


Bom Dia!





FEEDBACK **MÓDULO I**

**QUALIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES
DOS PARTICIPANTES**

QUAL AS SITUAÇÕES COM MAIS DÚVIDAS?

Sugestões de casos UE

Cardiovascular

28,7% PCR, IAM, AVE

Pulmonar

crise asmática, choque anafilático, CPOC desc 16,0%

Traumas e Politraumas

acidentes 14,9%

Outros

7,4%

Neurológico

3,2% convulsões

Renal

4,3% cólica, insuf., transp

Pediátrico

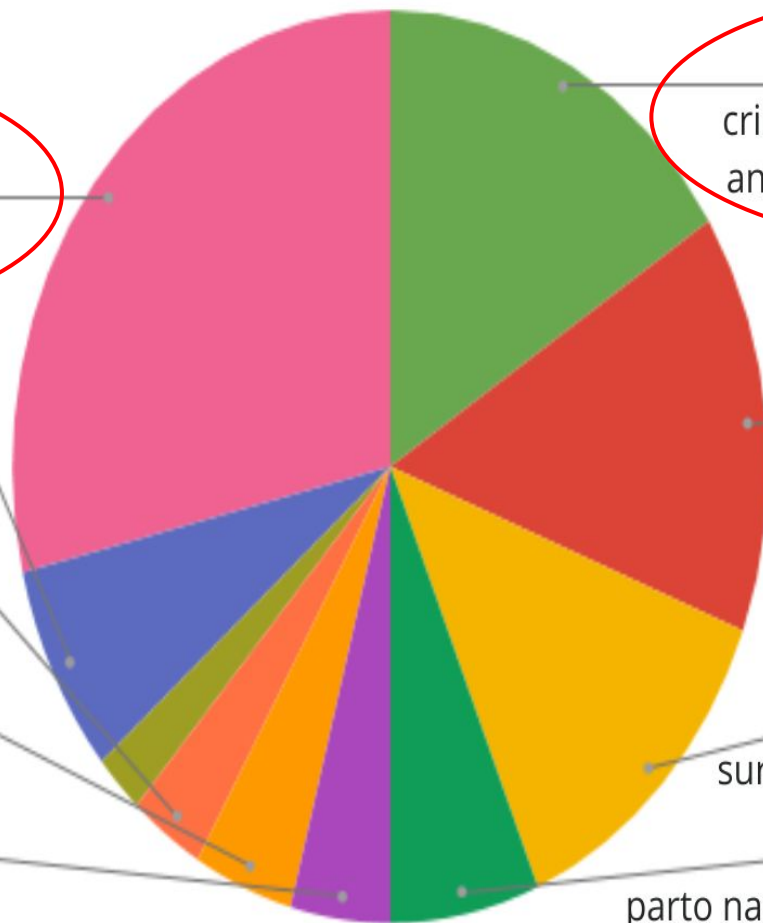
4,3% broncoaspiração


Psiquiátrico

surto psicótico, suicídio 12,8%

Obstétrica

parto na UBS, pré-eclampsia 6,4%





**MÓDULO II: ASSISTÊNCIA
INTEGRAL EM URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA I**

Fabiana Ferreira dos Santos



Enfermagem: Universidade Luterana do Brasil e Escola Saúde Pública

Educação Física: UFRGS

Mestre Ciências da Saúde: UFRGS

Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: UFRN

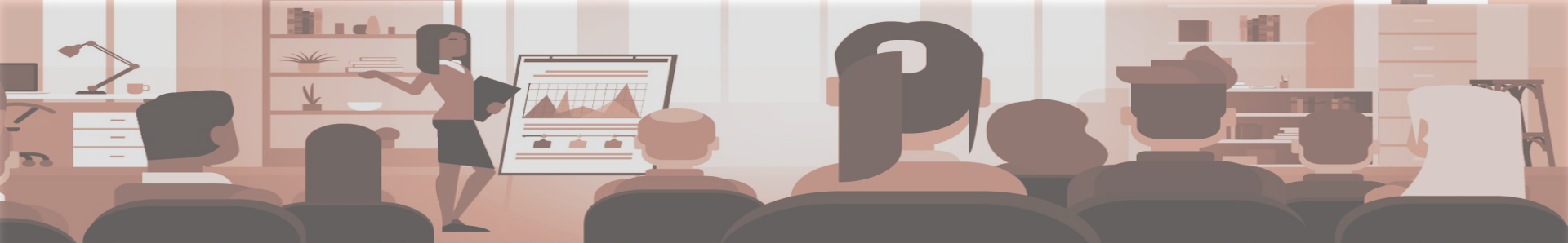
Esp. Urgência e Emergência :Profissional do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre por 15 anos

Docência Acadêmica UFRGS (2013-2015)

Assessora Técnica Gestão: SMS/Porto Alegre

Preceptora Residência Saúde Coletiva UFRGS

Palestrante : Educação na Saúde; Gestão em Saúde; Saúde do Trabalhador; Liderança no trabalho; Epidemiologia e Prevenção de IST



Palestras Corporativas

nas áreas da saúde, educação e gestão de pessoas e do trabalho

Temáticas sugeridas:

Qualidade de vida no trabalho

Estresse no trabalho e Síndrome de Burnout

Primeiros Socorros

LER e DORT: o que são? Como prevenir?

Inteligência emocional para relações saudáveis

Mudanças de hábitos: quando e como começar

Processos de trabalho e produtividade

Motivação e exercícios físicos: entenda esta relação

Metodologias variadas e análise do público.

Palestrante

Fabiana Santos

Profissional de Enfermagem e Educação Física

Especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Mestre em Ciências da Saúde (UFRGS)

Faça um projeto, invista em seu recurso humano e amplie seus resultados!

 (51) 99632.1817  personalcoachfs@gmail.com

METODOLOGIA



PRÉ-TREINAMENTO

Qualificação de Necessidades

Customização do Treinamento

Atividades Pré-Work

TREINAMENTO

Capacitação dos Participantes:

Metodologias: expositiva;
problematização e discussão
de casos


Elaboração do PDI

Avaliação

PÓS-TREINAMENTO

Aplicação do PDI

Implementação de Ações de
Reforço

A close-up photograph of a doctor's hands holding a stethoscope. The doctor is wearing a white lab coat. The background is a blurred outdoor setting with greenery and a building. The word "INTRODUÇÃO" is overlaid in a stylized, bold, black font with a blue shadow effect.

INTRODUÇÃO

E QUANDO O DIA COMEÇA ASSIM...



E SEGUE NESTE RITMO...



