

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

**EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR
ESTÁGIO INEM**

Joana Elisa Martins da Torre

Orientador:
Prof. Dr. António Marques

Co-Orientador:
Dr. Luís Meira

Porto 2012

"Porque em qualquer dia, a qualquer hora, em qualquer lugar, é provável que algo de improvável venha a acontecer."

Aristóteles

RESUMO

Introdução: O estágio observacional decorreu de 4 de Novembro de 2011 a 08 de Março de 2012 num total de 90 horas extracurriculares e composto por quatro componentes, em turnos de 6h ou 12h: CODU (12h), VMER (24h), SIV (24h) e SBV (30h).

Objectivos: situar o papel do médico na abordagem e tratamento do doente emergente (doença súbita e trauma), reconhecendo o seu papel fundamental na liderança das equipas que prestam cuidados a esse tipo de doentes; aprender técnicas “life-saving” conhecendo os protocolos de actuação e aplicar os Algoritmos de Suporte Avançado de Vida (SAV); dominar as competências e âmbito de actuação de cada meio frequentado bem como as suas diferenças logísticas e humanas.

Discussão: Relato das activações e casos clínicos, verificando a responsabilidade do team leader, o impacto de uma PCR e óbito e consequente comunicação de más notícias. Abordagem da vítima da doença súbita e conceito de Cadeia de Sobrevivência, que visa aumentar a sobrevivência das vítimas de paragem cardio-respiratória. Noção dos protocolos utilizados e da implementação das Vias Verdes. Abordagem da vítima de trauma e respectivos algoritmos.

Conclusões: A abordagem da vítima de doença súbita ou trauma radica na identificação de condições/lesões potencialmente fatais e na avaliação inicial da vítima pelo sistema ABCDE. O papel de cada Meio INEM bem como o seu critério de actuação estão bem delimitados, assentando na gravidade do estado clínico da vítima e local onde se encontra. Este estágio foi extremamente positivo tanto a nível profissional como a nível pessoal. Creio estar assaz motivada para um futuro profissional marcado pela Medicina Pré-Hospitalar. Atento ainda que os conhecimentos adquiridos deveriam ser implementados com carácter obrigatório nos cursos de Medicina, devido à sua relevância clínica e aplicabilidade prática assim como a aprendizagem de SBV por todos os cidadãos como um dever cívico.

ABSTRAT

Introduction: The observational clerkship took place between the 4th November 2011 and the 8th March, 2012 with a total workload of 90 extra-curricular hours and consisting of four components, in shifts of 6 or 12 hours: Emergency Patients Orientation Center (CODU), Basic Life Support Ambulances (SBV), Immediate Life Support Ambulances (SIV) and Medical Emergency and Resuscitation Car (VMER) in the North Delegation of INEM.

Objectives: Place the role of the physician in the emerging patient approach and treatment (sudden illness and trauma), recognizing its key role in leading the teams who apply medical care on that kind of patients; learn "life-saving" techniques, knowing the protocols of action and how to apply the Advanced Life Support (ALS)'s algorithms; master the skills and purpose of action of each resource frequented as well as its logistics and human differences.

Discussion: Report of activations and clinical cases, checking the responsibility of a team leader, the impact of a cardiac arrest and death and consequent communication of bad news. To learn approach of the victim of sudden illness and the concept of Chain of Survival, this aims to raise the survival of the victims of cardiac arrest. Notion of protocols used and implementation of Green Routes. To learn approach of the victim of trauma and their algorithms.

Conclusions: The approach of a victim of sudden illness or trauma lies in the identification of conditions / injuries potentially fatal and in the initial evaluation by the ABCDE system. The role of each INEM resource as well as their activation criteria are well defined, depending on the severity of the clinical status of the victim and its location. This clerkship was extremely positive both professionally and personally. I am fairly motivated for a future career marked by Pre hospital Medicine. I think that the acquired knowledge should be implemented on a mandatory basis in medicine courses, due to their clinical relevance and practical applicability as well as learning Basic Life Support by all citizens as a civic duty.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ângela Torre e Fernando Torre por serem os melhores pais do mundo todo!

Ao meu namorado, Pedro Martins, por todo o carinho e paciência com todas as minhas crises de desespero durante este período.

Ao meu primo e irmão do coração, Rafael Manso por todas as conversas, viagens e jantares.

Aos meus avós, Otilia e José Martins por sempre acreditarem no meu sonho.

Às minhas pessoas: Magda Alves, Vânia Leite, Inês Grilo, Cláudia Reynolds, Carolina Perfeito, Mariana Ribeiro, Cátia Rodrigues, Joana Relva, Elisabete Brandão, Ana Ribeiro e Berna Rodrigues por todos os bons momentos ao longo deste percurso.

Às minhas amigas de sempre Vera Silva e Ana Carvalho.

À D. Júlia, por toda a paciência e simpatia.

Ao meu orientador, Prof. Dr. António Marques por me ter proporcionado a hipótese da realização deste estágio e do apoio ao longo do seu curso.

Ao meu co-orientador, Dr. Luis Meira.

Às equipas dos meios INEM onde realizei os estágios e que tive o enorme privilégio de conhecer. Fui recebida sempre com simpatia e disponibilidade.

ACRÓNIMOS

A	Via Aérea
AAS	Ácido acetilsalicílico
ABCDE	Via Aérea, Ventilação, Circulação, Disfunção, Exposição
AC	Auscultação Cardíaca
ANPC	Autoridade Nacional de Protecção Civil
AP	Auscultação Pulmonar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
B	Ventilação
bpm	Batimentos por minuto
C	Circulação
CCO	Consciente, Colaborante e Orientado (a)
CDI	Cardioversor Desfibrilhador Implantado
CHAM	Centro Hospitalar do Alto Minho
CHP	Centro Hospitalar do Porto
CIAV	Centro de Informação Antivenenos
CO ₂	Dióxido de Carbono
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
cpm	Ciclos por minuto
CVP	Cruz Vermelha Portuguesa
D	Disfunção neurológica
DAE	Desfibrilhador Automático Externo
DCV	Doença Cardiovascular
DNR	Decisão de Não Reanimar / Doente a Não Reanimar
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
E	Exposição com controlo de temperatura
EAD	Exames Auxiliares de Diagnóstico
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
EAM com SST	Enfarte Agudo do miocárdio com supra- desnivelamento do ST
EAM sem SST	Enfarte Agudo do miocárdio sem supra- desnivelamento do ST
ECG	Electrocardiograma
EEM	Equipas de emergência médica
EOT	Entubação Oro-Traqueal
EV	Endovenoso
FA	Fibrilação Auricular
FC	Frequência Cardíaca
Fi O ₂	Fracção de O ₂ no ar inspirado
FR	Frequência Respiratória
FV	Fibrilação Ventricular
GCS	Glasgow Coma Scale
GEM	Gabinete de Emergência Médica
GNR	Guarda Nacional Republicana
GSA	Gasometria de Sangue Arterial
HTA	Hipertensão Arterial
IC	Insuficiência Cardíaca
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
LCR	Líquido cefalo -raquidiano
M	Resposta Motora – Escala de coma de Glasgow
ML	Máscara laríngea

NEE	Número Europeu de Emergência
NTG	Nitroglicerina
O	Resposta Oral – Escala de coma de Glasgow
O2	Oxigénio
OVA	Obstrução da Via Aérea
OVA CE	Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho
PA	Pressão Arterial
PCR	Paragem Cardio-Respiratória
PEM	Posto de Emergência Médica
PLS	Posição Lateral de Segurança
Pós-PCR	Pós-Paragem Cardio-respiratória
PSP	Polícia Segurança Pública
RCE	Retorno da Circulação Espontânea
RCP	Reanimação Cardio- Pulmonar
S/A	Sem Alterações
SAE	Serviço de Ambulâncias de Emergência
SaO2	Saturação da hemoglobina no sangue arterial
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SCA	Síndrome Coronário Agudo
SDR	Sinais de Dificuldade Respiratória
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV	Suporte Imediato de Vida
SNA	Serviço Nacional de Ambulâncias
SNC	Sistema Nervoso Central
SNG	Sonda Naso-gástrica
SNP	Sistema Nervoso Periférico
SpO2	Saturação de Oxigénio
SU	Serviço de urgência
T	Temperatura
T/E	Tempo e espaço
TAE	Técnico de Ambulância de Emergência
TAS	Tripulante de Ambulância de Socorro
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
TEP	Tromboembolia Pulmonar
TOT	Tubo Oro-Traqueal
TVM	Traumatismo Vertebro-medular
TVP	Trombose Venosa Profunda
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UMIPE	Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência
V	Resposta Verbal – Escala de coma de Glasgow
VA	Via Aérea
VIC	Viatura de Intervenção em Catástrofe
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VOS	Ver, Ouvir e Sentir
VV	Via Verde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR - CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA.....	1
CRONOGRAMA DE EVOLUÇÃO DA EMERGÊNCIA MEDICA PRÉ-HOSPITALAR.....	2
SISTEMA INTEGRADO DE EMERGÊNCIA MÉDICA (SIEM)	2
INEM	3
CENTRO DE ORIENTAÇÃO DE DOENTES URGENTES (CODU).....	4
RELATO DAS ACTIVAÇÕES	8
ESTÁGIO VMER – CHAM VIANA DO CASTELO (19/11/2011)	8
ESTÁGIO SBV – HSJ PORTO 2 (26/11/2011).....	9
ESTÁGIO SBV – HSJ PORTO 2 (28/11/2011).....	11
ESTÁGIO SBV – HSJ PORTO 2 (07/12/2011).....	14
ESTÁGIO SIV – PONTE DE LIMA (10/12/2011).....	16
ESTÁGIO VMER – HSA PORTO 1 (12/12/2011).....	17
ESTÁGIO SBV – CODU DELEGAÇÃO NORTE (12/12/2011).....	18
ESTÁGIO SIV – PONTE DE LIMA (07/01/2012).....	19
ESTÁGIO SBV – HSJ PORTO 2 (21/01/2012).....	22
ESTÁGIO CODU – DELEGAÇÃO NORTE (25/01/2012)	25
ESTÁGIO VMER – HSA PORTO 1 (02/03/2012).....	25
DISCUSSÃO	28
CONCLUSÃO	35
BIBLIOGRAFIA	37
ANEXOS	39
ANEXO I – FICHAS DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO	40
ANEXO II – DECLARAÇÃO DE ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO	53
ANEXO III – DECLARAÇÃO DE ÉTICA	55
ANEXO IV – INTRODUÇÃO TEÓRICA - ABORDAGEM DA VÍTIMA DA DOENÇA SÚBITA	56
CAUSAS DE PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA.....	56
A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA	57
SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)	58
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV)	59
ANEXO V – INTRODUÇÃO TEÓRICA - VIAS VERDES	62
1) VIA VERDE DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC).....	62
2) VIA VERDE DO ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO (EAM)	63
3) VIA VERDE DA SEPSIS	64
ANEXO VI – INTRODUÇÃO TEÓRICA - ABORDAGEM DA VÍTIMA DE TRAUMA	66
TÉCNICAS DE IMOBILIZAÇÃO	66
MÉTODO “SAVER”®	66

INTRODUÇÃO

EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR - Contextualização Histórica

Foi durante o época das invasões napoleónicas (por volta de 1790), através da prestação de auxílio médico no campo de batalha e pelo cirurgião e chefe militar Dominique Larrey que ocorreu a primeira tentativa de organização de auxílio médico de urgência. Os feridos eram evacuados em unidades móveis de transporte (“Ambulances Voulantes”), para hospitais de campanha estrategicamente localizados e onde eram prestados os primeiros socorros, embora com limitações a nível terapêutico e de material médico.

Só na segunda metade do séc. XIX é que são criados os primeiros Sistemas de Emergência Médica civis, baseados no tipo de abordagem em contexto militar (transporte rápido do doente para junto do médico). Este conceito manteve-se até ao final da década de 30 do séc. XX, quando o cirurgião alemão Kirschener propõe uma nova prioridade: seria o médico a ir de encontro ao doente. Graças ao início da 2ª Guerra Mundial, este conceito inovador foi mais rapidamente estabelecido, presenciando-se a uma divisão de filosofia de actuação (Larrey e Krischner), que posteriormente transformaria os actuais conceitos de Emergência Médica.

Sendo assim, a evolução da Emergência Médica origina duas filosofias divergentes: “Load and Go” / “Scoop and Run” e “Stay and Play”. Na primeira (sistema anglo-saxónico) tem como objectivo primário o transporte rápido do doente ao hospital após uma breve estabilização realizada por paramédicos com formação específica. Obedece a protocolos estritos, sendo a derradeira desvantagem o facto de o doente não ser assistido por um médico e ter uma actuação pouco flexível. Relativamente à segunda filosofia “Stay and Play” temos como referência o SAMU francês que coloca o médico no local. Exige uma logística elevada (com ambulâncias e hospitais em pontos estratégicos) e formação específica, além do curso de Medicina. Obedece também a um controlo ético profundo e protocolos de actuação claramente estabelecidos.

Portugal, através da VMER e helicóptero faz parte do grupo de países cujo objectivo é, sempre que possível, levar o médico de encontro ao doente (“Gold Standard”). Define-se, então, o conceito de atendimento pré-hospitalar como a actividade na área da saúde que abrange tudo o que se passa desde o local onde ocorre uma situação de emergência até ao momento em que se conclui, no estabelecimento de saúde adequado, o tratamento definitivo que aquela situação exige.

Cronograma de Evolução da Emergência Médica Pré-hospitalar

Durante a segunda metade do séc. XX, inicia-se um processo de investigação para criar um suporte para o planeamento da saúde, recorrendo a criação de novas técnicas e a inovação/redescoberta de outras já existentes que se tornam rotina. A doença súbita torna-se prioritária na activação dos meios de socorro. Avanços a nível farmacológico bem como de mobilidade optimizam a intervenção médica e a sua eficácia.

1955	1957	1958	1959	1965	1971	1980	1981	1987	1989
Tratamento do choque (Dr. V. Bergmann, 1870)	Desfibrilhação (1901, Igelsrud)	Ventilação boca à boca (referências bíblicas)	Manobras de suporte básico de vida (Mass, 1892)	Início da Emergência Médica Pré-hospitalar em Portugal, (implementação do número nacional de socorro "115")	Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA)	Gabinete de Emergência Médica, com a função de elaborar e coordenar um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM).	Fundação do INEM	Primeiro Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CÓDU, Lisboa)	Criação VMER

Tabela 1 Evolução da Medicina Pré-hospitalar

Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)

Trata-se do conjunto de acções organizadas entre várias instituições (PSP, GNR, INEM, Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, Hospitais e Centros de Saúde), de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, de modo a possibilitar uma actuação rápida, eficiente e de gestão óptima de meios em situações de emergência médica, com o objectivo de prestar auxílio às vítimas de doença súbita ou acidente. O SIEM compreende toda a actividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a recepção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente. A coordenação do seu funcionamento em Portugal Continental está a cargo do INEM.



