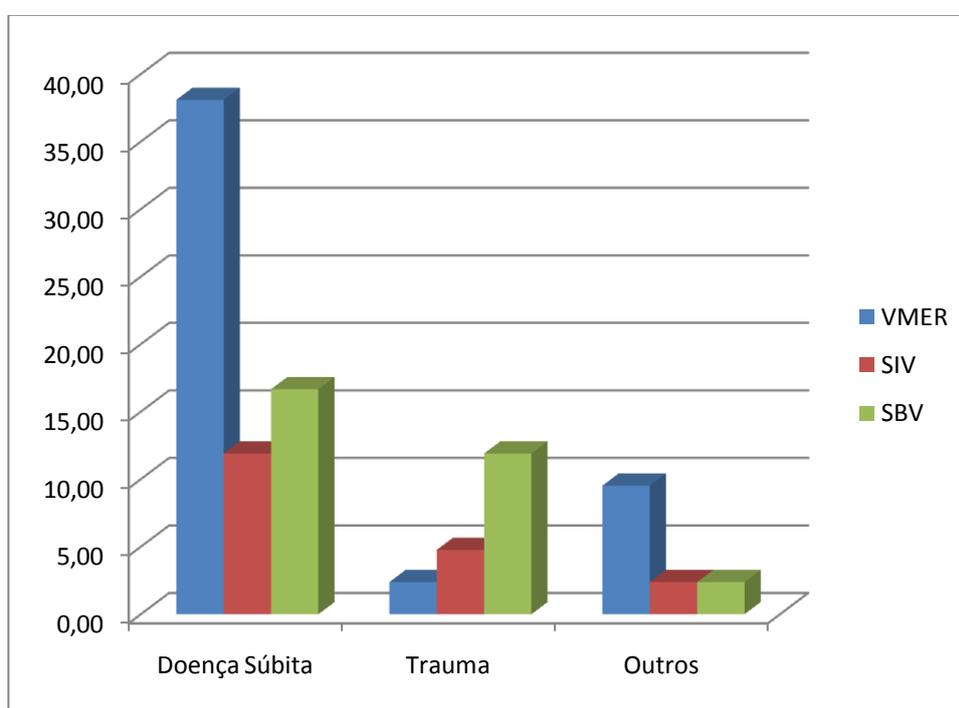


Gráfico 4 – Percentagem relativa de activações consoante o Meio e a categoria clínica.

As categorias denominadas por “Outros” estão associadas, geralmente, a doenças pré-existente, com agudizações ligeiras, como o caso de Dispneia em Pneumonia Adquirida na Comunidade diagnosticada à 1 mês, como foi observado num Turno ou por dor lombar como observado num Turno de SBV.

Estágios em Ambulância SBV – Os estágios realizados permitiram a participação de procedimentos rotineiros, como medição de Glicemia ou Medição de Tensão Arterial por Esfingomanómetro Manual. A realização da “Check-list” permitiu uma noção mais real da constituição duma ambulância e do material e equipamentos necessários a um Suporte Básico de Vida. A realização do Estágio no Porto e em Braga possibilitou a observação de duas realidades

que, embora sejam em meio urbano, são bastante diferentes, pois os arredores de Braga têm um aspecto mais rural, onde as situações se enquadram mais nessa categoria. De resto os procedimentos foram semelhantes (visto serem protocolados) e a simpatia e a alegria manifestadas pelos TAE não diminuíram (pelo contrário, até aumentaram) o profissionalismo durante as activações.

Estágios em Ambulâncias SIV – Os dois estágios foram realizados no SIV de Gondomar, pois estatisticamente é o SIV que tem mais casuística no Grande Porto. Este estágio permitiu o contacto com uma Ambulância mais diferenciada (como constatado na realização da Check-list), onde já é possível a administração de alguns fármacos, por via endovenosa, fluidoterapia e manobras mais avançadas de reanimação, visto possuir um Enfermeiro na Equipa. Além disso é uma mais-valia para o socorro diferenciado a vítimas, quando as VMER não estão disponíveis por estarem noutras activações.

Estágios em VMER – Estes 4 estágios foram sem dúvida os mais aliciantes, visto estarem na minha perspectiva futura profissional. O acompanhamento de situações reais de Emergência Médica, com a devida compreensão dos seus procedimentos, como PCR ou intoxicações medicamentosas, baseados em Algoritmos, (Fig. 8), permitiu uma observação mais directa do stress biológico e psicológico de cada activação. A observação do provável suicídio por arma branca, onde foi prontamente activada a Polícia, permitiu compreender a realidade Médico-Legal do INEM, com protecção da vida mas também da vítima post-mortem, até a chegada da Autoridade, para evitar a alteração de Provas Legais.