As **URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (CLÍNICAS OU TRAUMÁTICAS)** REPRESENTAM UM **FATOR DE RISCO DE VIDA** IMPORTANTE QUANDO NÃO ATENDIDAS EM TEMPO HÁBIL E DE MANEIRA ADEQUADA. EXIGE-SE, PORTANTO, UMA INTERVENÇÃO COMPETENTE, SEGURA E LIVRE DE RISCO.

O **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (APH)** DEVE SER **RÁPIDO** E POSSUIR SUPORTE SUFICIENTE PARA SALVAR AS VÍTIMAS EM CURTO TEMPO, ATÉ ENCAMINHÁ-LAS A UM HOSPITAL.

(MORTARI, QUINTANA & SILVA, 2008)

A blurred photograph of a hospital hallway. A sign on the wall reads "URGÊNCIA ->". The background is out of focus, showing a person in a white coat and a person in a blue uniform. The overall tone is dark and clinical.

URGÊNCIA ->

Ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.



Constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo portanto, tratamento médico imediato.



EPIDEMIOLOGIA

EPIDEMIOLOGIA

↑ MORBIMORTALIDADE RELACIONADAS
AO IAM, AVC ACIMA DOS 40 ANOS

↑ MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES TRÂNSITO E
VIOLÊNCIAS ENTRE JOVENS ATÉ 40 ANOS

↑ LONGEVIDADE


↓ NATALIDADE

↑ 12,3% D
POPULAÇÃO
BRASILEIRA

↓ RITMO DE
CRESCIMENTO
POPULACIONAL

(IBGE, 2010)

EPIDEMIOLOGIA



A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), MAIS DO QUE UMA PRIORIDADE, É UMA NECESSIDADE PREMENTE, DE MODO A INTERVIR DE FORMA ORGANIZADA E EFETIVA SOBRE TAIS DOENÇAS E AGRAVOS.


EPIDEMIOLOGIA



Quadro 4 - Mortalidade Geral por causas CID 10 e Região de Saúde, Macrorregião Grande Oeste, ano 2016.

Capítulo CID-10	Extremo Oeste		Oeste		Xanxerê		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias.	48	3,11	55	2,71	32	2,79	135	2,86
II. Neoplasias (tumores).	323	20,95	460	22,69	244	21,25	1027	21,77
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitária.	12	0,78	7	0,35	4	0,35	23	0,49
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas.	106	6,87	119	5,87	82	7,14	307	6,51
V. Transtornos mentais e comportamentais.	16	1,04	32	1,58	19	1,66	67	1,42
VI. Doenças do sistema nervoso.	52	3,37	71	3,50	48	4,18	171	3,63
IX. Doenças do aparelho circulatório.	428	27,76	588	29,01	274	23,87	1290	27,35
X. Doenças do aparelho respiratório.	209	13,55	216	10,66	141	12,28	566	12,00

EPIDEMIOLOGIA

- 
- ✓ As **CAUSAS EXTERNAS** TÊM SIDO UM CRESCENTE E IMPORTANTE **PROBLEMA NA SAÚDE PÚBLICA** E IMPLICAM DIRETAMENTE A ASSISTÊNCIA PRESTADA PELOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (**RUE**) - SAÚDE TODA HORA, SENDO UM DESAFIO INCORPORAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E PROMOÇÃO NESTA REDE.
 - ✓ As **CAUSAS EXTERNAS - ACIDENTES E VIOLÊNCIAS** - CORRESPONDEM À TERCEIRA CAUSA DE ÓBITO NA POPULAÇÃO GERAL BRASILEIRA, APÓS AS DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO E AS NEOPLASIAS. CONSTITUEM-SE NA PRIMEIRA CAUSA DE ÓBITO EM HOMENS DE 1 A 39 ANOS.



EPIDEMIOLOGIA

Quadro 5 - Mortalidade por Causas Externas, Macrorregião Grande Oeste, ano 2016.

Grande Grupo CID10	Extremo Oeste		Oeste		Xanxerê		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
V01-V99 Acidentes de transporte.	58	38,93	91	35,97	66	40,74	215	38,12
W00-X59 Outras causas externas de lesões acidentate.	37	24,83	45	17,79	40	24,69	122	21,63
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente.	27	18,12	47	18,58	16	9,88	90	15,96

O CONTEXTO

PARA ORGANIZAR UMA REDE QUE ATENDA AOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE DOS USUÁRIOS NA ÁREA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE FORMA RESOLUTIVA, É NECESSÁRIO CONSIDERAR O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DEMOGRÁFICO BRASILEIRO, NO QUAL SE EVIDENCIA, SEGUNDO DADOS DA SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM SITUAÇÃO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

Figura 1 – Componentes da RUE e suas interfaces

EIXO TRANSVERSAL



Fonte: SAS/MS, 2011.

DIFERENTES PONTOS DE ATENÇÃO; ATUANDO DE FORMA INTEGRADA;

ATUALIDADE

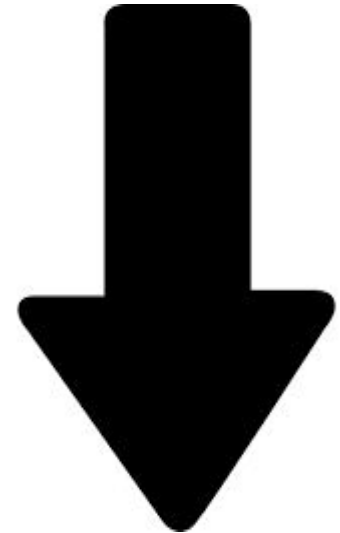
- ✓ **AS LONGAS FILAS EM PORTAS DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, ENTRETANTO, NÃO INDICAM QUE TODOS QUE ALI ESTÃO TENHAM NECESSIDADE DESSE TIPO DE ATENDIMENTO**
- ✓ **PERSISTÊNCIA DO MODELO ASSISTENCIAL DA SAÚDE PÚBLICA CONHECIDA COMO PREVENTIVAS E PROGRAMÁTICAS, SEM A DEVIDA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM QUADROS AGUDOS DE BAIXA COMPLEXIDADE QUE PODERIAM, NA MAIORIA DOS CASOS, SEREM RESOLVIDOS NA UNIDADE BÁSICA OU PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**
- ✓ **AS PESSOAS ACABAM SE DIRIGINDO AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA, MANTENDO UM CICLO VICIOSO, COM TRATAMENTO PREDOMINANTEMENTE SINTOMÁTICO, PRINCIPALMENTE DE DOENÇAS CRÔNICAS COM ALTO POTENCIAL DE MORBIDADE, QUE ACABAM FICANDO SEM O DEVIDO ACOMPANHAMENTO.**



ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR FIXO

✓ **NAS UBS E ESF** DEVEM SER REALIZADOS ACOLHIMENTO/ ATENDIMENTO DAS **URGÊNCIAS DE BAIXA GRAVIDADE/COMPLEXIDADE**; ACOLHIMENTO DOS PACIENTES COM QUADROS AGUDOS OU CRÔNICOS AGUDIZADOS DE SUA ÁREA DE COBERTURA OU ADSTRIÇÃO DE CLIENTELA, CUJA COMPLEXIDADE SEJA COMPATÍVEL COM ESTE NÍVEL DE ASSISTÊNCIA.