Ilustração 1 - Símbolo do INEM e seu significado



Ilustração 2 - Sequência do socorro pré-hospitalar “Estrela da Vida”

INEM

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) no princípio da sua concepção afirmou-se na sociedade portuguesa como organismo público responsável pelo auxílio de socorro à população em caso de acidente ou doença súbita, realizando não só o socorro aos doentes, como também o transporte do local da ocorrência para uma unidade Hospitalar sempre que necessário. A evolução recente do INEM tem sido baseada em três grandes linhas orientadoras: a evolução científica e tecnológica, a reforma do próprio sistema de saúde e a certificação da qualidade. Nesta conjuntura, subsistem alguns princípios alicerces no atendimento pré-hospitalar:

- O socorro médico urgente é uma actividade essencial no âmbito da Saúde Pública;
- As operações devem ser concomitantemente rápidas, eficazes e com os meios adequados, sempre com uma vertente humana presente;
- Os protocolos de actuação e as respectivas responsabilidades de cada profissional devem ser previamente estabelecidas de uma forma clara.

A organização da resposta à emergência, fundamental para a cadeia de sobrevivência, simboliza-se pelo Número Europeu de Emergência (NEE) – 112 - e implica, a par do reconhecimento da situação e da concretização de um pedido de ajuda imediato, a existência de meios de comunicação e equipamentos necessários para uma capacidade de resposta pronta e adequada. O INEM pretende providenciar à população portuguesa em geral um serviço de

Emergência Médica eficiente, obedecendo sempre aos princípios fundamentais de ética e dos Direitos Humanos

Em 2011 o INEM conseguiu a conjugação de uma equação quase impossível: mais e melhor prestação de cuidados e formação em emergência médica, com gestão mais eficiente dos recursos disponíveis. No ano transacto, o INEM accionou 763.365 meios para situações de emergência médica, o que representa um acréscimo de 3% relativamente ao ano anterior (INEM Relatório de Actividades e Contas, 2011).

Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)

É, talvez, o elo da cadeia de auxílio mais importante, pois é para onde são encaminhados os pedidos da área da saúde, recebidos através do NEE – 112 – nas Centrais de Emergência.

O seu funcionamento é assegurado em permanência por médicos e funcionários com formação específica para efectuar o atendimento, triagem, aconselhamento de pré socorro e selecção e accionamento dos meios de socorro mais adequados a cada ocorrência. Prepara a recepção hospitalar dos doentes, podendo em situações de excepção assumir o papel de coordenação, efectuando a ligação entre o pré hospitalar e os cuidados hospitalares. Tem à sua disposição a coordenação de diversos meios de comunicação e actuação no terreno (VMER, ambulâncias SBV, ambulâncias SIV, motas SBV, helicóptero de emergência, UMIPE, VIC e Hospital de Campanha), que acciona de acordo com a situação clínica das vítimas; a proximidade do local de ocorrência e a sua acessibilidade. Em 2011, em 92% dos casos o meio accionado foi a ambulância.

Na actualidade existem quatro Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), situados em Lisboa, Porto, Coimbra e Faro e que fazem a cobertura de todo o território do continente. No ano de 2011, os CODU sofreram uma grande alteração ao nível do atendimento das chamadas de emergência que passaram a ser atendidas a nível nacional. Sendo assim foi criado o CODU Nacional, colocando fim às diferenças regionais no atendimento de emergência. Esta alteração proporcionou uma melhor eficiência da gestão dos recursos disponíveis nos vários CODU, com um grande impacto na redução dos tempos para atendimento das chamadas (passou de uma média de 13 segundos para 7 segundos, o tempo decorrente entre o primeiro toque da chamada e o seu atendimento nos CODU).

No âmbito do estágio efectuado, é importante referir as competências e estrutura das Ambulâncias SBV e SIV, e VMER.

AMBULÂNCIAS SBV

As Ambulâncias SBV do INEM são destinadas à estabilização e transporte de doentes que necessitam de assistência durante o transporte para a unidade hospitalar. A equipa é composta por 2 Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE) devidamente credenciados e possui equipamento que permite a aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida (SBV) e Desfibrilhação Automática Externa (DAE).



Ilustração 3 - Ambulância SBV

AMBULÂNCIAS SIV

As Ambulâncias SIV do INEM constituem um meio de socorro com o mesmo objectivo que as ambulâncias SBV, contudo, além do descrito para as SBV, há possibilidade de cuidados diferenciados como a administração de fármacos e realização de actos terapêuticos invasivos, devidamente protocolados e aplicados sob supervisão médica. Garantem, desta forma, uma melhor assistência pré-hospitalar em situações de maior gravidade, quando não existe um Médico ou VMER disponível. São tripuladas por 1 TAE e 1 Enfermeiro do INEM, com formação específica. Actuam na dependência directa dos CODU, localizando-se em unidades de saúde.



Ilustração 4 Ambulância SIV

VMER

As Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) são veículos de intervenção pré-hospitalar, concebidos para o transporte de uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, ao local onde se encontra o doente. Dispõem de equipamento para Suporte Avançado de Vida em situações do foro médico ou traumatológico e têm como principal objectivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas em situações de emergência. Actuam na dependência directa dos CODU, tendo uma base hospitalar. O exercício deste conjunto de funções requer uma equipa com formação específica na prestação de cuidados médicos diferenciados, na utilização de equipamento sofisticado para o SAV bem como na coordenação dos meios de socorro nos cuidados de higiene e finalmente na utilização correta e adequada da própria viatura.

A VMER desempenha várias funções no contexto do SIEM:

- Assegurar prioritariamente as funções vitais, abordando a vítima de acordo com os protocolos VMER (ABCDE);
- Transporte da equipa médica e do equipamento de SAV ao local da ocorrência e abordagem do traumatizado;
- Triage em situações de multi – vítimas;

- Encaminhamento e acompanhamento até ao local mais adequado (não necessariamente o mais próximo);
- Exposição e treino de técnicos de saúde a realidade pré hospitalar.



Ilustração 5 Carro VMER

RELATO DAS ACTIVAÇÕES

Estágio VMER – CHAM Viana do Castelo (19/11/2011)

14h – 20h

1) 16h24min - Sexo feminino, 23 anos.

▶ ATIVAÇÃO

- Fractura exposta do 1/3 proximal do 5º dedo da mão direita.
- Lesão ocorrida durante a pratica desportiva.

▶ LOCAL

- Pavilhão desportivo.
- Doente sentada no bancos suplentes, CCO T/E e relativamente queixosa.
- Refere dor no local da fractura, náuseas e vómitos anteriores à nossa chegada

▶ ANTECEDENTES

- Sem antecedentes relevantes

▶ AVALIAÇÃO

- A- Via aérea patente sem corpos estranhos;
- B- FR= 20; sem SDR; SatO2= 99% (ar ambiente);
- C- PA= 129/72 mmHg com pulso radial palpável, rítmico e amplo, FC= 75bpm;
- D- Glasgow=15 (O-4; V-5; M-6), colaborante, ansiosa; pupilas isocóricas; PC sem alterações;
- E- Sudorese.
- Glicemia capilar= 104 g/dL

▶ ATUAÇÃO

- Medicada com metoclopramida+morfina injectável no local.
- Desinfecção das escoriações.
- Imobilização do 5º dedo e colocação de tala
- Transporte para o CHAM, sem acompanhamento.

▶ TRIAGEM

- Amarelo

14h – 20h

1) 16h10 min - Sexo masculino, 16 anos.

ATIVACÃO

- Agressão.
- Envolvimento policial.

LOCAL

- Via pública.
- Doente deitado no chão, inconsciente (choque), arreactivo.
- Apresenta equimoses várias na face, abrasões nos membros superiores, epistaxis, hipotensão e taquicardia. Sem sinais de hemorragia interna.
- Inicialmente em choque, mas após recuperar (já na ambulância), apresenta-se CCO T/E com discurso coerente e ansioso, mas sem memória do episódio.

ANTECEDENTES

- Doença Bipolar.
- Abuso de Alcool e estupefacientes

AVALIAÇÃO

- A- Via aérea patente sem corpos estranhos;
- B- FR= 17; sem SDR; SatO2= 99% (ar ambiente);
- C- PA= 90/55 mmHg com pulso radial palpável, rítmico e amplo, FC= 122bpm;
- D- Glasgow=10 inicialmente, após reavaliação 14. Pupilas isocóricas; PC sem alterações
- E- Roupa rasgada e suja de sangue.
- Glicemia capilar= 89 g/dL

ACTUAÇÃO

- Recuperação do choque.
- AP e AC
- Verificar se alguma fratura.
- Controlo da epistaxis.
- Desinfecção das escoriações.
- Transporte para o HSJ-SU de pediatria, sem acompanhante.

TRIAGEM

- Laranja

2) 20H00 - Sexo masculino, 81 anos.

ATIVACÃO

- Dispneia grave.

LOCAL

- Domicílio.
- À chegada, doente deitado na cama, em PCR.

ANTECEDENTES

- Síndrome demencial, acamado há 1 mês.
- Comorbilidades várias

AVALIAÇÃO

- A- Via aérea patente sem corpos estranhos; Intubação com tubo de Guedel para ventilação assistida e tentativa de reanimação.
- B- FR= não avaliada; SatO₂= não avaliada
- C- PA= não avaliada, FC= não avaliada
- D- Glasgow=5;
- E- S/A
- Glicemia capilar= 89 g/dL

ATUAÇÃO

- Iniciado SBV e solicitado SAV.
- Recurso ao DAE
- São suspensas as manobras, após assistolia documentada há 15 minutos.
- Feita a verificação do óbito pelo médico da VMER.

TRIAGEM

- x

1) **15h22** – sexo masculino, 15 anos

ATIVACÃO

- Queda na pratica de Skate, com possível fratura do MID e MSD
- Perda de consciência.

LOCAL

- Via pública.
- À chegada, doente com múltiplas escoriações, deitado na via pública, CCO T/E.
- Refere dor, sem memória da perda de consciência. Queda enquanto descia escadas do edificio de skate.

ANTECEDENTES

- Saudável.

AVALIAÇÃO

- A- Via aérea patente sem corpos estranhos.
- B- FR= 17; SatO2= 99% aa
- C- PA= 126/72, FC= 118 bpm
- D- Glasgow=15;
- E- S/A
- Glicemia capilar= 110 g/dL

ATUAÇÃO

- Imobilização do MID, com colocação de tala
- Tratamento e desinfecção das escoriações
- Avaliação do MSD, sem fratura
- Transporte para o HSJ, com acompanhamento.

TRIAGEM

- laranja

2) 17h36 - Sexo masculino, 64 anos.

ATIVACÃO

- Dor torácica
- Dispneia.

LOCAL

- Via pública.
- À chegada, doente sentado na via pública, CCO T/E.
- Refere dor torácica no hemitórax esquerdo com irradiação para o MSE e dispneia súbita.

ANTECEDENTES

- DM tipo 2
- HTA

AVALIAÇÃO

- A- Via aérea patente sem corpos estranhos;
- B- FR= 22; com SDR; SatO₂= 89% (aa);
- C- PA= 145/102 mmHg com pulso radial palpável, rítmico e amplo, FC= 115 bpm;
- D- Glasgow=15 (O-4; V-5; M-6), agitado, humor deprimido; pupilas isocóricas; PC sem alterações;
- E- S/A
- Glicemia capilar= 137 g/dL

ATUAÇÃO

- AC e AP
- Administração de O₂ com máscara (3L/min).
- Transporte para S.U. HSJ.

TRIAGEM

- Laranja com ativação da via verde do EAM.

3) 19h05 – sexo masculino, 33 anos

ATIVACÃO

- Dilaceração do membro inferior esquerdo
- Provável fratura do perónio e lesão dos vasos

LOCAL

- Pavilhão desportivo.
- À chegada, doente sentado no chão, CCO T/E.
- Refere queda durante jogo de futebol e atualmente queixoso, referindo dor 9/10.

ANTECEDENTES

- Saudável.

AVALIAÇÃO

- A- Via aérea patente sem corpos estranhos.
- B- FR= 21; SatO₂= 97% aa
- C- PA= 146/83, FC= 123 bpm
- D- Glasgow=15;
- E- S/A
- Glicemia capilar= 134 g/dL

ATUAÇÃO

- Imobilização com tala no local
- Desinfecção do corte
- Transporte para o HSJ, sem acompanhamento.

TRIAGEM

- laranja

14h-20h

1) 17h00 - Sexo feminino, 94 anos.

ACTIVAÇÃO

- Perda de consciência.
- Hipoglicemia.

LOCAL

- Lar de Idosos.
- À chegada, doente sentado num sofá, inconsciente.
- Hipoglicemia documentada pela cuidadora
- Pálida e com mucosas descoradas

ANTECEDENTES

- DM tipo 2
- Até a data autónoma nas AVDs.
- Medicação habitual: Indecartex, Daonil, Laroxim, Vastarel, Lisinopril, Folicil.

AVALIAÇÃO

- A- Via aérea patente sem corpos estranhos.
- B- FR= 20; SatO₂= 96% aa
- C- PA= 124/91, FC= 45 bpm
- D- Glasgow=9;
- E- S/A
- Glicemia capilar= 25 g/dL (--)

ACTUAÇÃO

- Recuperação da consciência.
- AC e AP
- Introdução de cateter endovenoso periférico e administração de 3 ampolas de glicose hipertónica em bólus.
- Perfusão com soro glicosado a 5%.
- Transporte para o hospital, acompanhada pelo médico do lar.

TRIAGEM DE MANCHESTER

- Amarelo

2) **18h16 min** - *Sexo masculino, 44 anos.*

ACTIVAÇÃO

- Dor torácica.

LOCAL

- Domicílio.
- À chegada, deitado na cama, CCO T/E.
- Refere dor torácica, opressiva que se mantém com inspiração e agrava à palpação.

ANTECEDENTES

- Síndrome de Wolf-Parkinson White.
- Historial de episódios semelhantes nos últimos meses, sempre associados a ataques de ansiedade.
- Medicado com Diazepam 10mg/dia.

AVALIAÇÃO

- A- Via aérea patente sem corpos estranhos.
- B- FR= 19; SatO₂= 98% aa
- C- PA= 122/79, FC= 88 bpm
- D- Glasgow=15;
- E- S/A
- Glicemia capilar= não efectuado

ACTUAÇÃO

- AC e AP
- Transporte para o HSA, sem acompanhamento.