A interacção entre VMER, SIV e SBV é constante e é bem planeada pelo CODU, como foi observado durante os vários estágios. Devido à importância do caso de PCR (Fig. 8), por exemplo, estava sempre no local uma VMER e uma SIV ou SBV, consoante a situação. A activação dos Meios e Chegada ao local é muito rápida, traduzindo-se numa correcta prestação de cuidados de socorro à vítima.

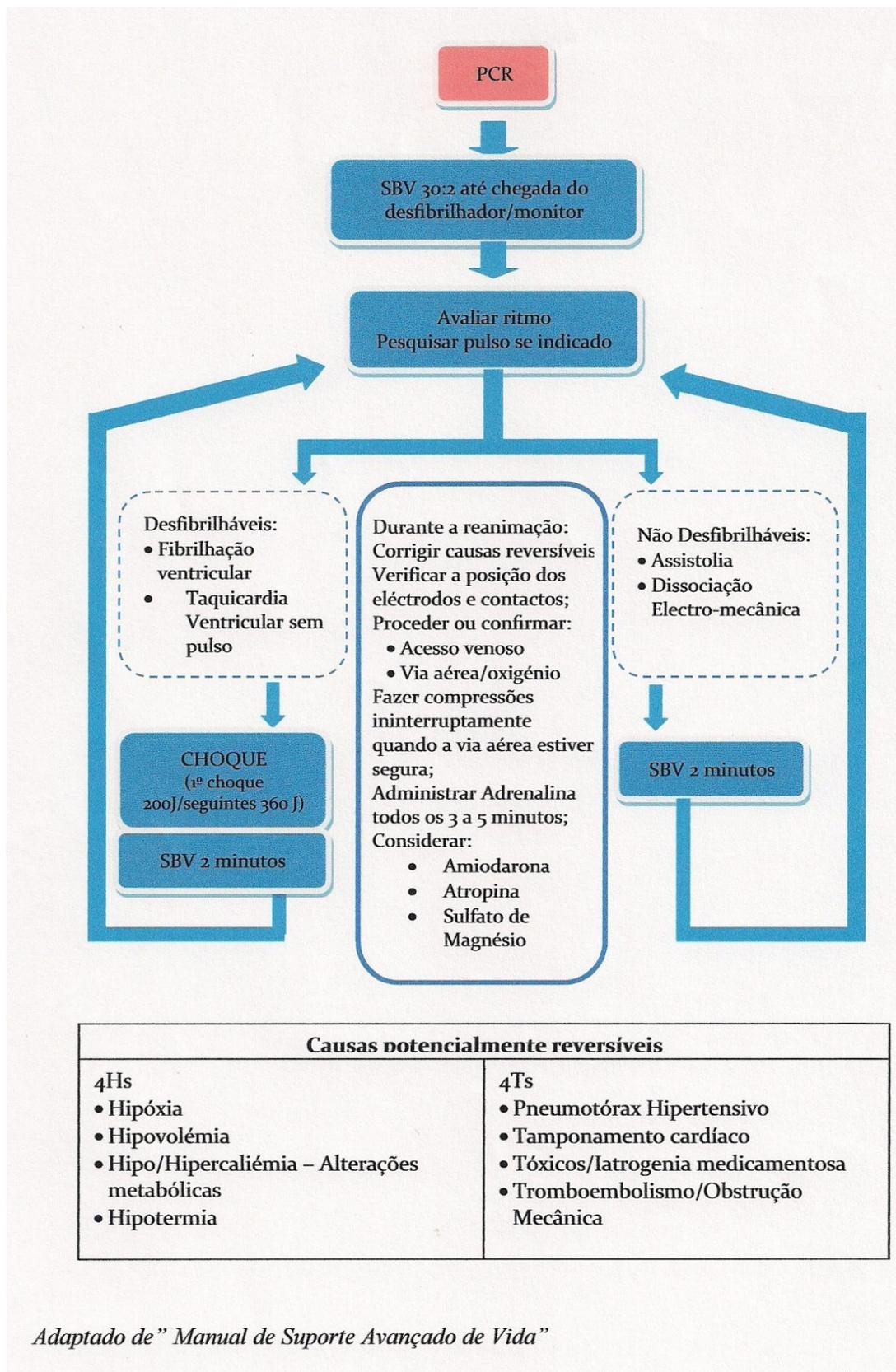


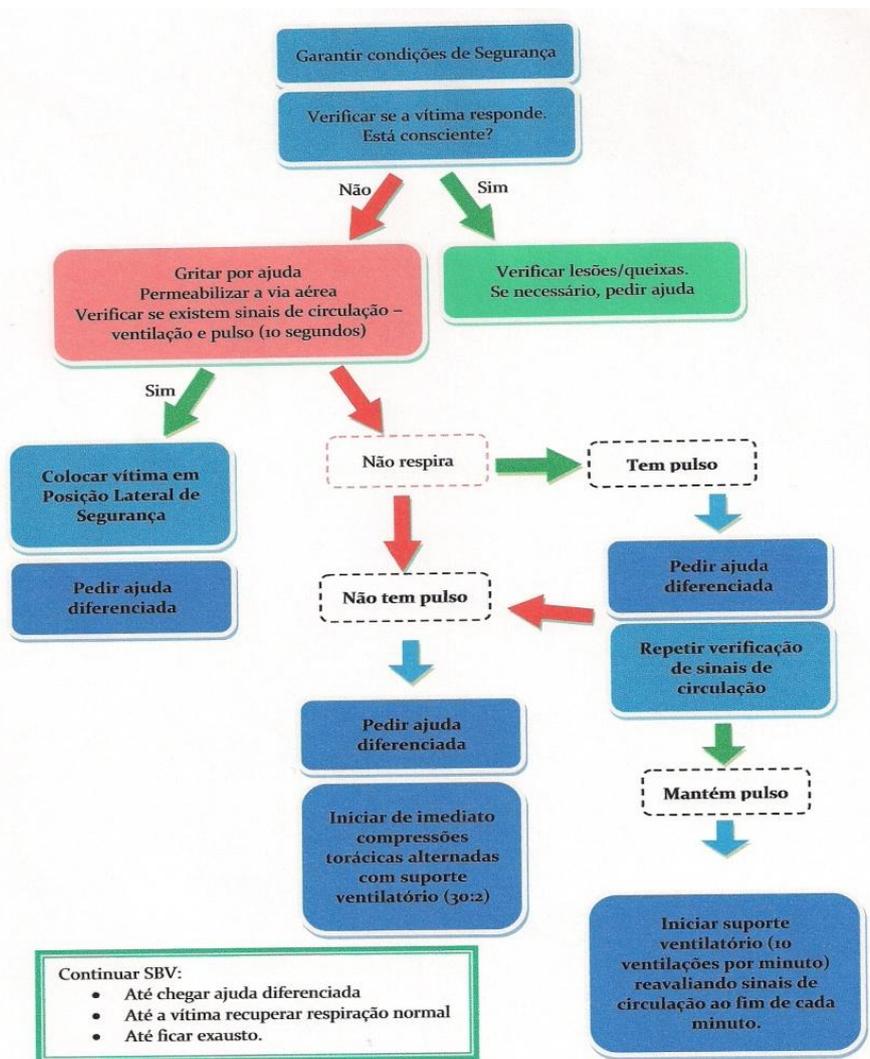
Fig. 8 – Algoritmo de actuação em PCR (SAV)

Numa das activações de Intoxicação Medicamentosa observou-se a imediata interacção entre as entidades nacionais, incluídas no SIEM, nomeadamente PSP, Bombeiros e INEM (SIV Gondomar). Devido a esta interacção, a vítima foi prontamente socorrida.

A observação do preenchimento do Verbete ou Fichas de Observação Médica para cada activação demonstrou um sentido de responsabilidade, por parte do INEM, onde mais uma vez é visível a organização estável desta entidade (Anexo IX).

O Preenchimento das fichas de Observação, por parte do Estagiário e do INEM são uma mais-valia para o Estagiário, pois permitem uma discussão sobre os temas no final de cada estágio, onde todas as dúvidas existentes são clarificadas (ANEXO I-VIII).

A observação e participação em manobras básicas de Suporte de Vida é importante e qualquer indivíduo deveria saber os procedimentos necessários, conforme consta na Fig.9.



Adaptado de "Manual de Suporte Avançado de Vida"

Fig. 9 – Algoritmo de SBV no Adulto

Conclusão

O Estágio Pré-Hospitalar no INEM foi uma experiência enriquecedora, tanto a nível académico, pois proporcionou novas abordagens e uma parte prática sobre Emergência Médica, como a nível pessoal, pois permitiu a observação de realidades sociais diversas e, por vezes, insuficientes para a manutenção do conceito de Saúde como Bem-Estar Biopsicossocial.

A aprendizagem transmitida pelos Profissionais de Saúde do INEM, durante as activações, foi muito importante pois além de uma segurança profissional, transmitiram rapidez e eficiência nas actuações, muitas delas situações de limite de vida, onde o tempo de actuação é essencial.