✓ É DE FUNDAMENTAL IMPORTÂNCIA O **CONHECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO E OS PONTOS QUE A COMPÕEM** PARA FACILITAR O FLUXO E O CONTRAFLUXO DOS USUÁRIOS, DESTACANDO-SE O FLUXO PARA A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.



ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR FIXO

- ✓ **MENDES (2002)** AFIRMA QUE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DEVE CUMPRIR, NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, TRÊS FUNÇÕES: **RESOLUÇÃO, COORDENAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO.**
- ✓ A FUNÇÃO DE RESOLUÇÃO CONSISTE EM SOLUCIONAR A MAIORIA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE; A FUNÇÃO DE COORDENAÇÃO CONSISTE EM ORGANIZAR OS FLUXOS E CONTRAFLUXOS DAS PESSOAS E COISAS PELOS DIVERSOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NA REDE
- ✓ A FUNÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CONSISTE EM SE CORRESPONSABILIZAR PELA SAÚDE DOS USUÁRIOS EM QUAISQUER PONTOS DE ATENÇÃO EM QUE ESTEJAM SENDO ATENDIDOS
- ✓ NA ORGANIZAÇÃO DE REDES DE RESPOSTA ÀS CONDIÇÕES AGUDAS, A ATENÇÃO PRIMÁRIA TEM FUNÇÕES DE RESOLUÇÃO NOS CASOS QUE LHE CABEM (BAIXO RISCO) E DE RESPONSABILIZAÇÃO, MAS A FUNÇÃO DE COORDENAÇÃO PASSA A SER DE OUTRA ESTRUTURA (NO CASO, O COMPLEXO REGULADOR).

SALA DE ESTABILIZAÇÃO

SALA DE ESTABILIZAÇÃO – EQUIPAMENTO DE SAÚDE QUE DEVERÁ ATENDER ÀS NECESSIDADES ASSISTENCIAIS DE ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE GRAVE/CRÍTICO EM MUNICÍPIOS DE GRANDES DISTÂNCIAS E/OU ISOLAMENTO GEOGRÁFICO, BEM COMO LUGARES DE DIFÍCIL ACESSO CONSIDERADOS COMO VAZIOS ASSISTENCIAIS PARA A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. DEVERÁ SE ORGANIZAR DE FORMA ARTICULADA, REGIONALIZADA E EM REDE.

*FUNCIONAMENTO NAS 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DO DIA E NOS 7 (SETE) DIAS DA SEMANA;
•EQUIPE INTERDISCIPLINAR COMPATÍVEL COM SUAS ATIVIDADES; • FUNCIONAMENTO CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS, ACOLHIMENTO, CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS ESTABELECIDOS E/OU ADOTADOS PELO GESTOR RESPONSÁVEL.

E AS UPAs?

AS **UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24H** SÃO ESTRUTURAS DE COMPLEXIDADE INTERMEDIÁRIA ENTRE AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A REDE HOSPITALAR, DEVENDO FUNCIONAR 24H POR DIA, TODOS OS DIAS DA SEMANA, E COMPOR UMA REDE ORGANIZADA DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, COM **PACTOS E FLUXOS PREVIAMENTE DEFINIDOS**

TÊM O **OBJETIVO** DE GARANTIR O **ACOLHIMENTO** AOS PACIENTES, INTERVIR EM SUA CONDIÇÃO CLÍNICA E **CONTRARREFERENCIÁ-LOS** PARA OS DEMAIS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS, PARA OS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA OU ESPECIALIZADA OU PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR



UPA de São Lourenço do Oeste

tem mais de 60% das obras concluídas

RECURSOS HUMANOS

**RESPONSÁVEL TÉCNICO
MÉDICO**

**SUBSTITUTO
HABILITADO**

**ENFERMEIRO
COORDENAÇÃO**

**EQUIPE MÉDICA
QUALIFICADA**

**EQUIPE
ENFERMAGEM**

**QUANTIDADE PARA
ATENDIMENTO 24 HORAS**

PROCESSOS OPERACIONAIS ASSISTENCIAIS



SUGESTÃO...

PESQUISA SOBRE PORTARIAS DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE RELACIONADAS À
ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E
CONSTRUÇÃO UMA LINHA DO TEMPO,
IDENTIFICANDO OS PRINCIPAIS FATOS
QUE CONTRIBUÍRAM PARA A
ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA
REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS



ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR MÓVEL

SAMU 192: COMPONENTE ASSISTENCIAL MÓVEL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS QUE TEM COMO OBJETIVO CHEGAR PRECOCEMENTE À VÍTIMA (CLÍNICA, CIRÚRGICA, TRAUMÁTICA, OBSTÉTRICA, PEDIÁTRICA, PSIQUIÁTRICA, ENTRE OUTRAS) QUE POSSA LEVAR A SOFRIMENTO, À SEQUELAS OU MESMO À MORTE,

CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS: ESTRUTURA FÍSICA CONSTITUÍDA POR PROFISSIONAIS (MÉDICOS, TELEFONISTAS AUXILIARES DE REGULAÇÃO MÉDICA E RÁDIO-OPERADORES)

BASE DESCENTRALIZADA: INFRAESTRUTURA QUE GARANTE TEMPORESPOSTA DE QUALIDADE E RACIONALIDADE NA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS DO COMPONENTE SAMU 192 REGIONAL OU SEDIADO EM MUNICÍPIO DE GRANDE EXTENSÃO TERRITORIAL E/OU BAIXA DENSIDADE DEMOGRÁFICA, CONFORME DEFINIDO NO PLANO DE AÇÃO REGIONAL

UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA TERRESTRE: TRIPULADA POR NO MÍNIMO 2 (DOIS) PROFISSIONAIS, SENDO UM CONDUTOR DE VEÍCULO DE URGÊNCIA E UM TÉCNICO OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM

UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA TERRESTRE: TRIPULADA POR NO MÍNIMO 3 (TRÊS) PROFISSIONAIS, SENDO UM CONDUTOR DE VEÍCULO DE URGÊNCIA, UM ENFERMEIRO E UM MÉDICO

RECURSOS HUMANOS

- ✓ FALTA DE CAPACITAÇÃO
- ✓ INSUFICIENTE FORMAÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DAS URGÊNCIAS



INSEGURANÇA = ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADES DE MAIOR COMPLEXIDADE
SEM AVALIAÇÃO OU ESTABILIZAÇÃO DO QUADRO

**NECESSIDADE DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA O
ENFRENTAMENTO**

ESTRATÉGIAS PRIORITÁRIAS (RUE)

✓ **QUALIFICAÇÃO** DAS PORTAS HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E DA EMERGÊNCIA, ESTRATÉGICAS PARA A RUE;


✓ **QUALIFICAÇÃO** DA ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO OU GRAVE POR MEIO DA **QUALIFICAÇÃO** DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA;

✓ **QUALIFICAÇÃO** DA **ATENÇÃO** POR MEIO DA **ORGANIZAÇÃO** DAS LINHAS DE **CUIDADO** **CARDIOVASCULAR,** **CEREBROVASCULAR** E **TRAUMATOLÓGICA;**

✓ **ARTICULAÇÃO** ENTRE OS SEUS COMPONENTES.

SERÁ QUE ESTAMOS PREPARADOS?





Boas práticas para organização e funcionamento dos serviços de urgência e emergência

**ASPECTOS
GERAIS**

ANTES DE AGIR OBSERVE:



OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- ✓ TRATA-SE DE SITUAÇÃO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA?
- ✓ CLÍNICA OU TRAUMÁTICA?
- ✓ QUAIS AS CONDIÇÕES DO LOCAL DE ATENDIMENTO?
- ✓ QUAL MATERIAL NECESSÁRIO PARA O ATENDIMENTO?
- ✓ O MATERIAL ESTÁ EM CONDIÇÕES?
- ✓ OS EQUIPAMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ESTÃO EM FUNCIONAMENTO?
- ✓ O QUE DEVEMOS FAZER COM ESSE PACIENTE? QUAL O PRIMEIRO PASSO A SER SEGUIDO?
- ✓ O PACIENTE NECESSITA SER TRANSPORTADO?
- ✓ OS FLUXOS PARA ENCAMINHAMENTO ESTÃO CLAROS?

VAMOS ANALISAR AS CENAS...

1.



2.



3.



4.





**MATERIAIS E
EQUIPAMENTOS**

TEMOS O NECESSÁRIO?



É HORA DO CHECK LIST EQUIPE!!

CHECK-LIST DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- ✓ COLARES DE IMOBILIZAÇÃO CERVICAL TAMANHOS P, M, G;
- ✓ PRANCHA LONGA PARA IMOBILIZAÇÃO DO PACIENTE EM CASO DE TRAUMA;
- ✓ PRANCHA CURTA PARA MASSAGEM CARDÍACA;S ;
- ✓ EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA;
- ✓ MEDICAMENTOS PARA ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS;
- ✓ ESTETOSCÓPIO ADULTO E INFANTIL;
- ✓ ESFIGMOMANÔMETRO ADULTO E INFANTIL;
- ✓ OTOSCÓPIO ADULTO E INFANTIL;
- ✓ DESFIBRILADOR;
- ✓ MARCAPASSO EXTERNO;
- ✓ TERMÔMETRO;
- ✓ MONITOR CARDÍACO;

- ✓ OXÍMETRO DE PULSO;
- ✓ ELETROCARDÍOGRAFO;
- ✓ EQUIPAMENTOS PARA AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR;
- ✓ ASPIRADORES;
- ✓ BOMBAS DE INFUSÃO COM BATERIA E EQUIPO UNIVERSAL;
- ✓ CILINDRO DE OXIGÊNIO PORTÁTIL E REDE CANALIZADA DE GASES, DEFINIDO DE ACORDO COM O PORTE DA UNIDADE;
- ✓ CAMA HOSPITALAR COM RODAS E GRADES LATERAIS.
- ✓ OFTALMOSCÓPIO;
- ✓ ESPELHO LARÍNGEO;
- ✓ VENTILADOR MANUAL E RESERVATÓRIO ADULTO E INFANTIL;

CHECK-LIST DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- ✓ MÁSCARA PARA VENTILADOR ADULTO, INFANTIL E NEONATAL;
- ✓ VENTILADOR MECÂNICO ADULTO E INFANTIL;
- ✓ FOCO CIRÚRGICO PORTÁTIL;
- ✓ FOCO CIRÚRGICO COM BATERIA;
- ✓ NEGATOSCÓPIO;
- ✓ MATERIAL PARA PEQUENA CIRURGIA;
- ✓ MÁSCARAS, SONDAS, DRENOS, CÂNULAS, PINÇAS E CATETERES PARA DIFERENTES USOS;
- ✓ LARINGOSCÓPIO ADULTO E INFANTIL;
- ✓ MATERIAL PARA = TRAQUEOSTOMIA;
- ✓ EQUIPOS DE MACRO E MICROGOTAS;

BANDEJAS PARA PROCEDIMENTOS:

- ✓ INTRACATH
- ✓ DRENAGEM DE TÓRAX
- ✓ CURATIVOS
- ✓ FLEBOTOMIA
- ✓ PUNÇÃO LOMBAR
- ✓ CATETERISMO VESICAL
- ✓ ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL (ADULTO, INFANTIL E NEONATAL)

CHECK-LIST DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

CARRO DE EMERGÊNCIA



- ✓ CARRO DE PARADA OU DE EMERGÊNCIA ARMAZENA MATERIAIS DESTINADOS À **AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO** DA PCR, **CONTROLE DE VIAS AÉREAS, ACESSO VASCULAR, CONTROLE CIRCULATÓRIO E MEDICAMENTOS.**
- ✓ OS CARROS DE EMERGÊNCIA DEVEM ESTAR LOCALIZADOS EM UM ESPAÇO ACESSÍVEL PARA FACILITAR SUA CONDUÇÃO PARA O LOCAL DO ATENDIMENTO.
- ✓ A **VERIFICAÇÃO SISTEMÁTICA** DO CARRO DE EMERGÊNCIA, A **CONFERÊNCIA DA VALIDADE** DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS LISTADOS, BEM COMO TESTE E REGISTRO DO FUNCIONAMENTO DOS EQUIPAMENTOS