TRIAGEM DE MANCHESTER

- Amarelo

3) **19h20** - *Sexo feminino, 19 anos.*

ACTIVAÇÃO

- Vítima de atropelamento

LOCAL

- Via pública.
- À chegada, sentada na via pública, CCO T/E.
- Refere dor na bacia, do lado direito com irradiação MID.
- Escoriações na mão direita e MID, com hematoma.

ANTECEDENTES

- Sem antecedentes relevantes.

AVALIAÇÃO

- A- Via aérea patente sem corpos estranhos.
- B- FR= 18; SatO2= 98% aa
- C- PA= 110/70, FC= 87 bpm
- D- Glasgow=15;
- E- S/A
- Glicemia capilar= não efectuado

ACTUAÇÃO

- AC e AP
- Desinfecção das escoriações.
- Verificar se alguma fractura existente.
- Transporte para o HSA, sem acompanhamento.

TRIAGEM DE MANCHESTER

- Amarelo

Estágio SIV – Ponte de Lima (10/12/2011)

8h – 20h

Sem nenhuma activação.

8h-14h

1) 11h25 - Sexo masculino, 72 anos.

ACTIVAÇÃO

- PCR

LOCAL

- Domicílio.
- À chegada, doente deitado no chão do quarto, cadáver, em rigor mortis.

ANTECEDENTES

- Várias comorbilidades, mas ainda independente nas AVDs
- Vivia sozinho.

AVALIAÇÃO

- Constatado o óbito

ACTUAÇÃO:

- Chamadas as autoridades competentes (PSP).

TRIAGEM DE MANCHESTER

- x

Estágio SBV – CODU Delegação Norte (12/12/2011)

14h-20h

Neste estágio observacional tive a oportunidade de compreender o modo como se processa o atendimento geral das chamadas. Numa etapa posterior, assisti à selecção (com base na decisão médica) e accionamento dos meios mais adequados para a situação clínica em causa. Na última etapa, o registo dos dados, verifiquei o envio de informação clínica do paciente, pelos profissionais no terreno.

8h-20h

1) 9h - Sexo masculino, 71 anos.

▶ ACTIVAÇÃO

- Dispneia
- Hematemese

▶ LOCAL

- Domicílio.
- À chegada, doente acamado, CCO T/E, com dispneia e gemidos.
- Vômito com conteúdo acastanhado (sem sinal de hematótese).
- Pálido.

▶ ANTECEDENTES

- Acamado há alguns meses;
- Alcoolismo;
- AVCs múltiplos com sequelas.
- Aconselhado o decúbito lateral.
- Medicação habitual: triapridal, Cardipril, Prevastatina, Sedoxil, Triflusal.

▶ AVALIAÇÃO

- A- Via aérea patente sem corpos estranhos.
- B- FR= 16; SatO₂= 92% aa
- C- PA= 105/75, FC= 110 bpm
- D- Glasgow=11;
- E- S/A
- Glicemia Capilar = 94
- Taur = 36°C

▶ ACTUAÇÃO

- Colocação de SNG.
- Drenagem de conteúdo não hemático, GW habitual.
- Algáliação
- Transportado pelos Bombeiros para o Hospital de Ponte de Lima.

▶ TRIAGEM DE MANCHESTER

- Laranja

2) 15.00 - Sexo feminino, 80 anos

ACTIVAÇÃO

- Lipotimia presenciada.

LOCAL

- Domicílio.
- Doente deitada na cama, CCO T/E, já recuperada apenas com algumas tonturas ortostáticas.
- Refere mau estar geral súbito com cefaleia e dor abdominal, acompanhadas de tonturas e náuseas, e afasia.
- Estes precederam a lipotímia.
- Familiares referem perda de consciência durante aproximadamente 5 minutos, associada a dificuldades visuais e hipotensão (medida por familiar).
- Pálida. Pele sem alterações.

ANTECEDENTES

- DM tipo 2
- Neoplasia Intestinal. Oostomizada há 5 anos.

AVALIAÇÃO:

- A- Via aérea patente sem corpos estranhos.
- B- FR= 16; SatO₂= 99% aa
- C- PA= 114/50, FC= 65 bpm
- D- Glasgow=15 (O-4; V-5; M-6), pupilas isocóricas, PC conservados, sem sinais focais;
- E- S/A
- Glicemia Capilar = 137
- Taur = 36°C

ACTUAÇÃO

- AC e AP.
- Observação geral da doente.
- Oferecido transporte para o Hospital de Ponte de Lima, que foi recusado pela doente.

TRIAGEM

- x

3) 18h48 - Sexo masculino, 49 anos.

ACTIVAÇÃO

- Acidente de Viação (despiste de automóvel), com vítima possivelmente com fraturas múltiplas.

LOCAL

- Via pública.
- Vítima ainda no interior do veículo, com perda de consciência, com sangue na face
- Mucosas descoradas e desidratadas.
- Múltiplas escoriações na zona da face e pescoço
- Possível fratura cervical
- Possível fratura ao nível da articulação escapulo-umeral.

ANTECEDENTES

- Alcoolismo;
- Fumador (22UMA);

AVALIAÇÃO:

- A- Via aérea patente;
- B- FR= 38 cpm; com SDR; SatO₂ = 55% (aa); AP: MV diminuído bilateralmente, com crepitações nas bases;
- C- PA= 88/62 mmHg; pulso radial palpável, rítmico e pouco amplo; FC= 125 bpm; ECG 12 derivações: Ritmo sinusal;
- D- Glasgow (à chegada)= 10 (O- 3; V- 2; M-5), pupilas anisocóricas, PC sem alterações, sem sinais focais;
- E- Cianose mais acentuada nas extremidades; Tiragem supraclavicular e intercostal.
- Glicemia capilar= 307 g/dL.
- Taur=35,4°C.

ACTUAÇÃO

- AC e AP
- Protocolo SIV - Alteração da Consciência:
 - Introdução de catéter intravenoso;
 - Administração de NaCl 0,9% 100 mL + 500 mL (600 mL EV);
 - Administração de O₂ por máscara de alta-concentração (15L/min).
- Protocolo de Abordagem no Trauma (Anexo VI)

REAVLIAÇÃO:

- A- Via aérea patente;
- B- FR= 38 cpm; Extremidades pálidas, tiragem supra-clavicular e intercostal; SatO₂= 91% (15L/min);
- C- PA= 97/74 mmHg; pulso radial palpável, rítmico e pouco amplo; FC= 93 bpm;
- D- Glasgow = 10 (O- 3; V- 2; M-5), prostrado, pouco colaborante;
- E- Palidez cutânea.

ACTUAÇÃO

- Transporte para o S.U. do CHAM.

TRIAGEM DE MANCHESTER

- Vermelho.

8h – 20h

1) 10h32 - Sexo feminino, 54 anos.

ACTIVAÇÃO

- Queda da própria altura

LOCAL

- Domicílio
- Doente sentada no chão, CCO T/E, refere dor MSD e na bacia.
- Preocupada/ansiosa com o seu estado.

ANTECEDENTES

- Asma
- Osteoporose
- Sem outros antecedentes relevantes.

AVALIAÇÃO

- A- Via aérea patente;
- B- FR= 18 cpm; Sem SDR; SatO₂= 100% (ar ambiente);
- C- PA= 152/99 mmHg; pulso radial palpável; FC= 120;
- D- Glasgow = 15 (O-3; V-6; M-6); pupilas isocóricas;
- E- Sem alterações.

ACTUAÇÃO

- Imobilização em maca de vácuo (Anexo VI)
- Transporte para o S.U. do Hospital São João.

TRIAGEM

- Amarelo

2) **14h15** - Sexo feminino, 57 anos

▶ **ACTIVAÇÃO**

- Taquicardia.
- Dispneia

▶ **LOCAL**

- Café perto do domicílio da vítima.
- Vítima com queixa de agravamento súbito da dispneia.

▶ **ANTECEDENTES**

- Insuficiência Respiratória Crónica tipo 2 (Oxigenioterapia no domicílio);

▶ **AVALIAÇÃO**

- A- Via aérea patente;
- B- FR= 28 cpm; SDR (com tiragem supra clavicular e intercostal, adejo nasal), SatO₂= 87% (6L/min); AP: Diminuição global do MV, roncosp audíveis em todos os campos pulmonares e crepitações marcadas nas bases, bilateralmente;
- C- PA= 156/88 mmHg; pulso radial palpável, rítmico e regular; FC= 155 bpm; AC: S1 e S2 hipofonéticos, sem sopros.
- D- Glasgow = 15 (O-4; V-5; M-6); agitação psicomotora; pupilas isocóricas; PC sem alterações;
- E- T auricular 39,8°C.

▶ **ATUAÇÃO**

- Introdução cateter endovenoso periférico;
- Administração de Paracetamol EV;
- Nebulização com Salbutamol (baixa dose), Brometo de Ipratrópio e O₂ a 5L/min.

▶ **REAVLIAÇÃO**

- FC= 124 bpm
- PA= 142/80 mmHg
- FR= 24 cpm
- SatO₂= 92%

▶ **ATUAÇÃO**

- Transporte para o S.U. do Hospital São João.

▶ **TRIAGEM MANCHESTER**

- Laranja e activação Via Verde Sepsis (Anexo V).

3) 17h25 - Sexo masculino, 63 anos.

ACTIVAÇÃO

- Alteração do estado de consciência
- Desvio da comissura labial para o lado esquerdo
- Hemiparesia do mesmo lado.

LOCAL

- Domicílio.
- Familiares referem que durante o pequeno-almoço, notaram o desvio do lábio para o lado esquerdo da vítima. Esta começou por ficar desorientada no tempo e no espaço e com dificuldade de comunicação (Disartria) e sem conseguir movimentar o lado direito do corpo.
- À chegada a vítima apresenta-se já recuperada, estando vígil e ligeiramente desorientada, negando dor torácica, dispneia, vômitos, sudorese.
- Refere cefaleia holocraniana, e hemiparesia.
- Apresenta ainda o desvio da comissura labial para o lado esquerdo.

ANTECEDENTES

- HTA
- DM tipo 2
- Cardiopatia isquémica com EAM há 4 anos.

AVALIAÇÃO

- A- Via aérea patente;
- B- FR= 15 cpm; sem SDR; SatO₂= 98% (aa); AP: MV presente, sem ruídos adventícios;
- C- PA= 132/60 mmHg; pulso radial palpável rítmico; FC= 51bpm (bradicardia relativa); AC: S1+S2 presentes, sem sopros. Sem alterações;
- D- Glasgow = 15 (O-4; V-5; M-6); colaborante; PC sem alterações;
- E- Sem alterações.

ACTUAÇÃO

- Transporte para o S.U. do HSJ, com via verde de AVC (Anexo V).

Estágio CODU – Delegação Norte (25/01/2012)

8h-14h

Estágio muito idêntico ao realizado anteriormente. Inicialmente foi acompanhado o atendimento de chamadas encaminhadas para o CODU. Numa segunda fase, observou-se a triagem, selecção e accionamento dos meios INEM mais adequados, de acordo com a sua disponibilidade, após aprovação por parte do médico regulador. Nesta fase constatou-se também o apoio às equipas que estão em acção. Numa última fase, assistiu-se à orientação da recepção hospitalar dos doentes de acordo com critérios clínicos e de disponibilidade das unidades de saúde.

Estágio VMER – HSA Porto 1 (02/03/2012)

8h-20h

1) 8h30 - Sexo masculino, 23 anos.

▶ **ACTIVAÇÃO**

- Ingestão medicamentosa. Intoxicação por medicamentos.

▶ **LOCAL**

- Domicílio.
- À chegada da VMER, CCO T/E, agitado, apresenta cefaleias holocranianas e voz arrastada.
- Relata ingestão de 7 comprimidos de Artam (quando o habitual são 2), por indicação “de vozes que mandam no seu corpo”.

▶ **ANTECEDENTES**

- Internamento no HML há 4 anos por síndrome depressivo.
- Suspeita de esquizofrenia.

▶ **AVALIAÇÃO**

- A- Via área patente;
- B- FR= 19; SpO2 = 99% aa;
- C- FC=92 bpm; TA= 130/85
- D- Glasgow 15; pupilas anisócoricas. Sem sintomas focais na altura.
- Glicemia 93 (em jejum).

▶ **ACTUAÇÃO**

- AC e AP
- Transporte para o HSJ, notificada a Psiquiatria.

2) 12h28 - Sexo feminino, 44 anos.

ACTIVAÇÃO

- Síncope.

LOCAL

- Empresa, local de trabalho da vítima.
- À nossa chegada, apresenta –se CO T/E, pouco colaborante e humor deprimido.
- Colegas de trabalho relatam desmaio súbito quando se levantou da secretária.
- Vítima refere mau estar geral desde manhã cedo, com cefaleia, de dor 7/10 e associada a vômitos e náuseas.

ANTECEDENTES

- HTA
- Enxaquecas.

AVALIAÇÃO

- A- Via aérea patente;
- B- FR= 15cpm, SatO₂ = 100% (10L/min), sem SDR.
- C- PA= 160/110 mmHg; Pulso periférico amplo, acelerado e rítmico; FC= 122 bpm.
- D- Glasgow = 15 (O-4; V-5; M-6), Pupilas isocóricas;
- E- T axilar= 37,8° C, pele visivelmente desidratada;
- Glicemia capilar= 131 mg/dL.

ACTUAÇÃO

- Administração de metoclopramida PO.
- Transporte para o HSJ.

TRIAGEM DE MANCHESTER

- Laranja.

4) **17h46** - Sexo feminino, 77 anos.

ACTIVAÇÃO

- Suspeita de Enfarte Agudo do Miocárdio.

LOCAL

- USF Lordelo do D'Ouro.
- Vítima ter-se-á dirigido ao Serviço de Atendimento Permanente do Centro de Saúde, por uma dor précordial com irradiação para o braço esquerdo, intensidade 8/10, com duração superior a 30 min.
- Foi realizado tratamento sintomático com Paracetamol EV, Nitrato sublingual, administração de O2 por máscara facial (5L/min) sem melhoria da sintomatologia.

ANTECEDENTES

- DM tipo 2
- HTA
- Hipercolesterolemia
- *Medicação habitual*: Sinvastatina; Risidon®; Ramipril.

AVALIAÇÃO

- A- Via aérea patente;
- B- FC= 21 cpm; SatO2= 97% (5 L/min); Sem SDR; AP: MV presente em todos os campos pulmonares, sem ruídos adventícios;
- C- FC= 114 bpm, PA= 149/95 mmHg;
- D- Glasgow =15 (O-4; V-5; M-6), pupilas isocóricas, sem alterações dos PC, sem sinais focais;
- E- S/A.
- Glicemia capilar = 185 mg/dL.