A observação de diferentes protocolos sobre as diversas situações, como por exemplo no caso de PCR, permitiu uma aprendizagem sistemática e lógica, onde a actuação no terreno auxiliou a sua compreensão.

O Espírito de Equipa é imprescindível e esteve presente em todos os Estágios, independentemente da Profissão de cada Membro do INEM. Aliás, em inúmeros situações os dois profissionais comunicavam com o olhar ou uma palavra e era compreendido pelas outras equipas do INEM presentes no locais. Tal demonstra que o INEM é um instituto coeso, tanto a nível profissional como a nível pessoal, onde os colaboradores se sentem à vontade, não descurando o Grau de Profissionalismo em cada situação.

Negativamente, este Estágio demonstrou que ainda existem muitas pessoas na sociedade que não sabem comunicar de forma correcta com os meios de emergência, nomeadamente com o número 112 e que muitas vezes abusam na solicitação de pedido de auxílio somente como transporte para o Hospital e não como meio de prestação de socorro a vítimas urgentes/emergentes. Assim, considero que é benéfico existir mais divulgação e formação entre a sociedade de modo a usufruirmos destes serviços quando são mesmo necessários. É um facto que a população está a envelhecer e cada vez mais o INEM é accionado para estes casos. Contudo, as Entidades Sociais deveriam estar mais alerta sobre este assunto e actuar, evitando assim custos económicos e pessoais desnecessários.

Concluindo, considero que esta experiência no INEM foi muito produtiva e que gostaria de pertencer a esta família num futuro próximo.

Bibliografia

- 1- Coates WC,MD: Na Educator's Guide to Teaching Emergency Medicine to Medical Students. Acad. Emerg Med 2004; 11 (3): 300-306
- 2- Diário da Republica, 1ª Série – Nº103 – Decreto-Lei nº 220, 29 de Maio de 2007
- 3- INEM – Manual de Suporte Avançado de Vida, 2007
- 4- INEM Online: [www.inem .pt](http://www.inem.pt)
 - Meios:
“http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27933”
 - Ligue 112:
“http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=28186”
 - Secção Notícias :
“http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=41834”
 - Secção Publicações: Relatório de Actividades 2009
“http://www.inem.pt/files/2/documentos/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27790”
 - INEM: Regulamento de Estágios -
“<http://www.inem.pt/files/2/documentos/20100422154840840562.pdf>”
- 5- Pinto R, Santos T, Cardoso V, Luzio F, *Emergências e Urgências Médicas – Sistema Integrado de Emergência Médica*. Revista Referência Novembro 2002- 9: 55-62
- 6- Silva R,Dias P. *Emergência Médica em Portugal – Um longo caminho que conheceu já etapas decisivas*. INEM Agosto 1987; 4:2-11

ANEXO I



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: ANA MARGARIDA CORREIA & OLIVEIRA

OBJECTIVOS: APREENÇÃO DOS CONHECIMENTO DAS VIATURAS, MEIOS DE SUPORTE FÍSICO E HUMANO E TIPO DE OCORRÊNCIA E ACTUAÇÃO DO SIV DE GONDOMAR

Coordenador do Estágio: DR HUMBERTO DE OLIVEIRA // DR LUIS NEGRÃO

Data: 16/10/2020 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV GONDOMAR

Nº DE ACTIVAÇÕES: 5 Doença Súbita: 2 Trauma: 2 Outras: 1 Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Ana Margarida Ribeiro Correia & Oliveira

O-Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Rui Santos, (RPS)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Introdução ao funcionamento do INEM
 - Apresentação dos vários serviços associados ao CoSV.
 - Observação do equipamento e protocolos do SIV (Suporte imediato de vida) ^{de ambulância}
 - Observação de diversos casos clínicos, nomeadamente:
 → PCR (Paragem Cardiorrespiratória)
 → Traumatismos dos Membros superiores
 → Traumatismos dos Membros inferiores
 → Dúplex crónica
 → Imobilização Medicamentosa
 - Observação do preenchimento de registos de ocorrência ("Verbetes")

Explicado funcionamento do SIEM e filosofia do projecto SIV.
 Mostrada carga dos veículos e ambulância
 A Ana demonstrou particular interesse pelo INEM e sua função principal. Cumpriu normas de segurança e cobrou, quando solicitado, na avaliação/intervenções instituídas.
 A Ana demonstrou bom espírito de equipa, bom humor e gesto no decorrer das visitas.
 Rui Santos, (RPS)