**INFRAESTRUTURA
FÍSICA**

OS AMBIENTES

- ✓ ÁREA EXTERNA COBERTA PARA ENTRADA DE AMBULÂNCIAS;
- ✓ SALA DE RECEPÇÃO E ESPERA, COM BANHEIROS PARA USUÁRIOS;
- ✓ SALA PARA ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS OU FICHAS DE ATENDIMENTO DO PACIENTE;
- ✓ CONSULTÓRIOS;
- ✓ ÁREA PARA HIGIENIZAÇÃO;
- ✓ SALA PARA ASSISTENTE SOCIAL;
- ✓ SALA DE PROCEDIMENTOS COM ÁREA PARA SUTURA, RECUPERAÇÃO, HIDRATAÇÃO, E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS;
- ✓ SALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO;
- ✓ ÁREA PARA NEBULIZAÇÃO;
- ✓ SALA PARA REANIMAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO;
- ✓ SALAS PARA OBSERVAÇÃO E ISOLAMENTO;
- ✓ POSTO DE ENFERMAGEM;
- ✓ BANHEIRO COMPLETO;
- ✓ DEPÓSITO PARA RESÍDUOS SÓLIDOS;
- ✓ DEPÓSITO PARA MATERIAL DE LIMPEZA;
- ✓ VESTIÁRIOS E BANHEIROS PARA PROFISSIONAIS;
- ✓ FARMÁCIA;
- ✓ ALMOXARIFADO.

OS AMBIENTES

Os **SUE** QUE PRESTAM **ATENDIMENTO CIRÚRGICO, TRAUMATOLÓGICO E ORTOPÉDICO** DEVEM CONTAR EM SUA ÁREA FÍSICA OU NO ESTABELECIMENTO ONDE ESTIVER INSERIDO, COM:

- **CENTRO CIRÚRGICO;**
- **ÁREAS DE APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO.**
- **SALA PARA REDUÇÃO DE FRATURAS E COLOCAÇÃO DE GESSO.**

OS SISTEMAS

✓ **SISTEMA DE ENERGIA ELÉTRICA DE EMERGÊNCIA** PARA OS EQUIPAMENTOS DE SUPORTE À VIDA E PARA OS CIRCUITOS DE ILUMINAÇÃO DE URGÊNCIA

✓ **CIRCUITOS DE ILUMINAÇÃO DISTINTOS, DE FORMA A EVITAR INTERFERÊNCIAS ELETROMAGNÉTICAS** NOS EQUIPAMENTOS E NAS INSTALAÇÕES;

✓ **SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE GÁS MEDICINAL, COM PONTO DE OXIGÊNIO, E AR MEDICINAL** NAS SALAS DE NEBULIZAÇÃO, SALA DE OBSERVAÇÃO E SALA DE REANIMAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO.

✓ **DEVE POSSUIR ÁREAS DE CIRCULAÇÃO E PORTAS DIMENSIONADAS PARA O ACESSO DE MACAS E CADEIRAS DE RODAS.**

FARMACOLOGIA



ATENÇÃO!

- ✓ RESPONSABILIDADE
- ✓ ERRO = CONSEQUÊNCIAS FATAIS
- ✓ REQUER AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA DA EQUIPE
- ✓ PRINCÍPIOS BÁSICOS:

AÇÃO • DOSES • VIAS DE ADMINISTRAÇÃO • EFEITOS COLATERAIS •
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO

A SEGURANÇA NO PROCESSO DE MEDICAÇÃO EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Taxonomia dos tipos de erros de medicação (*American Society of Health-System Pharmacists*)

Tipos	Definição
Prescrição	Seleção incorreta do medicamento; dose; apresentação; via de administração; concentração; velocidade de infusão; orientações de uso feitas pelo médico.
Omissão	Não administração de uma dose prescrita para o paciente
Horário	Administração do medicamento fora do intervalo de tempo predefinido na folha de prescrição
Administração de um medicamento não autorizado.	Administração de um medicamento não autorizado pelo médico responsável pelo paciente.
Dose	Administração de uma dose maior ou menor que a prescrita ou administração diferente à prescrita pelo médico.
Apresentação	Administração de um medicamento a um paciente em apresentação diferente à prescrita pelo médico.
Preparo	Medicamento incorretamente formulado ou manipulado antes da administração
Técnica de administração	Uso de procedimentos inapropriados ou técnicas inadequadas na administração.
Medicamentos deteriorados	Administração de medicamento com data de validade expirada ou quando a integridade física ou química do medicamento está comprometida.
Monitoramento	Falha em rever um esquema prescrito para a devida adequação ou detecção de problemas, ou falha em usar apropriadamente dados clínicos ou laboratoriais para avaliar a resposta do paciente à terapia prescrita.
Aderência do paciente	Comportamento inadequado do paciente que interferem em sua participação na proposta terapêutica
Outros	Quaisquer outros erros não enquadrados acima (por exemplo: via de administração).

3.2 Causas dos erros de medicação

Fatores	Causas
Prescrição médica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbal: incorreta, incompleta ou ambígua. ▪ Escrita: incorreta, ilegível, incompleta ou ambígua. ▪ Interpretação incorreta.
Paciente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nome: trocas, homônimos, falha de identificação.
Medicamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nome: similaridade fonética ou ortográfica. ▪ Similaridade: rótulo, da apresentação (comprimido, cápsula), da cor, da forma e do tamanho. ▪ Prospectos, fichas técnicas e informativos incompletos, que induzam a erros. ▪ Embalagem exterior: informação incompleta e aparência que induzam a erros.
Equipamentos e dispositivos de dispensação, preparo e administração	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Defeitos falta de manutenção preventiva. ▪ Falhas no sistema automático de dispensação. ▪ Falha do sistema de infusão/bomba. ▪ Outros.
Fatores humanos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imperícia, imprudência, negligência. ▪ Falta de conhecimento / informação de medicamentos ▪ Falta de conhecimento / informação sobre o paciente. ▪ Desconhecimento de normas e padrões estabelecidos. ▪ Descumprimento de normas e padrões estabelecidos. ▪ Erro no cálculo das doses e da velocidade de infusão. ▪ Erro na escolha do equipamento / dispositivo ▪ Preparo incorreto ▪ Administração incorreta (nove certos) ▪ Falha de anotações (checagens, reações, etc.) ▪ Lapsos, distrações, desvios de atenção. ▪ Estresse e sobrecarga de trabalho. ▪ Cansaço, sono. ▪ Uso de medicamentos, álcool, drogas. ▪ Ansiedade, preocupações. ▪ Situações intimidatórias, complacência e medo.
Outros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quaisquer outros não citados acima.