ACTUAÇÃO

- Transporte para o S.U. do Hospital Geral de Santo António com acompanhamento médico.
- Activação da VV EAM (Anexo V)

TRIAGEM DE MANCHESTER

- Laranja.

DISCUSSÃO

O presente estágio possuiu uma carga horária total de 90 horas extra-curriculares, realizadas entre Novembro de 2011 e Março de 2012, distribuídas pelos meios SBV, SIV, VMER e CODU da Delegação Norte do INEM (Tabela 1).

As actividades desenvolvidas e o parecer dos profissionais sobre a frequência no estágio foram devidamente registadas nas Fichas de Realização de Estágio em Meio INEM apresentadas em anexo (Anexo I), bem como os Certificados de Estágios (Anexo II) e de Ética (Anexo III). A selecção dos meios baseou-se na proximidade geográfica, diferenciação regional (interior e litoral) e no volume de activações.

Meio	Data	Local	Turno	Carga horária total	Nº de Activações	Doença	Trauma	Abortadas
SBV	26/11/11	HSJ	6h	30h.	2	1	1	0
	28/11/11		6h		3	1	2	0
	07/12/11		6h		3	2	1	0
	21/01/12		12h		3	2	1	0
SIV	10/12/11	Ponte de Lima	12h	24h	0	0	0	0
	07/01/12		12h		3	2	1	0
VMER	19/11/11	CHAM	6h	24h	1	0	1	0
	12/12/11	HGSA	6h		1	1	0	0
	02/03/12	HGSA	12h		3	3	0	0
CODU	12/12/11	Delegação Norte do INEM	6h	12h				
	25/01/12		6h					
TOTAL				90h	19	12	7	0

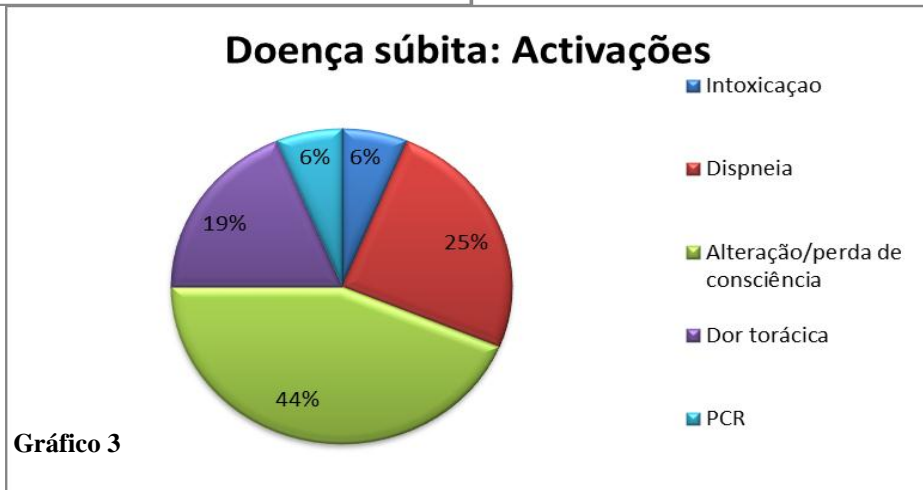
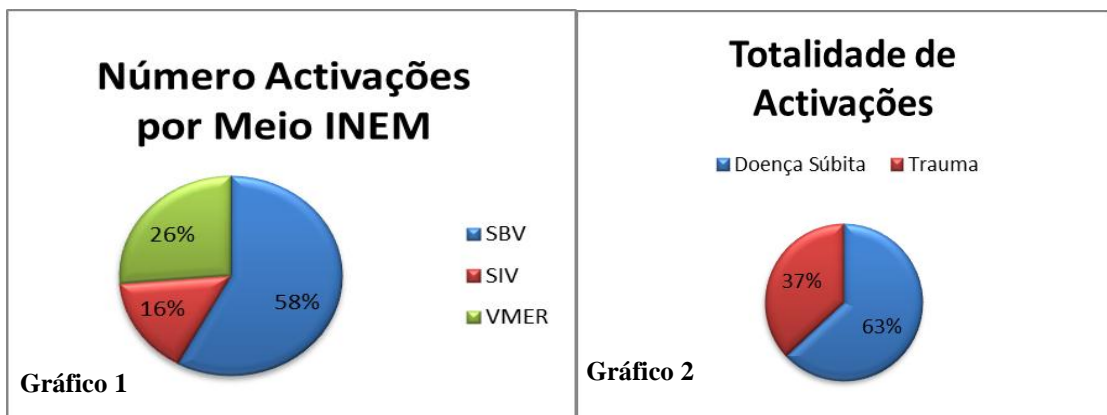
Tabela 2 - Estágios realizados

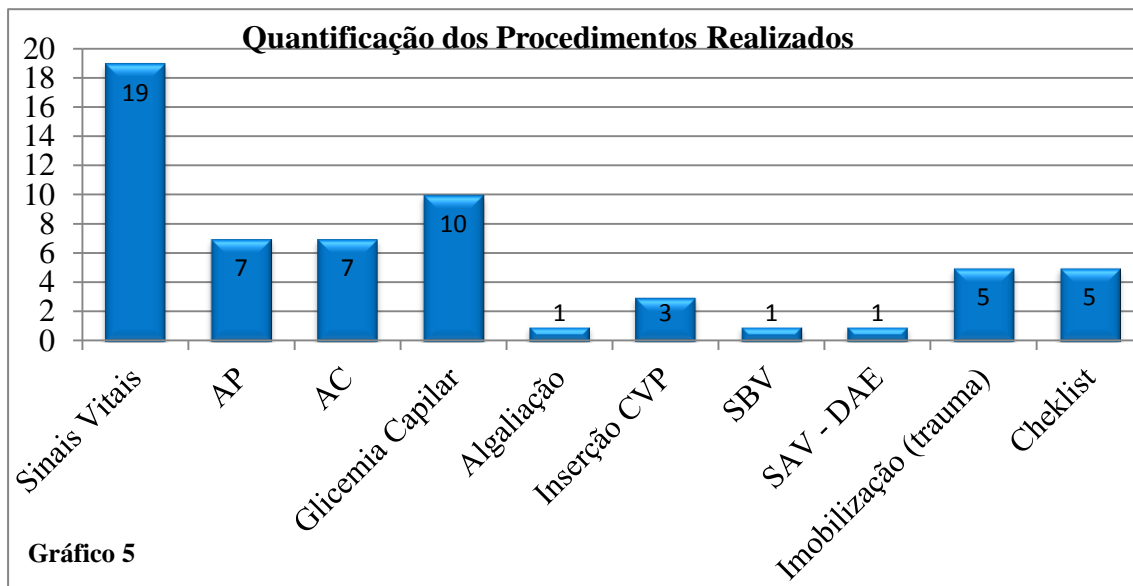
De acordo com o relato das activações dos casos observados, pelos gráficos abaixo podemos constatar um maior número de activações por doença súbita (Gráfico 2, 63%) do que por trauma. O meio com mais activações foi a ambulância SBV (Gráfico 1, com 58% do total de activações), e também o com o maior número de horas frequentadas. Dentro da doença súbita, temos como activação mais frequente a alteração/perda da consciência em 44% dos casos (Gráfico 3), enquanto em activações por trauma mais de metade foram motivadas por queda (Gráfico 4, 57%).

Durante os estágios foi ainda possível a realização de diversos procedimentos, como se especifica no gráfico 5:

- Sinais Vitais
- Auscultação Pulmonar (AP) / Auscultação Cardíaca (AC)

- Medição da Glicemia Capilar
- Algaliação
- Inserção de cateter venoso periférico (CVP)
- Realização de manobras de Suporte Básico de Vida
- Realização de manobras de Suporte Avançado de Vida
- Utilização do Desfibrilador Automático Externo
- Imobilização da Vítima de Trauma (colocação de tala)
- Cheklist (Ambulância SIV, SBV e carro VMER)





Durante a realização deste estágio foram identificadas as principais situações de emergência do foro médico e traumatológico, como se pode ver pelos gráficos 2 e 3, ao longo das 19 activações presenciadas. Estes resultados são meramente circunstanciais e tendo em conta o reduzido tamanho da amostra, não devem ser comparados a estatísticas globais.

Em qualquer área da Medicina o trabalho em equipa é fulcral para alcançar o sucesso, contudo na emergência médica pré-hospitalar, este adquire ainda maior relevância. Nas 19 activações praticadas, houve uma integração em diferentes equipas e foi visível o espírito de entreajuda entre os seus diferentes elementos e a enorme responsabilidade associada ao Team Leader. Durante este estágio foi assim, adquirida uma maior capacidade de liderança e gestão, em situações de pressão e ansiedade próprias da abordagem do doente muito grave e emergente.

Pode mencionar-se, como a situação mais marcante em termos pessoais, os casos de PCR e óbito da vítima presenciados. Durante a reanimação os familiares devem ser informados da evolução da situação de forma clara, evitando termos vagos, uma vez que perante factos concretos e uma explicação adequada a maioria dos indivíduos lida mais facilmente com o processo da morte. É da responsabilidade do Team Leader a decisão final de parar, o que obriga a um julgamento clínico, usualmente discutido com todos os membros da equipa, e à cuidadosa avaliação da probabilidade de RCE. Esta situação de emergência com a agravante da elevada carga emocional associada, demonstrou mais do que qualquer outra, claramente a importância do trabalho de equipa e da responsabilidade do Team Leader em garantir os requisitos de segurança,

tanto em relação à vítima como em relação à equipa de reanimação ou de outras pessoas presentes.

A notificação da morte é um momento particularmente complexo e penoso para os familiares, pelo que é muito importante a forma como é dada a notícia. Habitualmente também é um momento complicado e árduo para os elementos da equipa envolvidos, pelo que é de extrema importância a capacidade de comunicação e preparação do elemento a dar a notícia para lidar com a reacção de perda dos familiares. A RCP não deve sequer ser iniciada quando, na opinião do médico em causa, esse procedimento se revelar inútil. Nenhum médico está ética ou legalmente obrigado a proceder a um tratamento específico, mesmo que expressamente pedido pelo doente, se esse procedimento se evidenciar fútil. Por outro lado subsiste o direito primário do doente esclarecido poder recusar qualquer tratamento médico, mesmo quando tal atitude resulta num agravamento do seu estado ou mesmo a morte. Consequentemente, um doente pode expressar antecipadamente esta sua opção, sendo em última instância, a sua autonomia relativamente à DNR, sempre que possível, preservada.

Com este exemplo, torna-se fundamental reconhecer as vítimas em risco de PCR, bem como actuar de imediato. Cerca de 2/3 das mortes por DCV ocorrem fora do ambiente hospitalar e apesar do desenvolvimento nos últimos anos na área da formação humana (criação de sistemas organizados de emergência médica) e tecnológica ainda morrem anualmente em todo o mundo milhões de pessoas por ausência, atraso ou insucesso das manobras de SBV. A probabilidade de sobrevivência e recuperação da vítima variam em função do tempo de intervenção e da capacidade de quem presencia o acontecimento (saber quando e como pedir ajuda, realizar SBV). Se a falência circulatória durar mais de 3 - 4 minutos surgem lesões cerebrais, que poderão ser irreversíveis, pelo que cada minuto de atraso no início de SBV reduz exponencialmente as hipóteses de sucesso.

A chegada de um meio de socorro ao local, ainda que muito rápida pode demorar em média 6 minutos, tempo esse onde as hipóteses de sobrevivência da vítima terão caído de 98% para 11%. A eficácia da desfibrilhação eléctrica decresce em cerca de 10 % por cada minuto que passa. Iniciar de imediato as manobras de SBV e desfibrilhar até 3 a 5 minutos após a PCR pode aumentar a sobrevivência até 75%. Por esse motivo, faria todo o sentido que a aprendizagem de SBV e manobras de primeiros socorros fossem um dever cívico para todos os cidadãos, devendo ser implementadas nas escolas desde cedo. Efectivamente, certas atitudes alteram os resultados no socorro às vítimas em PCR. Estas condutas surgem encadeadas e constituem uma sucessão de

atitudes onde cada procedimento se articula com o seguinte - conceito de Cadeia de Sobrevivência (Anexo IV).

O estágio em Emergência Médica apresentou-se como uma oportunidade única, durante o curso, para adquirir algumas competências na área, essencial à formação de qualquer médico, independentemente da sua especialidade. A realização deste estágio possibilitou um conhecimento mais profundo da realidade da Emergência Pré-Hospitalar em Portugal, o seu funcionamento e as competências e âmbito de actuação de cada meio frequentado, com as suas diferenças logísticas e humanas.

De uma forma global, o funcionamento do INEM consegue responder de forma favorável às necessidades portuguesas. A existência do NEE, através do qual rapidamente se pode pedir auxílio, seja ele médico ou policial, com a coordenação do SIEM oferece uma segurança incomensurável à população. O saber que um auxílio diferenciado, pautado pelo profissionalismo e com recurso aos mais avançados meios de primeiros socorros está à distância de um telefonema é tranquilizador. De facto, percebe-se o alívio dos indivíduos ao avistar o azul e amarelo do INEM e que quanto mais rápido for a sua presença, melhor. Contudo, muitas vezes quem marca “112” não tem a noção de uma real emergência e é perdido tempo precioso para quem realmente precisa, além dos custos económicos e logísticos associados. Por outro lado, as questões colocadas pelo CODU são muitas vezes demasiado exaustivas e nem sempre têm em atenção o contexto sociocultural. Seria benéfico estipular o uso de vocabulário o mais simples possível, bem como encontrar uma forma de triagem mais rápida pois cada minuto conta. Poder-se-iam elaborar protocolos onde estivesse claramente estabelecido que meio accionar consoante cada situação, com questões objectivas. Ainda relativamente ao CODU, a implementação deste a nível nacional, como já referido anteriormente, permitiu a diminuição do tempo de espera das chamadas (13 para 7 segundos), todavia criaram-se complicações logísticas que antes não aconteciam. Durante este estágio foi possível constatar isso mesmo, numa activação na SIV de Ponte de Lima quando a SIV de Paredes de Coura seria a mais próxima. Muitos outros casos ocorrem, uma vez que nem sempre é possível rastrear a chamada ou em obter uma morada completa, se o funcionário do CODU a atender a chamada não conhecer minimamente o local e as suas características (nem sempre o mais perto é o mais rápido) perdem-se minutos preciosos. Propunha que, mantendo o CODU a nível nacional, os funcionários tivessem uma formação específica acerca do território português, com actualizações frequentes sobre o estado das estradas bem como sobre logística material e humana. Aqui seria requerido provavelmente uma interacção ao nível das câmaras municipais, por exemplo.