ANEXO II



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: ANA MARGARIDA RIBEIRO CORREIA DE OLIVEIRA

OBJECTIVOS: MEIOS e SITUAÇÕES (TIPOS DE OCORRÊNCIA) DA AMBULANCIA SBV (SUPORTE BÁSICO DE VIDA) DE BRAGA

Coordenador do Estágio: DR HUMBERTO DELGADO / DR LUIS MEIRA

Data: 23 / 10 / 2010 **Turno:** Manhã Tarde **Meio:** SBV Braga

Nº DE ACTIVACÕES: **Doença Súbita:** 4 **Trauma:** 2 **Outras:** 0 **Abortadas:** 0

Assinaturas: O Estagiário: Ana Margarida Correia de Oliveira
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo: Manuel Silva (HSL)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

- OBSERVAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS USUAIS DA UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV) DE BRAGA, INCLUINDO REGISTOS EM PAPEL (VERBATES) e REGISTOS INFORMÁTICOS.
- INTERACÇÃO COM O VEÍCULO DE EMERGÊNCIA MÉDICA (VEMER) QUANDO NECESSÁRIO, NAMEADAMENTE EM ALGUMAS FRACTURAS EXPOSTAS, DESCOMPENSAÇÕES RESPIRATÓRIAS MAIS CRÍTICAS E OUTRAS SITUAÇÕES.
- OBSERVAÇÃO DE ALGUNS CASOS, COMO:
 - FRACTURA DO MI EXPOSTA
 - DESCOMPENSAÇÃO RESPIRATÓRIA EM LINFOMA NÃO HODGKIN
 - DOR TORÁCICA
 - ETC...
- NOÇÃO DE AVALIAÇÃO DO DOENTE URGENTE, TRANSPORTE E APOIO PRÉ-HOSPITALAR ATÉ À TRIAGEM HOSPITALAR

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- ANA OLIVEIRA, DEMONSTROU VONTADE EM COLABORAR COM A EQUIPA, APLICANDO SEUS CONHECIMENTOS EM DIVERSAS SITUAÇÕES, TALS COMO, TRAUMA E DOENÇA SÚBITA.
- A SUA MANEIRA DE SER E ESTAR FACILITOU A COMUNICAÇÃO NA EQUIPA NA LEGITIMIDADE DE SI MESMO.

ANEXO III



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Ana Margarida Ribeiro Correia de Oliveira

OBJECTIVOS: Acompanhamento da SIV Gondomar

Coordenador do Estágio:

Data: 5 / 11 / 2010 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV Gondomar

Nº DE ACTIVAÇÕES: 3 Doença Súbita: 2 Trauma: 0 Outras: 1 Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário Ana Margarida Correia de Oliveira

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Rui Fernandes, (RRS)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

acompanhamento da equipa da SIV Gondomar, em várias situações, nomeadamente:

- 1) CONVULSÃO E PERÍODO PÓS-CONVULSIVO
- 2) INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA E DESCOMPENSAÇÃO PSIQUIÁTRICA PROVAVEL, COM ACTIVAÇÃO DO SIEM (SISTEMA INTEGRADO DE EMERGÊNCIA MÉDICA), COM O APOIO DA POLÍCIA (PSP) E BOMBEIROS VOLUNTÁRIOS DE GONDOMAR
- 3) PARA GEM CARDIORESPIRATÓRIA

DISTINÇÃO DOS VÁRIOS GRUPOS CONSTITUÍNTES DO INEM E SEUS SUBGRUPOS, NOMEADAMENTE SIV(A) E SIV (B).

2: turno SIV

A Ana colabora activamente nas intervenções de salvamento demonstrando boa capacidade de comunicação c/ as vítimas e familiares.

Bom espírito de equipa

Rui Fernandes (RRS)

ANEXO IV

8h-14h



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: ANA MARGARIDA RIBEIRO CORREIA DE OLIVEIRA

OBJECTIVOS: ACOMPANHAMENTO DA VMER S. João NAS DIVERSAS SITUAÇÕES E APRENDIZAGEM DOS PROTOCOLOS UTILIZADOS

Coordenador do Estágio: DR LUIS PEIRO

Data: 13/11/2010 Turno: Manhã Tarde Meio: VMER S. João

Nº DE ACTIVACÕES: 4 Doença Súbita: 3 Trauma: Outras: 1 Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Ana Margarida Ribeiro Correia de Oliveira
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- VERIFICAÇÃO DOS VÁRIOS FÁRMACOS E MATERIAIS UTILIZADOS NO VEÍCULO MÉDICO DE EMERGÊNCIA MÉDICA E SUA DISPOSIÇÃO DENTRO DO VEÍCULO.

- OBSERVAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS EM DIVERSAS OCORRÊNCIAS, NOMENADAMENTE:

- PCR NÃO REVERSÍVEIS
- SITUAÇÕES PSIQUIÁTRICAS
- DISPNEIA E DOR EPIGÁSTRICA

Revelou bom integração no trabalho corrente da equipa de VMER, demonstrando interesse e conhecimentos sobre a emergência pré-hospitalar. Participou na elaboração do check-list de diagnóstico e elaboração no trabalho por este VMER efectuado.

Bom desempenho no período de estágio efectuado.

João Sérgio F. Pinheiro
45253

14h - 20h



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: ANA MARGARIDA RIBEIRO CORREIA DE OLIVEIRA

OBJECTIVOS: ACOMPANHAMENTO DA UMER S. JOÃO NAS DIVERSAS SITUAÇÕES E APRENDIZAGEM DOS PROTOCOLOS UTILIZADOS

Coordenador do Estágio: DR LUIS MEIRA

Data: 13/11/2010 Turno: Manhã Tarde Meio: UMER S. JOÃO

Nº DE ACTIVACÕES: 2 Doença Súbita: 1 Trauma: 0 Outras: 1 Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário Ana Margarida Ribeiro Correia de Oliveira
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo João Diogo B. 7m

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

OBSERVAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS EM DIVERSAS OCORRÊNCIAS, NOMENCLATURE:
- SITUAÇÕES PSIQUIÁTRICAS
- INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA EM DOENTE EM ESTADIO TERMINAL DO CARCINOMA VULVAR

Continuar a demonstrar interesse e aptidão pelo trabalho em equipa na emergência pré-hospitalar, bem relacionar-se com a equipa da UMER e restar interventivo. Correcção interpretativa das situações de emergência.
João Diogo B. 7m
45253



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: ANA MARGARIDA RIBEIRO CORREIA DE OLIVEIRA

OBJECTIVOS: APRENDIZAGEM SOBRE OS VÁRIOS PROCEDIMENTOS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA PORTO 6.

Coordenador do Estágio: DR NUNO BORGES / DR LUIS PEIRA

Data: 17/12/2016 **Turno:** Manhã Tarde **Meio:** SBV PORTO 6

Nº DE ACTIVACÕES: 7 **Doença Súbita:** 3 **Trauma:** 3 **Outras:** 1 **Abortadas:**

Assinaturas: O Estagiário: Ana Margarida Ribeiro Correia de Oliveira
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo: Pedro Nazareno

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO	MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO
<p>INTERACÇÃO ENTRE A EQUIPA E O CODOE PROCEDIMENTOS OBSERVADOS EM DIVERSAS SITUAÇÕES, COMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HIPOGLICEMIAS • TRAUMA PEDIÁTRICO E NO ADULTO • DISPNEIA E PATOLOGIA CRÓNICA • PCR • ETC... <p>COMPREENÇÃO DO USO DE CERTOS PROCEDIMENTOS EFECTUADOS, NOMESAMENTE O USO DE OXIGENOTERAPIA EM TRAUMA.</p>	<p>Bom espírito de equipa, sempre a colaborar nas saídas.</p>

ANEXO VI



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: ANA MARGARIDA RIBEIRO CORREIA DE OLIVEIRA

OBJECTIVOS: ACOMPANHAMENTO DA UMER S. JOÃO NAS DIVERSAS ACTIVACÕES

Coordenador do Estágio: DR. LUIS MEIRA / DR. HUMBERTO DELGADO

Data: 29/12/2010 **Turno:** Manhã Tarde **Meio:** UMER S. JOÃO

Nº DE ACTIVACÕES: 6 **Doença Súbita:** 4 **Trauma:** 1 **Outras:** 1 **Abortadas:** 0

Assinaturas: O Estagiário: Ana Margarida Correia de Oliveira
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo: _____

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO	MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO
<p>PARTICIPOU NAS DIVERSAS ACTIVIDADES DA UMER S. JOÃO, NOMENADAMENTE EM</p> <ul style="list-style-type: none"> - DOR TORÇICA - PCR - CRISES CONVULSIVAS INFANTIS, - ETC... <p>COMPREENSÃO QUE, APESAR DE NÃO TER OBSERVADO ACTIVACÕES INFANTIS EM GRANDE Nº, COMPARATIVAMENTE COM AS ACTIVACÕES EM ADULTOS, TAMBÉM SÃO FREQUENTES. CONTUDO, OBSERVAÇÃO DO Nº DE ACTIVACÕES AUMENTADAS DE IDOSOS, COMPARATIVAMENTE COM OUTRAS CLASSES ETÁRIAS É FREQUENTE, E INFELIZMENTE MUITAS DESTAS SÃO CADÁVERES, APESAR DOS ESFORÇOS DO INEM EM CONTRADIZER ESSA TENDENCIA.</p>	<p>Revelou boa preparação teórica em emergências médicas e boa integração no trabalho de equipa de valor.</p> <p style="text-align: right;">José Dias F. G. 45253</p>