MEDICAMENTOS USADOS EM EMERGÊNCIAS CLÍNICAS

- ✓ MEDICAMENTOS EXERCEM SEUS EFEITOS TERAPÊUTICOS POR MEIO DE LIGAÇÃO A MOLÉCULA-ALVO (RECEPTORES, ENZIMAS, CANAIS IÔNICOS, ÁCIDOS NUCLÉICOS) PRESENTES NAS CÉLULAS
- ✓ A MAGNITUDE DO EFEITO PRODUZIDO A PARTIR DESTA INTERAÇÃO (MEDICAMENTO-MOLÉCULA-ALVO) DEPENDE, ESPECIALMENTE, DA CONCENTRAÇÃO DESSA SUBSTÂNCIA NO SÍTIO DE AÇÃO.
- ✓ A DOSE, A VIA DE ADMINISTRAÇÃO E A FARMACOCINÉTICA - **ABSORÇÃO, DISTRIBUIÇÃO, METABOLIZAÇÃO E EXCREÇÃO** - DO MEDICAMENTO PODEM AFETAR ESTA VARIÁVEL

BRONCODILATADORES

UMA DAS PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS QUE AFETAM O BOM **FUNCIONAMENTO DO SISTEMA RESPIRATÓRIO**, LEVANDO O PACIENTE A BUSCAR UM ATENDIMENTO EM EMERGÊNCIA, É O **BRONCOESPASMO**, QUE PODE TER ORIGEM EM DIFERENTES DOENÇAS COMO **ASMA, BRONQUITE, PNEUMONIAS, DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA, FIBROSE CÍSTICA E NAS REAÇÕES ANAFILÁTICAS**

AGONISTAS ADRENÉRGICOS: ESTIULAM BRONCODILATAÇÃO

DERIVADOS DA XANTINA: EVITAR A ADMINISTRAÇÃO CONCOMITANTE COM OS SEGUINTE AGENTES: AMIODARONA, CIPROFLOXACINA, CLARITROMICINA, DOBUTAMINA, ONDANSTRONA

BRONCODILATADORES

Broncodilatadores	Reações Adversas por Sistema	Interação Medicamentosa
Adrenalina	<p>SNC – Ansiedade, cefaleia, insônia, confusão.</p> <p>SCV – taquicardia (uso parenteral), palpitação, dor no peito, hipertensão, aumento do consumo de oxigênio pelo miocárdio, arritmias, angina, vasoconstrição, morte súbita.</p> <p>SD – náusea, vômito, xerostomia</p> <p>SGU – retenção urinária, diminuição do fluxo sanguíneo renal.</p> <p>SME – tremor, fraqueza.</p>	<p>- Aumento da toxicidade da adrenalina: anestésicos inalatórios halogenados, alfa e betabloqueadores, antidepressivos tricíclicos, inibidores da MAO.</p> <p>- Diminuição do efeito broncodilatador: betabloqueadores</p> <p>- Diminuição do efeito hipoglicemiante: hipoglicemiantes orais.</p>
Fenoterol	<p>SNC – cefaleia, nervosismo, tontura</p> <p>SCV – palpitação, taquicardia.</p> <p>SR – irritação da orofaringe, tosse.</p> <p>SME – tremor, câimbras</p>	<p>- Aumento do efeito do fenoterol: Ipratrópio, simpatomiméticos, inibidores da MAO e antidepressivos tricíclicos.</p> <p>- Diminuição do efeito broncodilatador: Betabloqueadores.</p>
Salbutamol	<p>SNC – sonolência, insônia, cefaleia, nervosismo, convulsão, tontura, ansiedade, zumbido, inquietação, alucinação, irritabilidade.</p> <p>SCV – palpitação, taquicardia, hipertensão, angina, hipotensão, angioedema.</p> <p>SR – ressecamento nasal, irritação do nariz</p>	<p>- Aumento da toxicidade do Salbutamol: Simpatomimético, metildopa, inibidores da MAO e antidepressivos tricíclicos.</p> <p>- Diminuição do efeito broncodilatador: Betabloqueadores.</p>

Terbutalina	<p>SNC – sonolência, insônia, cefaleia, nervosismo, convulsão, tontura, ansiedade, zumbido.</p> <p>SCV – palpitação, taquicardia, hipertensão, arritmias, prolongamento do intervalo QT.</p> <p>SR – rigidez torácica, dispneia, broncoespasmo, faringite, garganta seca.</p> <p>SD – náusea, vômito, disgeusia.</p> <p>SME – tremores</p>	<p>- Aumento da toxicidade do Terbutalina: Simpatomiméticos, metildopa, inibidores da MAO e antidepressivos tricíclicos.</p> <p>- Diminuição do efeito broncodilatador: Betabloqueadores</p>
Aminofilina	<p>SNC – insônia, cefaleia, convulsão, tontura, ansiedade, agitação.</p> <p>SCV – palpitação, taquicardia sinusal, hipotensão.</p> <p>SD – náusea, vômito, anorexia, diarreia, gosto amargo, dispepsia, irritação anal, epigastralgia.</p>	<p>- Aumento da toxicidade da Aminofilina: Álcool, alopurinol, betabloqueadores, betabloqueadores dos canais de cálcio, cimetidina, ciprofloxacino, claritromicina, corticoides, diuréticos de alça, efedrina, isoniazida, metotrexato, contraceptivos orais, tiabendazol, tacrina, hormônio tireodiano, verapamil.</p> <p>- Diminuição do efeito da Aminofilina: Carbamazepina, cetoconazol, isoproterenol, fenobarbital, fenitoina, rifampicina, ritonavir, simpatomiméticos.</p>
Ipratrópio	<p>SNC – insônia, cefaleia, convulsão, tontura, ansiedade, nervosismo, sonolência, visão borrada.</p> <p>SCV – palpitação, taquicardia, hipertensão, hipotensão, fibrilação atrial, angioedema.</p> <p>SR – broncoespasmo, ressecamento, tosse, piora dos sintomas de broncoespasmo, reação de hipersensibilidade, rouquidão, laringoespasmo.</p> <p>SD – náusea, vômito, constipação, cólica, xerostomia.</p>	<p>Diminuição da toxicidade do ipratrópio: Medicamentos com efeitos anticolinérgicos e outros com propriedade anticolinérgica.</p>

SNC: Sistema Nervoso Central ; SCV: Sistema Cardiovascular ; SR: Sistema Respiratório ; SD: Sistema Digestório ; SME: Sistema Musculo