Numa população envelhecida e cada vez mais só, seria importante a implementação de uma forma mais acessível de accionamento do INEM para pessoas incapacitadas que vivam sós. Numa utopia seria possível realizar a monitorização destas pessoas, por forma a uma activação “automática” do INEM. Mas para isso seria necessário um investimento público demasiado pesado. No fundo, o mais importante será a formação da população, quer em primeiros socorros e SBV, como também em como pedir ajuda, aprender a identificar as situações de real emergência e a responder de forma clara e objectiva ao que lhe é perguntado. Isto consegue-se através da formação cívica e pela educação desde tenra idade, implementando nas escolas programas de SBV, dicas para manter a calma em situações de stress e os protocolos mais básicos.

A abordagem da vítima de doença súbita ou trauma é transversal a todos os meios frequentados, assentando na identificação de condições/lesões potencialmente fatais e numa avaliação inicial da vítima pelo sistema ABCDE. Segundo o Relatório de Actividades do INEM de 2011, foram recebidas durante o ano de 2011, 1.363.129 chamadas de Emergência, o que representa uma média diária de 3.734 chamadas. O papel de cada meio INEM está perfeitamente delimitado e no decorrer dos estágios, foi perceptível esta articulação entre os diferentes meios, nomeadamente entre as Ambulâncias SBV e SIV e a VMER, com a coordenação do CODU.

Considera-se o estágio no CODU essencial, pois possibilita o contacto com as chamadas de auxílio em tempo real, e evidencia a necessidade da correcta triagem e colheita dos elementos mais significativos da situação. Permitiu ainda apreender o criterioso sistema de accionamento dos diferentes meios, em função da gravidade da situação clínica e localização geográfica do evento, sendo um pré-requisito elementar para rentabilizar os recursos humanos e financeiros disponíveis. Apesar disso, no âmbito dos objectivos propostos para este estágio, um turno de 6h seria suficiente, podendo aplicar as 6h restantes num turno VMER, por exemplo. Ainda no CODU, constatou-se também o desconhecimento da verdadeira aplicação do número de emergência e uma recorrente falta de formação cívica, pelo que urge uma mudança de mentalidade e atitudes, estimulada com sessões de esclarecimento e informação ao cidadão.

Nos estágios da VMER foi possível situar o papel do médico na abordagem e tratamento do doente emergente, reconhecendo o seu papel fundamental na liderança das equipas que prestam cuidados a esse tipo de doentes. Tratou-se de um dos estágios mais importantes para uma formação académica em Medicina, pelo que a possibilidade de realizar mais horas neste meio, no âmbito deste tipo de estágio, deveria ser considerada pelo INEM.

Foi ainda possível verificar a organização do SIEM, destacada sobretudo no caso do óbito à chegada, com uma possível suspeita de homicídio. Constatou-se o seu peso a nível funcional da emergência médica pré-hospitalar e a existência de uma relação interpessoal e organizada de competências entre os vários elementos de uma ou várias equipas (Polícia, Bombeiros e INEM), cuja cooperação é extremamente importante para um socorro à vítima seguro e eficiente.

É de referir que alguns dos estágios realizados, particularmente na SIV de Ponte de Lima e VMER (CHAM, CHP), não corresponderam às expectativas, sendo menos produtivos (por mera questão aleatória), uma vez que apresentaram uma actividade média por turno relativamente baixa, quando comparada com o que se esperava e com os estágios realizados na SBV. Infelizmente as tentativas de realizar novos estágios noutros locais foram infrutíferas devido ao elevado número de formandos existentes.

Além dos conhecimentos adquiridos na área de emergência pré-hospitalar, este estágio gerou uma maior consciência social ao observar condições habitacionais muito deterioradas em que se encontravam muitas das vítimas e que, por certo, contribuíram para o agravamento do seu estado clínico. O impacto social foi mais patente no estágio efectuado na ambulância SIV de Ponte de Lima, que possibilitou um contacto mais próximo com uma realidade fora dos grandes centros urbanos, e permitiu uma compreensão mais concreta das várias realidades de actuação dos meios INEM. Ao longo de todo o estágio, a responsabilidade e a ética profissional estiveram sempre presentes. Tratou-se de um estágio observacional, pelo que o respeito pelas medidas de segurança e o profissionalismo eram obrigatórios.

Por um acaso afortunado, foi presenciada a activação de Vias Verdes (Anexo V), nomeadamente com 2 casos de AVC, 1 caso de Sépsis e 1 suspeita de EAM. A redução do tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento constitui um objectivo prioritário em todos os programas de prevenção. As Vias Verdes (VV) são essenciais não só para melhorar as acessibilidades como para permitir os tratamentos mais eficazes, dado que o factor tempo, entre o início de sintomas e o diagnóstico/tratamento é, nestes casos, fundamental para a redução de mortalidade. Durante o ano de 2011, o INEM deu continuidade à sua participação crescente na orientação adequada destes doentes tendo registado, uma média, 250 ocorrências da Via Verde do AVC por mês (Ilustração 6)

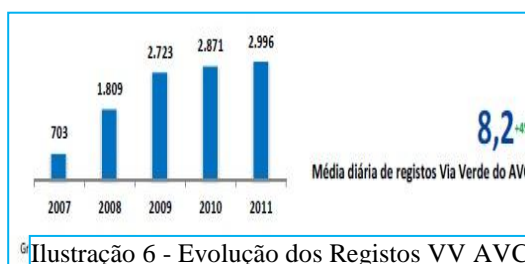


Ilustração 6 - Evolução dos Registos VV AVC

CONCLUSÃO

“Os homens receiam a morte tal como as crianças receiam o escuro...”

Francis Bacon

Globalmente os objectivos propostos foram alcançados devendo apenas mencionar que o sucesso da formação depende igualmente da quantidade de activações em que o estagiário pode participar. A segurança proporcionada à população pela existência de um número de emergência e de uma entidade como o INEM é perceptível e foi bastante clara ao longo deste estágio.

A elaboração de protocolos de actuação representa um marco importante no sentido de promover a qualidade de desempenho, padrões de referência e critérios objectivos para o equipamento e procedimentos preconizados em situações específicas. Sempre que possível, foram incorporados conceitos e normas internacionais, a fim de adoptar uma postura de mérito reconhecido. Tem-se como tempo ideal de actuação da equipa pré-hospitalar no local cerca de 10 minutos, o que implica que a avaliação e a abordagem das vítimas de trauma sejam rápidas e eficientes. Em suma, a abordagem da vítima em ambiente pré-hospitalar visa a identificação precoce de situações potencialmente fatais, a ressuscitação e estabilização da vítima (quando possível), bem como o seu rápido transporte para o Hospital.

O bom funcionamento desta cadeia de sobrevivência permite salvar vidas em risco, possuindo todos os elos da cadeia importância equivalente. A cadeia de sobrevivência tem apenas a força que tiver o seu elo mais fraco, sendo o espírito de equipa e a interacção entre os diversos profissionais de saúde essencial para o sucesso do socorro. De referir a importância de uma formação específica acerca do território nacional aos colaboradores do CODU, dado actualmente as chamadas serem atendidas a nível nacional.

A implementação das vias verdes é sem dúvida um sistema fundamental que veio permitir um acesso rápido do doente aos cuidados necessários para reduzir a mortalidade, morbilidade e sequelas. Para isso é importante que se sensibilize a população, promovendo campanhas de esclarecimentos de forma continuada permitindo assim reconhecer os sinais de alerta e ligar para o 112, iniciando assim uma cadeia de procedimentos que pode salvar vidas ou minorar as consequências de um evento. A formação da população geral é um dos pilares para o bom funcionamento do INEM pelo que a aprendizagem de SBV por todos os cidadãos deveria ser encarado como um dever cívico.

Este estágio foi extremamente positivo tanto a nível profissional como a nível pessoal. Academicamente foi muito relevante pois possibilitou a aquisição de conhecimentos numa área

da medicina que me suscita particular interesse e creio estar assaz motivada para um futuro profissional marcado pela Medicina Pré-Hospitalar. Tratou-se, sem dúvida, de uma experiência enriquecedora, onde o trabalho coordenado entre os diversos profissionais de saúde é um dos pilares fundamentais na prestação de bons cuidados de saúde. Atento ainda que os conhecimentos adquiridos deveriam ser implementados com carácter obrigatório para todos os estudantes de medicina, devido à sua relevância clínica e aplicabilidade prática.

BIBLIOGRAFIA

Aaron E Bair Ron M Walls, Jonathan Grayzel Advanced emergency airway management in adults [Journal]. - 2012.

AB. Wilmink [et al.] Vehicle entrapment rescue and pre-hospital trauma care [Journal]. - Helicopter Emergency Medical Service, Royal London Hospital, UK : [s.n.], 2010.

Care American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Adult Basic Life Support [Article]. - [s.l.] : ©American Heart Association, Inc., 2010.

Cunningham LM Mattu A, O'Connor RE, Brady WJ Cardiopulmonary resuscitation for cardiac arrest: the importance of uninterrupted chest compressions in cardiac arrest resuscitation [Journal]. - University of Virginia, Charlottesville, USA : Department of Emergency Medicine, 2008.

Gold Laura S. [et al.] Automated external defibrillators [Book]. - 2011.

Graham CA Beard D, Oglesby AJ, Thakore SB, Beale JP, Brittliff J. Rapid sequence intubation in Scottish urban emergency departments [Journal]. - Scotland : [s.n.], 2011.

Hussain L Redmond A. Are pre-hospital deaths from accidental injury preventable? [Journal]. - [s.l.] : BMJ, 1994.

INEM Relatório de Atividades e Contas [Report]. - 2011.

J. McGill Airway management in trauma: An update. Emerg Med Clin N Am [Book]. - University of New Mexico, Albuquerque : Department of Emergency Medicine, 2007.

Lippert Freddy K., Nielson Anne M. and Rasmussen Lars S. Advanced Cardiac Life Support: What's New, What's Old? [Journal]. - Copenhaga : [s.n.], 2011. - Department of Anaesthesia, Center of Head and Orthopaedics.

M. Sasada, K. Williamson and D. Gabbott The golden hour and pre-hospital trauma care. [Journal]. - 2011.

management Ollerton JE. NSW Institute of trauma and injury Adult trauma clinical practice guidelines: Emergency airway management in the trauma patients [Journal]. - North Ryde: NSW : [s.n.], 2007.

Médica Instituto Nacional de Emergência Manual de SAV VMER [Book]. - 2011.

Médica Instituto Nacional de Emergência Abordagem do trauma [Book].

Médica Instituto Nacional de Emergência Abordagem do trauma [Book]. - 2010.

Médica Instituto Nacional de Emergência Manual Modulo de Extracção de Vítimas Encarceradas [Book]. - 2011.

Médica Instituto Nacional de Emergência Manual VMER Tomo I e Tomo II [Book]. - 2011.

Médica Instituto Nacional de Emergência Relatório de Atividades [Report]. - 2011.

Médica Instituto Nacional de Emergência Técnicas de Extracção e Imobilização da Vítima [Book]. - 2009.

Médica Instituto Nacional de Emergência Transporte de doentes críticos [Book]. - 2009.

Medical Emergency Medicine and Emergency Basic life support and automated external defibrillator skills among ambulance personnel: a manikin study performed in a rural low-volume ambulance setting [Book]. - Denmark : [s.n.], 2010.

MF. Rotondo, McGonigal Schwab. and Kauder Hanson Urgent paralysis and intubation of trauma patients: Is it safe? [Journal]. - 1993.

Møller Nielsen A Isbye DL, Lippert FK, Rasmussen LS, Basic life support and automated external defibrillator skills among ambulance personnel: a manikin study performed in a rural low-volume ambulance setting. [Journal]. - 2011.

Pozner Charles N Improving teamwork and communication in trauma care through in situ simulations [Journal]. - 2010.

Pozner Charles N. [et al.] Basic life support (BLS) in adults [Journal]. - 2011. .

Pozner Charles N. Advanced cardiac life support (ACLS) in adults [Journal]. - Out 19, 2011.

RM. Walls Airway management in the blunt trauma patient: How important is the cervical spine? [Journal]. - [s.l.] : [PubMed], 1992.

Trauma American College of Surgeons Committee on Advanced trauma life support for doctors. Student course manual. [Book Section]. - Chicago : 8th ed, 2008. - Vols. Airway and ventilatory management; pp. 28–42..

ANEXOS

Anexo I – Fichas de Realização de Estágio



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOANA RIBEIRA MARTINS DA TORRE - 6º ANO MEDICINA

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 26 / 11 / 17 Turno: Manhã Tarde Meio: 320 Conto 2

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

Assinaturas: O Estagiário: Joana Ribeira Martins da Torre [assinatura]
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo: [assinatura]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Estágio no turno da tarde (14-20h) que superou as minhas expectativas sobretudo pela parte social. Tivemos uma activação num local de idosos e outra (trauma) de um adolescente, 16 anos, institucionalizado. Neste dia também tive oportunidade de realizar simulação vitais e pesquisa de glicemia capilar.

7

- Participou activamente e de forma interessada em actividades
- Demonstrou interesse constante e atenção ao paciente e vitais e outras situações relacionadas com a activação

7



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOANA ELISA MARTINS DA TORRE 6º ANO - MEDICINA

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 28 / 11 / 11 Turno: Manhã Tarde Meio: SBV Porto 2

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

Assinaturas: O Estagiário: Joana Elisa Martins da Torre
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo: Manuel Aires

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

~~Depois de~~
Turno de 6h na SBV do HSJ, apesar de já ter cumprido as 12h neste meio, como foi onde tive mais activação - 3 mais este turno.

- Participo activamente e de forma interessada em actividades



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOANA ELISA MARTINS DA TORRE 6º ANO - MEDICINA

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 28 / 11 / 11

Turno: Manhã Tarde

Meio: SBV Porto 2

Nº DE ACTIVACÕES: 2

Doença Súbita: 1

Trauma: 2

Outras: -

Abortadas: -

Assinaturas: O Estagiário

Joana Elisa Martins da Torre

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Ramuel Aires

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

~~Depois de~~
Turno de 6h na SBV do HSJ, apesar de já ter cumprido as 12h neste meio, como foi onde tive mais activação - 3 mais este turno.

- Participo activamente e de forma interessada em actividades



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JORDA ELISA MARTINS DA TORRE - 6º MEDICINA

OBJECTIVOS: _____

Coordenador do Estágio: _____

Data: 07/12/2011 Turno: Manhã Tarde Meio: SBU Posto 2

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

Assinaturas: O Estagiário Jorda Elisa Martins da Torre

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Manoel Aires - TELMO ARIAS

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Estágio de 8h (14-20h) que se pôs
longou até às 22h, devido às
últimas 2 activações. Foi um dos
dias mais interessantes onde
tive a oportunidade de ver
Patologias diferentes e mesmo
até realizar SBV, sinais vitais
e medição da glicemia capilar.
Costaria que todos os dias
fossem assim!