ANEXOS VII

8h-20h



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Ana Margarida Ribeiro Correia de Oliveira

OBJECTIVOS: Acompanhamento da VMER S. João nas diversas activações

Coordenador do Estágio: Dr Humberto Delgado // Dr Luis Peiro

Data: 30/12/2010 **Turno:** Manhã Tarde **Meio:** VMER S. João

Nº DE ACTIVAÇÕES: 5 **Doença Súbita:** 4 **Trauma:** 0 **Outras:** 1 **Abortadas:** 0

Assinaturas: O Estagiário: Ana Margarida Ribeiro Correia de Oliveira
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo: Alexandra Baptista

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- PARTICIPAÇÃO NAS DIVERSAS ACTIVAÇÕES DA VMER S. JOÃO, NOMENCLATURE:
 - INTOXICAÇÕES QUÍMICAS,
 - PATOLOGIA TORÁCICA
 - ALTERAÇÕES METABÓLICAS, NAS QUAIS OS PROCEDIMENTOS A REALIZAR PERANTE UM NIPOGICEPIA.
- COMPREENSÃO DOS RISCOS INFANTIS (COMO INGESTÃO ACIDENTAL DE TÓXICOS) E COMPREENSÃO DA NECESSIDADE DE PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS DESTAS VÍTIMAS.
- OBSERVAÇÃO DAS DIVERSAS INTERAÇÕES ENTRE VMER, UNIDADES DE SBV E BOMBEIROS DOS VÁRIOS LOCAIS.
- PARTICIPAÇÃO EM DIVERSOS RENDEZVOS

A Ana demonstrou muito interesse e teve oportunidade de acompanhar e participar activamente em todos os aspectos inerentes a um turno de VMER (convívio el a equipa, ~~o~~ check-list diária, abordagem e tratamento das vítimas, acompanha/º dos mes- mes ao hospital, etc).

30/12/2010

Alexandra Baptista

ANEXO VIII



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: ANA MARGARIDA RIBEIRO CORREIA DE OLIVEIRA

OBJECTIVOS: ACTIVAÇÃO DA UMER S. JOÃO

Coordenador do Estágio: DR HUBERTO DELGADO // DR LUIS MEIRA

Data: 6/01/2011 Turno: Manhã Tarde Meio: UMER S. JOÃO

Nº DE ACTIVAÇÕES: 04 Doença Súbita: 4 Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário An. Margarida Ribeiro Correia

Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Alexandra Baptista

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

• PROCEDIMENTOS EFECTUADOS PELA UMER S. JOÃO, NOMESAMENTE EM CASOS DE PCR.
 • VERIFICAÇÃO DO CONTEÚDO DO MEIO INEM MOTA, E COMPRENSÃO DA SUA NECESSIDADE COMO MEIO MAIS RÁPIDO DE CHEGADA À VÍTIMA. VERIFICAÇÃO DAS DIFERENÇAS DE MATERIAL CONTIDO NA MOTA, NOMESAMENTE ASPIRAÇÃO MANUAL E EQUIPAMENTOS SEMELHANTES À AMBULÂNCIA, NOMESAMENTE SER UM TAB O CONDUTOR, ENTRE OUTRAS.
 • PARTICIPAÇÃO NUM EVENTO DE PCR POR SUICÍDIO/HOMICÍDIO, COM A COLABORAÇÃO DAS AUTORIDADES, BOMBEIROS E CAPIC (CENTRO DE APOIO PSICOLÓGICO E INTERVENÇÃO EM CRISE).

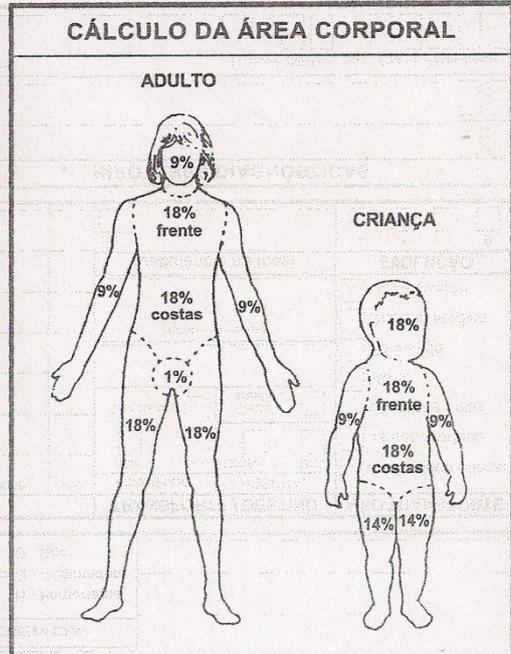
A sua demonstrou muito interesse e participou activamente em todos os aspectos de um turno de UMER.
 06/01/2011