Cuidados de Enfermagem na Administração dos Broncodilatadores

- ✓ INTERROMPER A ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO, CASO OCORRA BRONCOESPASMO PARADOXÍSTICO, E COMUNICAR O MÉDICO
- ✓ ORIENTAR O PACIENTE A ENXAGUAR A BOCA APÓS O USO INALATÓRIO DE ADRENALINA
- ✓ ORIENTAR O PACIENTE A EVITAR O USO DE SUBSTÂNCIAS QUE CONTENHAM CAFÉINA COMO CHOCOLATE, CAFÉ, CHÁ E REFRIGERANTE • DILUIR A ADRENALINA EM SOLUÇÃO SALINA (3ML), QUANDO UTILIZADA NA NEBULIZAÇÃO
- ✓ OBSERVAR O ESTADO MENTAL
- ✓ MONITORAR A FUNÇÃO RESPIRATÓRIA
- ✓ OBSERVAR A QUANTIDADE E A COLORAÇÃO DA SECREÇÃO PULMONAR
- ✓ VERIFICAR PRESSÃO ARTERIAL, E FREQUÊNCIA CARDÍACA
- ✓ VERIFICAR SINAIS DE REAÇÕES ALÉRGICAS
- ✓ VERIFICAR SE O PACIENTE É ALÉRGICO A BELADONA, ATROPINA, LECITINA DE SOJA E AMENDOIM, QUANDO DO USO DO IPRATRÓPIO, POIS PODERÁ HAVER ALERGIA A ESSE AGENTE TAMBÉM

SEDATIVOS E HIPNÓTICOS

ESTES AGENTES SÃO AMPLAMENTE PRESCRITOS COM O OBJETIVO DE CONTROLAR ESTADOS CONFUSIONAIS AGUDOS; INDUZIR, FACILITAR E MANTER O SONO; FACILITAR A INTUBAÇÃO, A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS E A VENTILAÇÃO MECÂNICA

AJUDAM NO ALÍVIO DO MEDO E DA ANSIEDADE DO PACIENTE, BLOQUEANDO A RESPOSTA FISIOLÓGICA AO ESTRESSE

BENZODIAZEPÍNICOS: TÊM A CAPACIDADE DE REDUZIR ANSIEDADE, CAUSAR SEDAÇÃO, HIPNOSE E RELAXAMENTO MUSCULAR. CLONAZEPAN, CLORAZEPATO E DIAZEPAN POSSUEM PROPRIEDADE ANTICONVULSIVANTE. SEU EMPREGO ESTÁ TRADICIONALMENTE LIGADO AO CONTROLE DA RESPOSTA EMOCIONAL (MEDO, ANSIEDADE) RELACIONADA COM A DOR. SÃO ÚTEIS, TAMBÉM, NO COMBATE À INSÔNIA E À CONTRAÇÃO MUSCULAR.

NEUROLÉPICOS Os FÁRMACOS NEUROLÉPTICOS (TAMBÉM CHAMADOS FÁRMACOS ANTIESQUIZOFRÊNICAS, FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS OU TRANQUILIZANTES MAIORES) SÃO USADOS PRIMARIAMENTE NO TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA, MAS SÃO TAMBÉM EFICAZES, EM OUTROS ESTADOS PSICÓTICOS, COMO OS DE MANIA E DELÍRIO

Reações Adversas e interações Medicamentosas dos Sedativos e Hipnóticos

Hipnóticos e Sedativos	Reações Adversas por Sistemas	Interações Medicamentosas
Prometazina	<p>SNC: sedação, sonolência, confusão, tontura, fadiga, agitação (paradoxal), reação extrapiramidal, zumbido, alucinações, insônia, convulsão, estado catatônico.</p> <p>SCV: taquicardia, bradicardia, palpitação, angioedema, hipertensão, hipotensão.</p> <p>SR: espessamento da secreção brônquica, faringite, depressão respiratória e apnéia (especialmente em crianças).</p> <p>SD: náusea, vômito, xerostomia, dor abdominal, constipação, aumento do apetite.</p> <p>SGU: retenção urinária em pacientes com obstrução do fluxo urinário, diminuição do fluxo sanguíneo renal.</p> <p>SME: tremor, fraqueza, artralgia, parestesia, mialgia.</p>	<p>Aumenta a toxicidade da prometazina: Atropina, álcool, analgésicos opióides, sertralina, desipramina, clorpromazina, fluoxetina, quinidina, ritonavir, propranolol.</p> <p>Diminui o efeito da prometazina: Carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, levodopa (por ter ação antiparkinsoniana inibida pela prometazina).</p> <p>Adrenalina: pode ter a ação vasopressora revertida pela prometazina.</p>
Clorpromazina	<p>SNC: sedação, sonolência, agitação, ansiedade, síndrome extrapiramidal, sinais de pseudoparkinsonismo, discinesia tardia, síndrome neuroléptica maligna, convulsão e alteração da regulação da temperatura.</p> <p>SCV: hipotensão (principalmente infusão IV), hipotensão ortostática, hipertensão, taquicardia, arritmias.</p> <p>SR: laringoespasma, dispneia, depressão respiratória.</p> <p>SD: constipação, desconforto TGI, náusea, vômito, anorexia, xerostomia.</p> <p>SGU: impotência, retenção urinária.</p> <p>SH: agranulocitose, anemia, leucopenia, eosinofilia, trombocitopenia, anemia hemolítica.</p>	<p>Aumenta a toxicidade da clorpromazina: Propranolol, antidepressivos IRSS, analgésicos opióides, álcool, barbitúricos, anti-histamínicos.</p> <p>Aumenta a toxicidade dos seguintes agentes: Anfetaminas, betabloqueadores cardioseletivos, lidocaína, antidepressivos tricíclicos, anticolinérgicos, anti-hipertensivos, lítio, ácido valpróico.</p> <p>Diminui o efeito da clorpromazina: Antiácidos a base de alumínio ou magnésio, codeína, oxicodona, tamadol.</p>
Haloperidol	<p>SNC: síndrome extrapiramidal, acatisia, distonia, pseudoparkinsonismo, síndrome</p>	<p>Aumento da toxicidade do haloperidol:</p>