- Praticou de forma activa umas activa-
ções
- Destacou interesse a RCP
- Ajudou nas tarefas e avaliação de sinais
vitais



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOANA ELISA MARTINS DA TORRE - 6º ANO MEDICINA

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 10/12/11 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV - Ponte Lima

Nº DE ACTIVAÇÕES: 0 Doença Súbita: - Trauma: - Outras: - Abortadas: -

Assinaturas: O Estagiário Joana Elisa Martins da Torre

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Ricardo António da Silva Cardoso

OBSERVAÇÕES

~~Depois do estágio~~
→ Fluiu bom ambiente com a equipa
→ Estágio de 12h (8-20h) que não corresponde em nada as minhas expectativas uma vez que não houve nenhuma activação. Espero na próxima vez ter mais sorte.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO
→ Estabelecer relação empírica com a equipa SIV.
- Colocar perguntas pertinentes e manifestou interesse.



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: JOANA EUSA MARTINS DA TORRE - 6º ANO MEDICINA

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 12/12/11 Turno: Manhã Tarde CODU: Noite - Pronto

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

Assinaturas: O Estagiário: Joana Eusa Martins da Torre
O Médico Regulador: Joana Eusa

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO REGULADOR

Sistema muito bem articulado, fiquei surpreendida com o seu funcionamento, pois não tinha qualquer noção de como seria. Experiência bastante enriquecedora, mas muito teórica, profiro estágios na UMER ou SBV. Ambiente agradável e cooperante.

A Joana mostrou-me sempre interesse e proatividade no dinamismo de sempre do CODU, participando dinamicamente como operadores e metades

Joana E.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOANA ELISA MARTINS DA TORRE - 6º ANO MEDICINA

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 12/12/11 Turno: Manhã Tarde Meio: VHER - HGSA

Nº DE ACTIVAÇÕES: 1 Doença Súbita: 1 Trauma: - Outras: - Abortadas: -

Assinaturas: O Estagiário

Joana Elisa Martins da Torre JET

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Luís Narciso

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Realização do estágio na VHER do HGSA durante o turno da manhã (8h-14h). Muito bom ambiente que correspondeu às minhas expectativas. Gostaria de ter mais ativasões, uma vez que durante toda a manhã apenas tivemos 1 chamada sendo um cadáver no local. (Rigor mortis pelo que não foi realizado SBV).

- Participou activamente durante a tarde, tendo demonstrado interesse.

- Bom estágio.

Luís Narciso



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOANA ELISA MARTINS DA TORRE - 6.º ANO MEDICINA

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 19/11/2016

Turno: Manhã Tarde

Meio: UMER Viana Castelo

Nº DE ACTIVAÇÕES: 1

Doença Súbita:

Trauma: 1

Outras: 0

Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário

Joana Elisa Martins da Torre

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Pedro Marques

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PsicÓLOGO

Estágio de 6h (14h-20h). Fiquei um pouco desiludido pois houve apenas 1 activação (pequeno trauma) e como foi o meu primeiro estágio esperava mais chamadas. Bom ambiente.

A Joana participou activamente na saúde pública nº 871562. Consta e visível a vítima acidentada na estrada de Viana do Castelo. Consta de os sinais de lesões. Participação positiva.



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOANA ELISA MARTINS DA TORRE

OBJECTIVOS: Relatório de estágio do Método Integrado em Medicina - TESE

Coordenador do Estágio: Dr. Luís Meira

Data: 07/01/2012 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV PT Umea

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

Assinaturas: O Estagiário

Joana Torre

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Sofia Leite

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Foi realizado o check-list da ambulância, no qual tive uma participação ativa. Nas três saídas (duas de manhã e 1 à tarde) foram realizadas diversas procedimentos como medida da glicemia capilar, ventilação assistida, entre outros. Além disso, o facto de se tratar de uma zona do interior, por vezes isolada e bastante envelhecida, permitiu-me uma maior visualização do impacto e importância dos meios de auxílio pré-hospitalar.

Joana Torre

A forma foi como alocar interessado. Colaborou nos trabalhos clínicos, check list, viagens interior da ambulância e da garagem. Durante as 2 saídas da manhã teve um bom contacto com as vítimas e familiares e questionou pertinentemente. Sofia Leite



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOANA ELISA MARTINS DA TORRE

OBJECTIVOS: Relatório de estágio do Método Integrado em Medicina - TESI

Coordenador do Estágio: Dr. Luís Meira

Data: 07/01/2012

Turno: Manhã Tarde

Meio: SIV PT Umea

Nº DE ACTIVACÕES: 3

Doença Súbita: 2

Trauma: 1

Outras: 0

Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário

Joana Torre

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Sofia Leite

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Foi realizado o check-list da ambulância, no qual tive uma participação ativa. Das três saídas (duas de manhã e 1 à tarde) foram realizadas diversas procedimentos como medida da glicemia capilar, ventilação assistida, entre outros. Além disso, o facto de se tratar de uma zona do interior, por vezes isolada e bastante envelhecida, permitiu-me uma maior visualização do impacto e importância dos meios de auxílio pré-hospitalar.

Joana Torre

A minha foi como a quem interessado. Colaborar nos trabalhos diários, check list, viagens interior da ambulância e da garagem. Durante as 2 saídas da manhã tive uma boa interacção com as vítimas e familiares e questionou pertinentemente. Sofia Leite



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOANA EUSA MARTINS DA TOMBE

OBJECTIVOS: Relatório de estágio do Mestrado Integrado em Medicina - TESE

Coordenador do Estágio: Dr. Luis Meira

Data: 21/10/12 **Turno:** Manhã Tarde **Meio:** SBV - Posto 2

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

Assinaturas: O Estagiário Joana Tome
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [Assinatura]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Numa das activações foi realizado SBV a um idoso em PCR, e no qual pude participar. Foi uma oportunidade grata, uma vez que ao longo do curso de Medicina, normalmente treinamos em simuladores sem nunca ter a possibilidade de contacto com a realidade. Na activação devido a um atropelamento pude verificar a importância e a delicadeza que é necessária nestes casos.

Joana Tome

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A Joana cumpriu os objectivos propostos, mantendo * interesse durante todas as actividades.

[Assinatura]



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: JOANA ELISA MARTINS DA TORRE

OBJECTIVOS: Relatório de estágio da tese do Mestrado Integrado em Medicina.

Coordenador do Estágio: DR. Luis Meira.

Data: 25/01/12

Turno: Manhã Tarde

CODU: Ponto

Nº DE ACTIVACÕES:

Doença Súbita:

Trauma:

Outras:

Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

O Médico Regulador

Joana Torre
[Signature]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO REGULADOR

O estágio no CODU revelou-se de extrema importância, uma vez que me permitiu realizar a enorme responsabilidade que é o encaminhamento das chamadas. O CODU é a base de toda a emergência pré-hospitalar e apesar de pessoalmente gostar mais de estagiar nos outros meios penso ser de extrema relevância a presença no CODU, pois se alguma falha pode colocar em causa todo o processo de ajuda consequente.

Joana Torre 7

Apartar trabalhar neste ambiente nas actividades e ser que participem. Revelouse sempre com muita iniciativa e revelando foi uma certa autonomia nos duas opiniões e decisões.

Foi empenhado, assíduo e pontual.

[Signature]



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOANA EUSA MARTINS DA TORRE

OBJECTIVOS: Estágio observacional no âmbito da tese de mestrado integrada do 1º ano de Medicina.

Coordenador do Estágio: Dr. Luis Reina

Data: 02/03/2012 Turno: Manhã Tarde Meio: VHER - Blo 2

Nº DE ACTIVACÕES: 3 Doença Súbita: 3 Trauma: - Outras: - Abortadas: -

Assinaturas: O Estagiário Joana Torre

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Luis Silva

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Durante este estágio foi-me possível verificar a importância da Via Verde do EAM. Foram realizadas ainda medições da glicemia capilar. Aprendi a importância do trabalho de equipa, sobretudo em situações de crise, como perante vítimas agitadas ou agressivas.

Joana Torre

Agradeço ao Dr. Luis Reina, médico supervisor, as orientações e o tempo dedicado durante o estágio.

Luis Silva



Instituto Nacional de Emergência Médica

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que JOANA ELISA MARTINS DA TORRE, portador do documento identificativo n.º 13233578, residente na Rua do Calvário, n.º 20, 4905-473 Barroelas, realizou os estágios de observação nos meios INEM, num total de 48 horas:

Datas / Turnos	Meio
26 Novembro de 2011 / Tarde 28 Novembro de 2011 / Manhã 07 Dezembro de 2011 / Tarde	Ambulância Suporte Básico de Vida
10 Dezembro de 2011 / Manhã 10 Dezembro de 2011 / Tarde	Ambulância Suporte Imediato de Vida
12 Dezembro de 2011 / Tarde	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
12 Dezembro de 2011 / Manhã 19 Novembro de 2011 / Tarde	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Porto, Centro de Formação do INEM, 22 de Dezembro de 2011

O Diretor da Delegação Regional do Porto





Instituto Nacional de Emergência Médica

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que JOANA ELISA MARTINS DA TORRE, portador do documento identificativo n.º 13233578, residente na Rua do Calvário, n.º 20, 4905-473 Barrocelas, realizou os estágios de observação nos meios INEM, num total de 42 horas:

Datas / Turnos	Meio
21 Janeiro de 2012 / Manhã 21 Janeiro de 2012 / Tarde	Ambulância Suporte Básico de Vida
07 Janeiro de 2012 / Manhã 07 Janeiro de 2012 / Tarde	Ambulância Suporte Imediato de Vida
25 Janeiro de 2012 / Manhã	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
02 Março de 2012 / Manhã 02 Março de 2012 / Tarde	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Porto, Centro de Formação do INEM, 19 de Abril de 2011

O Diretor da Delegação Regional do Porto


(Dr. Luís Meira)





Instituto Nacional de Emergência Médica
Delegação Regional do Porto

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que o I.N.E.M., não sendo uma entidade integrada no Serviço Nacional de Saúde, não tem Comissão de Ética que se possa pronunciar sobre o projecto de Tese do aluno:

Aluno: JOANA ELISA MARTINS DA TORRE

Título: Emergência Médica Pré-Hospitalar

Modalidade: Relatório de estágio

Orientador: Dr. Humberto Machado

Co-orientador: Dr. Luís Meira

Mais se declara que o aluno JOANA ELISA MARTINS DA TORRE, foi autorizado a realizar um estágio nos meios do I.N.E.M., tendo assinado um termo de responsabilidade que o vincula ao sigilo profissional e ao cumprimento das normas previstas no Regulamento de Estágios do I.N.E.M..

Entre outras, as referidas normas obrigam ao respeito pela “confidencialidade da informação obtida no decurso do estágio, nomeadamente de toda a informação de carácter clínico a que tiver acesso”.

Delegação Regional do Porto, 22 de Dezembro de 2011

O Director da Delegação Regional do Porto




(Dr. Luís Meira)

Causas de paragem cardio-respiratória

A PCR pode acontecer no contexto de obstrução primária da via aérea, de alterações respiratórias ou associada a patologia cardiovascular. Em contexto pré hospitalar a doença coronária é a mais frequente das causas de morte súbita. Por seu lado, em doentes hospitalizados a PCR é habitualmente secundária a outros problemas sendo, com frequência, antecedida de sinais de alarme nas horas precedentes (cerca de 80% dos casos).

Causas de paragem cardíaca primária:	
<ul style="list-style-type: none">• Isquémia;• Enfarte agudo do miocárdio (EAM);• Cardiopatia hipertensiva;• Valvulopatias;• Fármacos (ex: antiarrítmicos, antidepressivos tricíclicos, digitálicos);• Acidose;• Desequilíbrios electrolíticos;• Hipotermia;• Electrocussão.	

Tabela 1 -Causas de PCR

A mortalidade dos doentes pós-PCR é elevada, pelo que, os doentes em risco deveriam ser identificados para que fossem adoptadas medidas de prevenção, incrementando a probabilidade de sobrevivência.

A Obstrução da Via Aérea (OVA) pode ser completa ou parcial, onde a completa pode conduzir rapidamente a PCR. As obstruções parciais frequentemente precedem as obstruções completas e podem, por si só, condicionar lesões orgânicas graves ou evoluir rapidamente para PCR; pelo que é importante reconhecer e tratar precocemente.

Causas de obstrução da via aérea:	
<ul style="list-style-type: none">• Sangue;• Aspiração de conteúdo gástrico;• Corpos estranhos (dentes, alimentos...);• Traumatismos da face ou pescoço;• Secreções brônquicas;	<ul style="list-style-type: none">• Depressão do estado de consciência;• Epiglotite;• Edema da laringe;• Espasmo laríngeo;• Broncospasmo.

Tabela 2 - Causas de OVA

A Cadeia de sobrevivência

Existem certas atitudes que alteram os resultados no socorro às vítimas em PCR. Estas condutas surgem encadeadas e constituem uma sucessão de atitudes onde cada procedimento se articula com o seguinte. Nasce desta forma, o conceito de Cadeia de Sobrevivência, composta por quatro elos, ou acções, em que o funcionamento adequado de cada elo e a articulação eficiente entre cada um deles é fulcral para se atingir o objectivo principal, que é salvar uma vida. Cada um dos elos da cadeia é vital e tem a mesma importância.

Os quatro elos da cadeia de sobrevivência da vítima adulta residem:

1. Reconhecimento da situação e pedido imediato de ajuda (112), assegurando o início da cadeia de sobrevivência.

2. SBV precoce e de qualidade; oferecendo maiores hipóteses de sobrevivência (permite ganhar tempo, mantendo alguma circulação e ventilação até à chegada de assistência mais diferenciada);

3. Desfibrilhação precoce que restabelece a actividade eléctrica do coração. A sua eficácia é directamente proporcional à rapidez com que é efectuado o procedimento (taxa de sucesso próxima dos 100 % logo no 1º minuto, sendo quase nula ao fim de 8 - 10 minutos).

4. Cuidados pós-reanimação. Quando a desfibrilhação por si só não é eficaz para recuperar a vítima ou não se encontra indicada, o SAV possibilita uma ventilação e circulação mais eficazes, permitindo a estabilização das vítimas e melhorando posteriormente a sua qualidade de vida.



Ilustração 6- Cadeia de Sobrevivência

Suporte Básico de Vida (SBV)

O Suporte Básico de Vida é o conjunto de procedimentos bem definidos e com metodologias padronizadas, com o objectivo de reconhecer as situações de perigo de vida iminente, saber como e quando pedir ajuda e iniciar de imediato, sem recurso a qualquer dispositivo, manobras que contribuam para a preservação da ventilação e da circulação de modo a manter a vítima viável até que auxílio médico diferenciado chegue ao local. Destina-se a ganhar tempo, mantendo parte das funções vitais.