 40907

ESCALA DE GLASGOW					
O		V		M	
Abertura dos Olhos		Resposta Verbal		Resposta Motora	
-	-	-	-	6	Obedece a ordens
-	-	5	Orientada	5	Localiza a dor
4	Espontânea	4	Desorientada	4	Reacção de fuga
3	À Voz	3	Palavras inapropriadas	3	Flexão normal
2	À Dor	2	Sons incompreensíveis	2	Extensão anormal
1	Ausente	1	Ausente	1	Ausente

MONITOR / ECG			
RS	Ritmo Sinusal	ESV	Extrasístole Supra Ventricular
TSV	Taquicardia Supra Ventricular	EV	Extrasístole Ventricular
FA	Fibrilhação Auricular	AV1	Bloqueio A-V 1º
FLA	Flutter Auricular	AV2	Bloqueio A-V 2º
RJ	Ritmo Juncional	AV3	Bloqueio A-V 3º
RI	Ritmo Idioventricular	BRE	Bloqueio Ramo Esquerdo
TV	Taquicardia Ventricular	BRD	Bloqueio Ramo Direito
FV	Fibrilhação Ventricular	IST	Infradesnivelamento ST
ASS	Assistolia	SST	Supradesnivelamento ST

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS			
1	Enfarte Agudo do Miocárdio	26	Trabalho de Parto / Pós-Parto
2	Angor Instável	27	Parto
3	Angor Estável	28	Hemorragia Gin/Obstétrica
4	Edema Pulmonar Agudo		
5	Insuficiência Cardíaca	29	Hipoglicemia
6	Disritmia		
7	Crise Hipertensiva	30	Crise Convulsiva
8	Tamponamento	31	AVC
9	Obstrução das Vias Aéreas	32	Perda de Conhecimento
10	Aspiração de Vômito	33	Coma
11	Crise Asmática		
12	DPOC Agudizada	34	Crise Convulsiva
13	Pneumotórax	35	Agitação Psico-Motora
14	Insuficiência Respiratória	36	Outra Alteração Psiquiátrica
15	Hemorragia Digestiva	37	Intoxicação Medicamentosa
16	Dor Abd./ Abdomen Agudo	38	Intoxicação por Pesticida
		39	Intoxicação por Substância de Abuso
17	Traumatismo Craneano	40	Outra Intoxicação (especificar)
18	Traumatismo Vertebro-Medular		
19	Traumatismo Torácico	41	Reacção Alérgica/Anafilática
20	Traumatismo Abdominal		
21	Traumatismo Pélvico	42	Paragem Respiratória
22	Traumatismo Membro	43	Paragem Cardio Respiratória
23	Outro Traumatismo (especificar)		
24	Politraumatismo (mais que dois dos traumatismos anteriores)	44	Cadáver
		45	Desconhecida
		46	Nula
25	Queimadura	47	Outra (especificar)



FÁRMACOS E FLUIDOS			
Adenosina		Haloperidol	
Adrenalina		Hidrocortisona	
Aminofilina		Insulina Actrapid	INSULINA
Amiodarona		Ketamina	
Anistreplase		Lactato Ringer	L RINGER
Aspirina		Lidocaína 2%	
Atropina		Manitol	
Bicarb. Sódio	BIC SODIO	Metilprednisolona	
Captopril		Metoclopramida	
Diazepam		Midazolam	
Digoxina		Morfina	
Dopamina		Naloxona	
Efedrina		Nifedipina	
Etomidato		Nitroglicerina	
Fentanil		Octreótido	
Flumazenil		Paracetamol	
Furosemida		Propofol	
Gelafundina		Salbutamol	
Glucagom		Soro Fisiológico	S F
Glucose 5% Água	D5W	Succinilcolina	
Glucose 5% Soro	D5SF	Tiopental	
Glucose 30%	D30W		

DECLARAÇÃO DE RECUSA (risque o que não interessar)

(NOME) _____, portador(a) do B.I. / Outro Documento (especificar _____) número _____ de ____ / ____ / ____, declaro que recuso ser assistido(a) / transportado(a) ao estabelecimento de saúde, tendo sido esclarecido(a) dos riscos decorrentes desta decisão.

Assinatura _____
(como no documento de identificação)