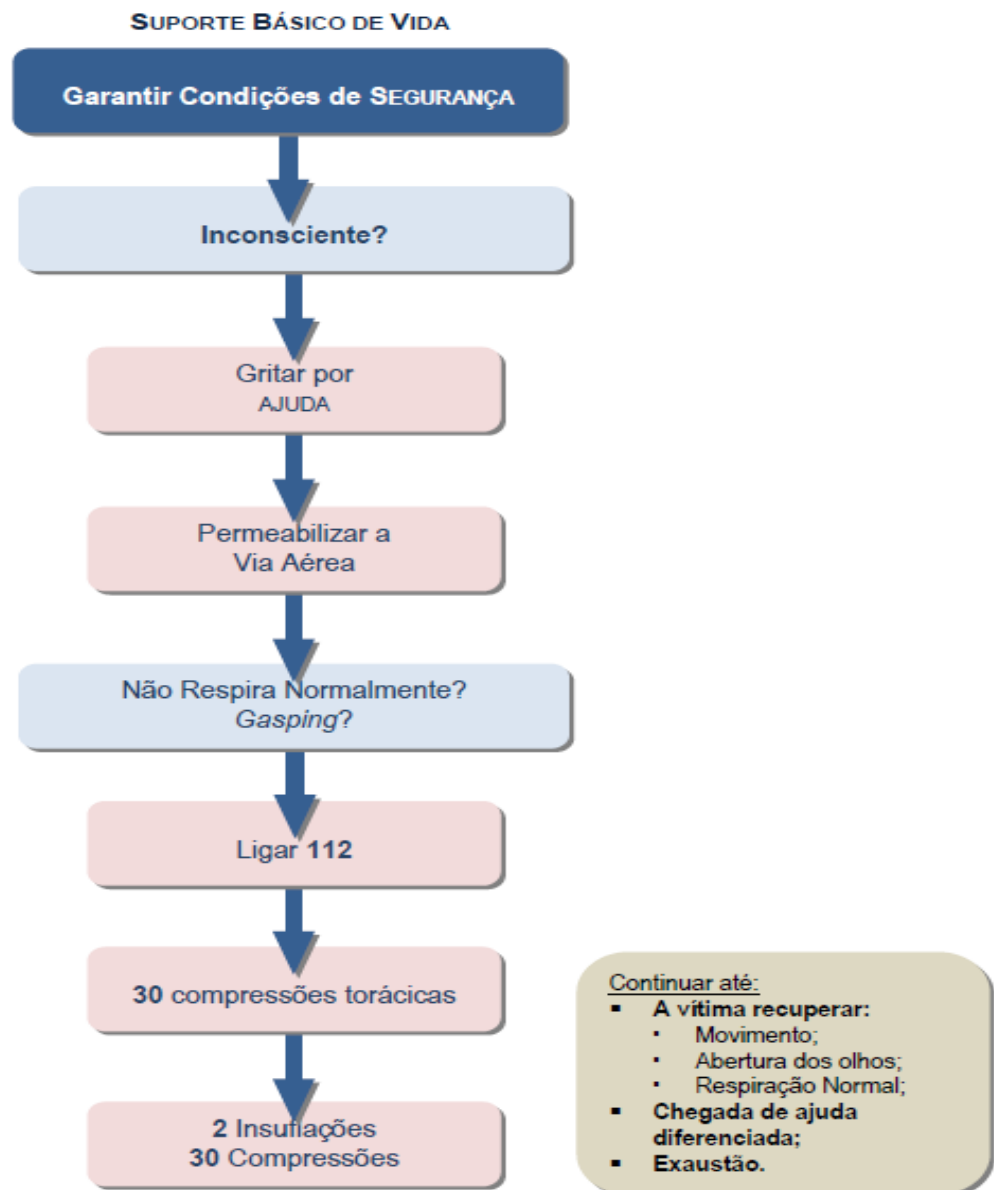


Ilustração 7 - Algoritmo SVB

É fundamental garantir que o SBV seja executado de forma ininterrupta e com qualidade. Para isso devem minimizar-se as pausas (planear as acções seguintes com antecipação) e comprimir o tórax ‘com força e rapidez’ (deprimir o tórax 5 a 6 cm a um ritmo de 100 a 120/min), permitindo simultaneamente uma boa re-expansão torácica. A sequência de acções baseia-se na metodologia ABC: Via Aérea, Ventilação e Circulação. O SBV só deve ser suspenso aquando a chegada da ajuda diferenciada, ou caso a vítima recupere (inicie respiração normal, movimento ou abra os olhos) ou se o reanimador estiver exausto e não haja ninguém para o substituir. As vítimas inconscientes que respiram devem ser colocadas em PLS (posição Lateral de Segurança), desde que não haja suspeita de trauma; esta acção evita a entrada de conteúdo gástrico na via aérea e mantém a sua permeabilidade.

Suporte Avançado de Vida (SAV)

O Suporte Avançado de Vida (SAV), executado por equipas médicas diferenciadas, implica a utilização de fármacos, ventilação por entubação traqueal, monitorização cardíaca e desfibrilhação eléctrica. As manobras de SBV devem ser executadas com a vítima em decúbito dorsal, no chão ou num plano duro. O reanimador deve posicionar-se junto da vítima para que, se for necessário, possa fazer insuflações e compressões sem ter que fazer grandes deslocações. Inclui as seguintes etapas (Ilustração 3 e 4):

1. Avaliação inicial, onde se avaliam as condições de segurança no local e se a vítima responde.
2. Manutenção de via aérea permeável (A): Como a vítima se encontra inconsciente, o relaxamento do palato mole e da epiglote pode causar obstrução da via aérea (causa mais frequente de OVA). Assim, é importante proceder à permeabilização da via aérea:
 - a. Remover corpos estranhos na boca, se existentes.
 - b. Realizar a extensão da cabeça e elevação do mento, mas de forma a não comprimir as partes moles, devendo colocar os dedos apenas na parte óssea (no maxilar inferior).
 - c. Se existir a suspeita de traumatismo da coluna cervical não deve ser feita a extensão da cabeça.
3. Compressões torácicas e ventilação com ar expirado (B).
 - a. A vítima deve estar em decúbito dorsal sobre uma superfície rígida com a cabeça no mesmo plano do resto do corpo.

- b. O gesto de compressão deve ser firme, rápido, controlado e executado na vertical, com os períodos de compressão e descompressão da mesma duração.
- c. O movimento de compressão e descompressão é realizado de forma a obter uma frequência de pelo menos 100/min (no máximo 120/min);



Ilustração 3 - Inserção de tubo de Guedell



Ilustração 4 - RCP

Para verificar se a vítima respira normalmente deve manter-se a permeabilidade da via aérea, aproximar a sua face da face da vítima olhando para o tórax e deve-se Ver, Ouvir e Sentir (VOS) até 10 segundos.

VER: se existem movimentos torácicos e movimentos respiratórios normais; Durante a avaliação da vítima inconsciente, a ausência de respiração normal, ou a presença de *gasping*, são considerados sinais de PCR. Se a vítima respira normalmente e não existe suspeita de traumatismo da coluna cervical deverá ser colocada em Posição Lateral de Segurança (PLS).



Ilustração 5 - PLS

OUVIR: se existem ruídos de saída de ar pela boca ou nariz da vítima;

SENTIR: na sua face se há saída de ar pela boca ou nariz da vítima.

1. ALGORITMO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

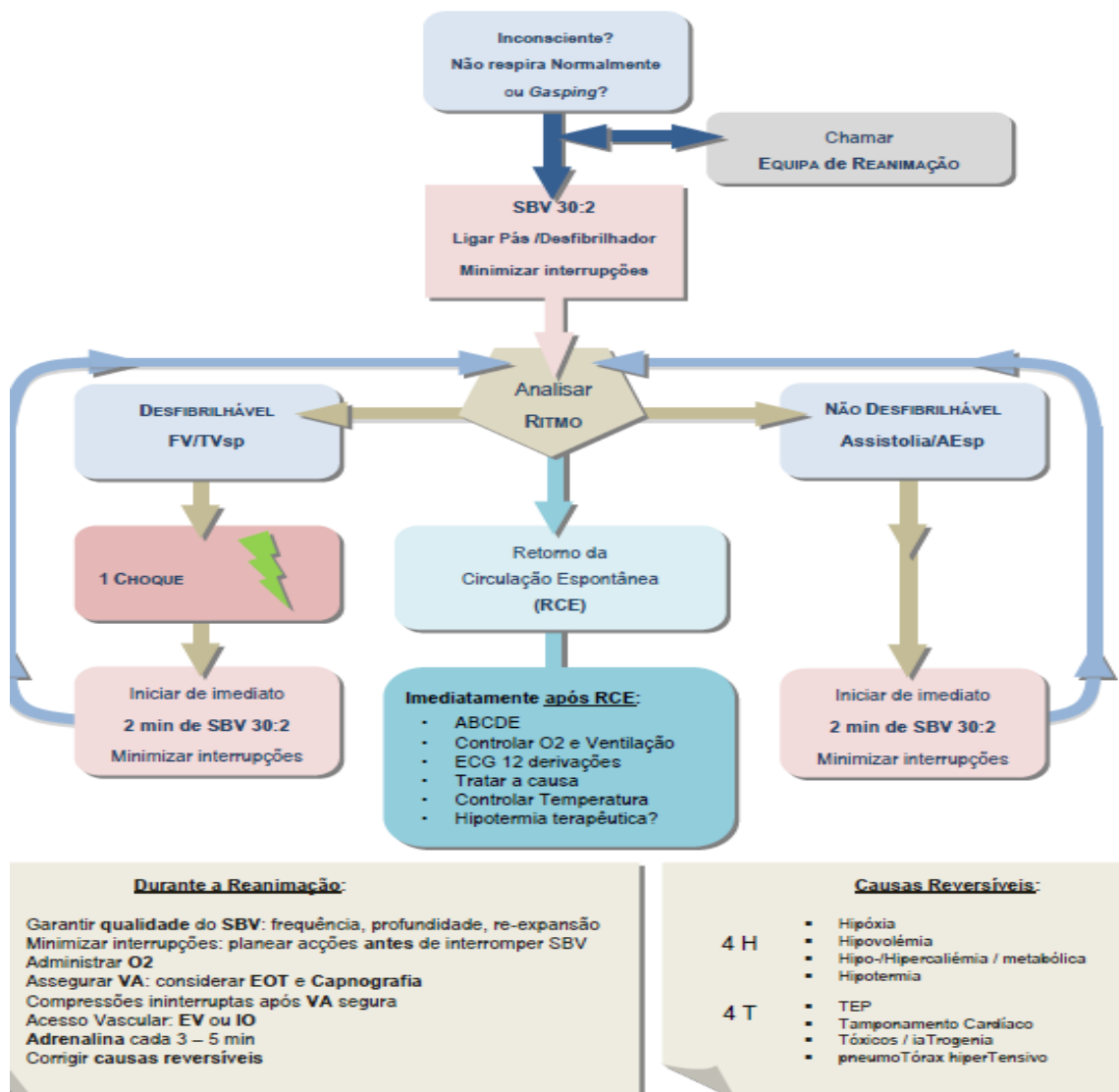


Ilustração 8 - Algoritmo SAV

Define-se Via Verde como uma estratégia estabelecida para a abordagem, orientação e terapêutica mais apropriada, num processo delineado e ágil, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves e que acarretam especial relevância para saúde das populações. A sua existência justifica-se pela existência de tratamentos eficazes para a fase aguda e onde o tempo de actuação é um elemento chave, reduzindo a morbimortalidade e têm como objectivo reduzir a mortalidade pré-hospitalar.

O sucesso da implementação das VV dependerá não só do accionar do sistema de emergência pré-hospitalar por parte do cidadão através do 112, como também do diagnóstico ou suspeita diagnóstica efectuados na fase pré-hospitalar e do encaminhamento para os Hospitais ou Unidades hospitalares mais adequadas, atempadamente, por parte do INEM.

1) Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC)

A doença cerebrovascular é a principal causa de morbilidade e mortalidade em Portugal, e apesar dos esforços desenvolvidos nas últimas décadas, a prevalência desta patologia tem vindo a aumentar, fruto do aumento da esperança de vida, sendo os idosos o principal grupo etário atingido.

O AVC é uma emergência médica, que apresenta actualmente um tratamento mais específico (Fibrinólise em tempo <3h após o início dos sintomas), pelo que surgiu a necessidade de se elaborarem protocolos de tratamento e Unidades de Apoio específico com tratamento de suporte.

Sinais de alarme	Critérios de inclusão na VV
<ul style="list-style-type: none">• Boca ao lado• Falta de força num dos membros, principalmente num braço• Disartria	<ul style="list-style-type: none">• Idade < 80 anos• Sinais ou sintomas com menos de 3 horas de evolução• Ausência de dependência prévia

Sendo assim, estipulados os sinais de alarme e critérios de inclusão foi implementada a Via Verde do AVC em 2005, com uma série de hospitais integrados na rede.

2) Via Verde do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)

As doenças do sistema cardiovascular constituem a principal causa de mortalidade e de morbilidade nos países desenvolvidos. O enfarte agudo do miocárdio (EAM) constitui a manifestação mais grave da doença coronária sendo a terceira causa de morte em Portugal, apesar dos avanços no seu diagnóstico e tratamento.

A identificação do doente com risco de EAM é fundamental para orientar as estratégias de prevenção cardiovascular. O principal parâmetro clínico e primeiro elemento da estratificação do doente deve ser o tempo entre início de sintomas e o primeiro contacto médico, (cerca de 2h) sendo o principal parâmetro logístico o tempo esperado entre o primeiro contacto médico e a re-perfusão.

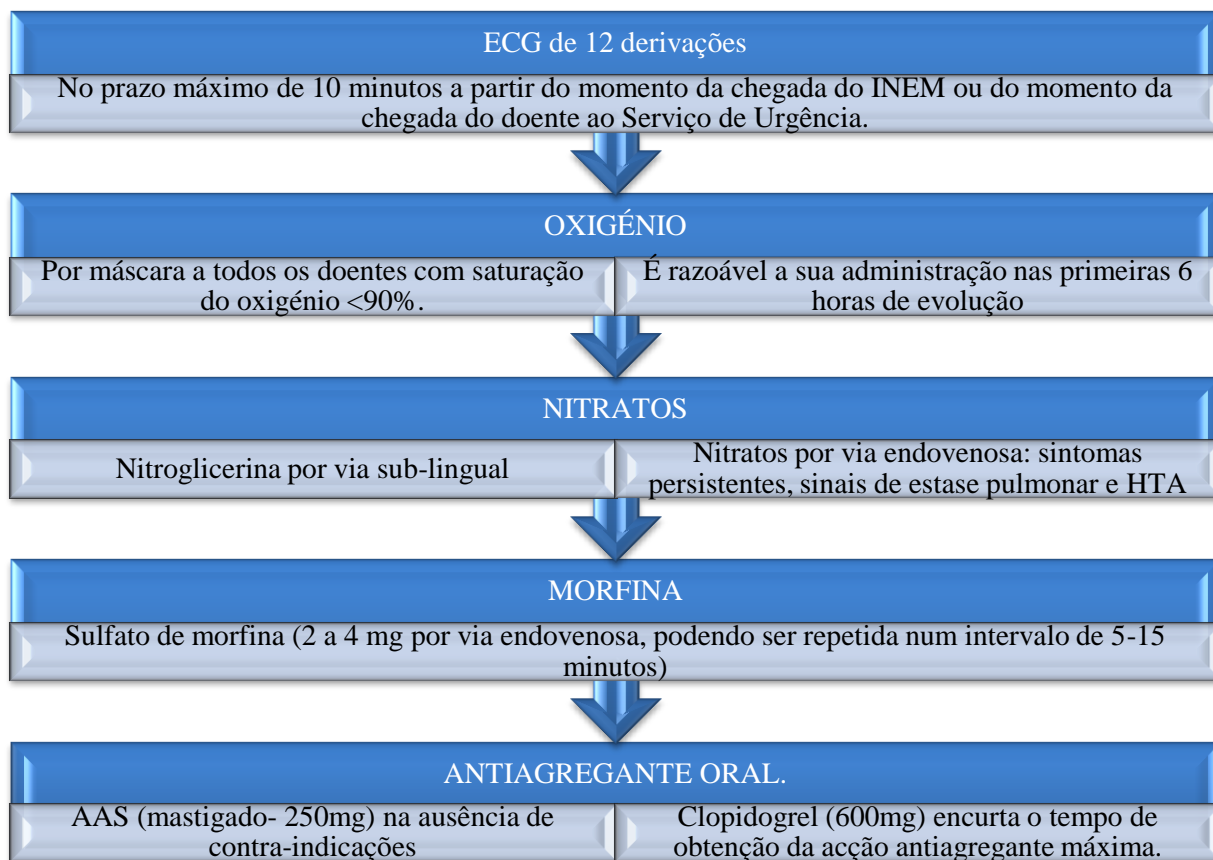
O reconhecimento precoce dos sintomas e sinais de EAM pelo doente ou por outra pessoa, a activação do sistema nacional de emergência médica (SNEM) e a consequente redução do tempo para o tratamento reduzem a sua mortalidade e morbilidade. O transporte do doente com suspeita de EAM até ao hospital deve ser efectuado preferencialmente numa ambulância.

Estes conceitos devem servir de base à melhoria da utilização da Via Verde do EAM e à criação e implementação das Redes de Referenciação, com recurso a campanhas de informação à população sobre os sintomas e sinais de alerta e o contacto preferencial com o 112, como número nacional de emergência.

A maior parte das complicações fatais ocorrem nas primeiras horas de evolução do EAM, sendo a fibrilação ventricular a principal causa da mortalidade precoce, com incidência máxima no início do EAM e diminuindo rapidamente após as primeiras horas.

Sinais e Sintomas EAM	Antecedentes clínicos associados a > probabilidade de EAM
<ul style="list-style-type: none">• Desconforto retroesternal (Opressão, peso, ardor, pressão ou dor, habitualmente com > 30 minutos de duração)• Desconforto em um ou ambos os braços, no pescoço, na mandíbula, no dorso (entre omoplatas) ou epigastro• Dispneia (isolada ou a preceder e/ou acompanhar o desconforto)• Diaforese, náuseas e vômitos	<ul style="list-style-type: none">• Idade >70 anos• Diabetes mellitus• Antecedentes de doença coronária – EAM e/ou cirurgia coronária• Antecedentes de doença vascular extracardíaca

Protocolo Tratamento do EAM



3) Via Verde da SEPSIS

Investigações portuguesas mostram que 22% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos são devidos a Sépsis adquirida na comunidade, traduzindo uma mortalidade hospitalar global de 38% (superior à mortalidade dos casos de AVC internados) e de 51% nas formas mais graves como o choque séptico. Diversos estudos globais assinalam a Sépsis como um grave problema de saúde pública, comparável ao acidente vascular cerebral (AVC) e ao enfarte agudo do miocárdio (EAM). Além disso, a incidência da Sépsis tem aumentado cerca de 1,5% ao ano (particularmente a sépsis grave), devido sobretudo ao envelhecimento da população e à maior longevidade de doentes crónicos, com crescente recurso à imunossupressão e a técnicas invasivas. Por cada hora de atraso na administração da antibioterapia apropriada, sucede uma redução de 7,6% na sobrevivência.

Sendo assim, tal como para o AVC e o EAM existe para a Sépsis um conjunto de atitudes que, se efectuados numa etapa precoce, diminuem a morbi-mortalidade, mas também permitem

uma redução substancial dos custos para as instituições. Estão, assim, criadas as premissas para assumir que o doente com Sépsis deverá ser abordado numa filosofia de “Via Verde”. Foi implementada então a Via Verde da Sépsis, onde ocorre a identificação e estratificação rápidas do doente, a utilização de antibioterapia adequada e de estratégias de ressuscitação hemodinâmica guiada por objectivos.

Técnicas de Imobilização

As técnicas de imobilização e remoção de vítimas de trauma têm sofrido diversas modificações e adaptações ao longo do tempo, contudo submetendo-se sempre a princípios análogos. O princípio mais pertinente é mover a vítima o estritamente necessário para a sua correcta remoção e imobilização, de forma a manter ou melhorar o seu estado, após a chegada de socorro. A estabilização da viatura sinistrada e o conhecimento dos factores de risco e das regras de segurança é também obrigatória para evitar / diminuir o agravamento das lesões das vítimas encarceradas e prevenir a ocorrência de acidentes envolvendo as equipas de salvamento.

Sendo assim, a avaliação de uma vítima abrange os seguintes passos, que devem ser executados de forma rápida e competente, minorando o tempo no local:

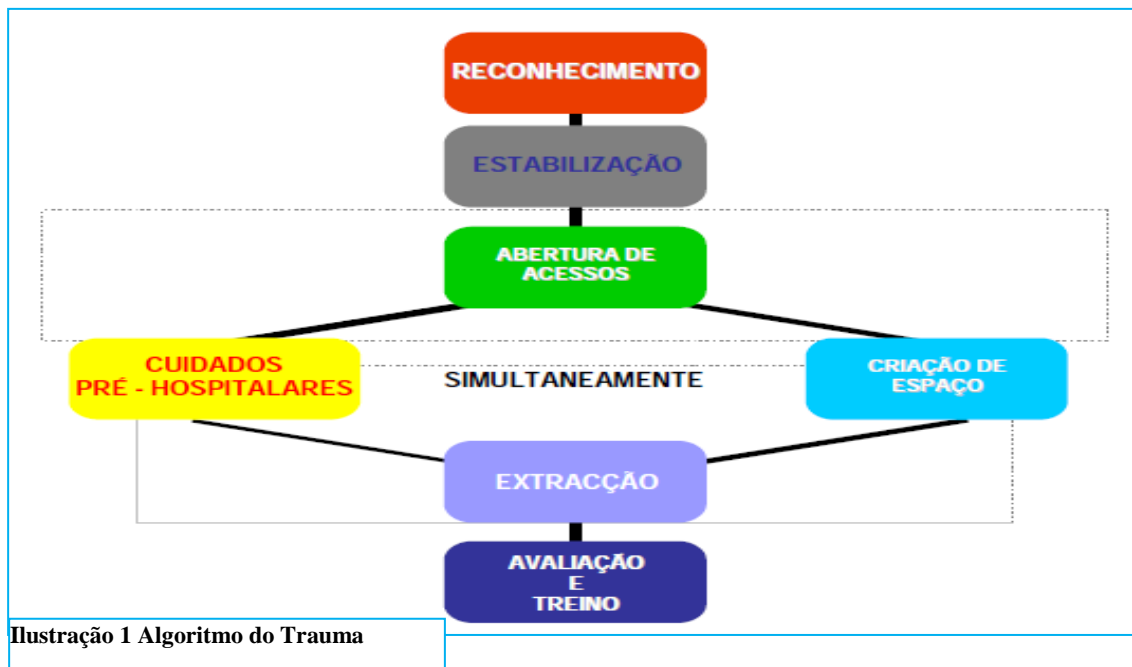
1. Verificar e garantir as condições de segurança;
2. Identificar o tipo de situação (características do incidente, mecanismo de trauma, número de vítimas, etc.);
3. Identificar e corrigir situações que coloquem a vítima em perigo de vida imediato;
4. Identificar e corrigir situações que, não colocando a vítima em perigo imediato de vida, podem, se não forem prestados cuidados de emergência adequados, provocar o agravamento do seu estado;
5. Avaliar os sinais vitais.

Para uma vítima de trauma, como para qualquer vítima em estado crítico, um exame objectivo metódico e cauteloso é o suporte para uma abordagem eficaz, realizado segundo uma sequência de prioridades: via aérea; ventilação; oxigenação; controlo de hemorragias; perfusão. Algumas hemorragias só se conseguem controlar definitivamente no hospital, daí que o transporte deva ser rápido.

Método “saver”®

A aplicação deste modelo, propriedade do ICET (International Center for Emergency Techniques), tem como objectivo principal habilitar as equipas de salvamento com um plano que permita uma eficaz organização do local do acidente e invariavelmente cumprir o emergente e normalmente caótico, desafio de extrair a vítima encarcerada. O protocolo de actuação consiste em 7 fases sequenciais (Ilustração 1):

1. Reconhecimento:
 - a. Cerca de 90% das lesões são percebidas antes de sequer se chegar à vítima.
2. Estabilização:
 - a. Anular os possíveis riscos existentes no local.
3. Abertura de acessos à vítima:
 - a. Criação rápida de um espaço para acesso à vítima, onde é realizada a prestação dos primeiros cuidados de emergência.
4. Cuidados Pré – Hospitalares:
 - a. Podem revelar-se elementares para a sobrevivência da vítima durante o tempo de desencarceramento.
5. Criação de Espaços;
6. Extracção:
 - a. Conjunto dos trabalhos que permitem a retirada final da vítima de entre os destroços, devendo obedecer à premissa: *“retirar os destroços da vítima e não a vítima dos destroços”*.
7. Avaliação e Treino.



Para uma actuação eficaz perante as vítimas de trauma encarceradas, deve-se evitar o agravamento das lesões existentes bem como o aparecimento de novas. Revela-se assim

peremptório identificar as várias formas de encarceramento, considerando-se então três tipos de encarceramento:

- Encarceramento mecânico:
 - As vítimas, embora possam não apresentar lesões, estão impossibilitadas de sair do veículo acidentado devido à deformação do mesmo.
- Encarceramento físico tipo I:
 - As vítimas apresentam lesões que demandam espaço adicional para com segurança, se prestar os cuidados pré – hospitalares necessários à sua estabilização e para que a extracção seja a mais controlada possível.
- Encarceramento físico tipo II:
 - As vítimas apresentam lesões devido ao contacto físico ou penetração de estruturas componentes do veículo. É a forma mais grave.

Devido aos vários tipos de encarceramentos existem duas formas de extrair as vítimas:

- Extracção controlada: Quando o estado da vítima permite o desmantelamento em segurança do veículo.
- Extracção rápida: Efectuada apenas quando o estado da vítima não permite perder tempo, devendo ser considerada como a última opção pois não permite tanto controle e segurança. Num encarceramento físico tipo II é impossível de efectuar, sob o risco de agravarmos substancialmente o estado da vítima.

Depois de completamente liberta dos destroços há que remover a vítima do interior da viatura da forma mais segura. Na sequência de acidente pode ocorrer traumatismo vertebro-medular. É primordial a vítima ser sempre imobilizada com estabilidade cervical e aplicação de colar cervical, respeitando o eixo crânio – vertebral e permitindo a passagem à posição de decúbito dorsal da forma mais suave e estável (Tabela 5). A imobilização da restante coluna vertebral deve ser assegurada através da colocação de um plano duro, ou colete de extracção caso a vítima se encontre sentada, com o movimento da vítima sempre feito em bloco (evita maior dano vertebral). As consequências de um TVM dependem do nível medular da lesão e do grau desta (parcial vs. completa).

Politraumatizado	Mecanismo de lesão	Outros factores	Formas de estabilização
<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia de difícil controlo • FC < 50 ou > 110 • PA sistólica < 90 mmhg • Choque • Vítima “agitada” (sinal precoce de hipovolemia ou lesão snc) • Alteração do estado da consciência (escala de coma glasgow < 13) • Alterações da sensibilidade e ou parésia • Duas ou mais fracturas de ossos longos • Trauma da pélvis • Queimaduras associadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Vítima projectada da viatura • Vítima encarcerada • Acidente a alta velocidade • Viatura gravemente deformada • Multivítimas • Capotamento de viatura • Queda superior a 3 metros • Atropelamento a mais de 15 km/hora • Veículo imobilizado (que não anda mais após acidente) • Incêndio de veículo • Acidente com 3 ou mais veículos 	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de factores de risco (coagulopatia ou anti-coagulante, epilepsia, alcoolismo) • Idade <18 ou >65 • Longa distância até hospital - tempo de chegada > 1 hora 	<ul style="list-style-type: none"> • Colares cervicais • Colete de extracção • Plano rígido e cintos (tipo “aranha”) • Imobilizadores laterais de cabeça • Maca de vácuo (“Coquille”) • Maca Pluma • Talas de madeira

Tabela 1 – Avaliação do Politraumatizado

A estabilização cervical com alinhamento manual permite manter a região cervical alinhada numa posição neutra até que a vítima esteja completamente imobilizada. A cabeça é segura e cuidadosamente reposicionada para uma posição alinhada (nariz, umbigo, pés) a não ser que haja contra-indicação (ilustração 13). Usa-se quando há suspeita de lesão vertebro – medular, excepto quando há espasmo da musculatura do pescoço, aumento da dor à mobilização e/ou aparecimento ou aumento de défice neurológico (dormência, formigueiro ou perda de capacidade motora).

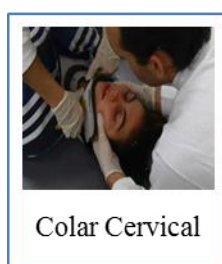


Ilustração 2 Estabilização da Vítima