	<p>neuroléptica maligna, sonolência, agitação, euforia, insônia, confusão, cefaleia, letargia, vertigem, convulsão, depressão, hiperpirexia, exacerbação dos sintomas psicóticos.</p> <p>SCV: taquicardia, hipotensão, hipotensão ortostática, hipertensão, alterações no ECG (prolongamento no intervalo QT).</p> <p>SR: broncoespasmo, laringoespasma, aumento da profundidade da respiração.</p> <p>SD: constipação, náusea, vômito, dispepsia, icterícia, hepatite, hipersalivação, xerostomia, obstrução intestinal.</p> <p>SGU: retenção urinária, enurese, priapismo.</p> <p>SH: leucopenia, leucocitose, anemia.</p>	<p>Antifúngicos azólicos, clorpromazina, ciprofloxacina, claritromicina, diclofenaco, fluoxetina, propranolol, quinidina, verapamil.</p> <p>Aumenta o efeito dos seguintes agentes: Anfetaminas, betabloqueadores cardioseletivos, bloqueadores de canais de cálcio, ciclosporina, fluoxetina, lidocaína, sildenafil, antidepressivos tricíclicos, álcool, analgésicos opióides, sedativos hipnóticos, anti-hipertensivos.</p> <p>Diminui os efeitos do haloperidol: Carbamazepina, fenobarbital, rifampicina, tabagismo.</p> <p>Diminui os efeitos dos seguintes agentes: Codeína, oxicodona, tramadol.</p>
Diazepam	<p>SNC: sonolência, sedação, lassidão, amnésia, cefaleia, vertigem, redução da velocidade de raciocínio, confusão, ataxia, tolerância, dependência física e psíquica.</p> <p>SCV: hipotensão</p> <p>SGI: náusea, constipação.</p>	<p>Aumenta a toxicidade dos seguintes agentes: Barbitúricos, analgésicos opióides, IMAO, fenotiazinas, álcool, anti-histamínicos, sedativos hipnóticos, antidepressivos.</p> <p>Aumenta a toxicidade do diazepam: Omeprazol, ticlopidina, antifúngicos azólicos, ciprofloxacina, claritromicina, diclofenaco, propofol, quinidina, verapamil.</p> <p>Diminui os efeitos do diazepam: Carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, erifampicina.</p>
Midazolam	<p>SNC: sonolência, cefaleia, nistagmo, vertigem, tolerância, dependência física e psíquica.</p> <p>SCV: hipotensão</p> <p>SGI: náusea, vômito.</p>	<p>Aumenta a toxicidade do midazolam: Antifúngico azólicos, ciprofloxacina, claritromicina, diclofenaco, propofol, quinidina, verapamil.</p> <p>Diminui os efeitos do midazolam: Carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, erifampicina.</p>

IRSS – Inibidores seletivos de receptação de serotonina

IMAO - Inibidor da monoamino-oxidase.

Cuidados de Enfermagem na Administração de Sedativos e Hipnóticos

✓ **OBSERVAR O ESTADO MENTAL** • ✓
AVALIAR PA, FR, FC ANTES DO TRATAMENTO E A CADA 4 HORAS DURANTE O INÍCIO DO TRATAMENTO

✓ **OBSERVAR SINAIS FREQUENTES COMO SÍNCOPE, TONTURA, PALPITAÇÃO, TAQUICARDIA E HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA**

✓ **AVALIAR SINAIS DA SÍNDROME EXTRAPIRAMIDAL E DA SÍNDROME NEUROLÉPTICA MALIGNA** • VERIFICAR DÉBITO URINÁRIO. OBSERVAR PRESENÇA DE BEXIGOMA

OBSERVAR ELIMINAÇÃO INTESTINAL • EVITAR A INFUSÃO SIMULTÂNEA DA PROMETAZINA COM OS SEGUINTE AGENTES: AMINOFILINA, ANFOTERICINA B, AMPICILINA, CLORANFENICOL, CLOROTIAZIDA, METICILINA, PENICILINA G, FENOBARBITAL

✓ **EVITAR A INFUSÃO SIMULTÂNEA DO HALOPERIDOL COM OS SEGUINTE AGENTES: FLUCONAZOL, FOSCARNET, HEPARINA** • ORIENTAR O PACIENTE E OS FAMILIARES SOBRE EVITAR ATIVIDADES QUE ENVOLVAM ATENÇÃO (DIRIGIR, OPERAR MÁQUINAS)

DROGAS VASOATIVAS

DROGAS SIMPATOMIMÉTICAS

AS CATECOLAMINAS (NORADRENALINA, DOPAMINA E DOBUTAMINA) SÃO OS AGENTES SIMPATOMIMÉTICOS MAIS UTILIZADOS EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA. OS EFEITOS DAS CATECOLAMINAS VARIAM DE ACORDO COM A DOSE UTILIZADA, PODENDO ESTIMULAR RECEPTORES ALFA, BETA E DOPA. PORTANTO, ESSAS DROGAS SÃO CLASSIFICADAS EM: ALFA-ADRENÉRGICA, BETA-ADRENÉRGICA E DOPAMINÉRGICA OU MISTA, DE ACORDO COM O PREDOMÍNIO DE RECEPTORES SENSIBILIZADOS.

DOPAMINA

MECANISMO DE AÇÃO: É INATIVADA NO MEIO GÁSTRICO, PORTANTO SÓ PODE SER UTILIZADA POR VIA ENDOVENOSA EM ADMINISTRAÇÃO CONTÍNUA. APRESENTA INÍCIO E CESSAÇÃO DE SEUS EFEITOS PRATICAMENTE IMEDIATOS, SUA MEIA-VIDA É DE 2 MINUTOS.

INDICAÇÕES: PARA PACIENTES COM DISFUNÇÃO MIOCÁRDICA E BAIXO DÉBITO CARDÍACO. TAMBÉM É INDICADA EM SITUAÇÕES NOS QUAIS OS PARÂMETROS HEMODINÂMICOS ESTEJAM ESTÁVEIS, PORÉM COM OLIGÚRIA PERSISTENTE (EFEITO DOPAMINÉRGICO). É UTILIZADA NOS CASOS DE BRADICARDIA SINTOMÁTICA (APÓS O USO DE ATROPINA SEM SUCESSO), NO BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR DE SEGUNDO GRAU TIPO II OU TERCEIRO GRAU QUE NÃO RESPONDE AO TRATAMENTO COM MARCA-PASSO TRANSVENOSO, NO TRATAMENTO DE CHOQUE (IAM, CIRURGIA CARDÍACA, ICC DESCOMPENSADA E INSUFICIÊNCIA RENAL) PERSISTENTE DEPOIS DE REPOSIÇÃO VOLÊMICA E NOS CASOS DE HIPOTENSÃO [PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (PAS) INFERIOR OU IGUAL A 70 A 100 MMHG] COM SINAIS E SINTOMAS DE CHOQUE.

DROGAS VASOATIVAS

DOBUTAMINA

MECANISMO DE AÇÃO: ATUA SOBRE O DÉBITO CARDÍACO, COM RESPOSTA HEMODINÂMICA DOSE-DEPENDENTE. TEM POUCA AÇÃO NA PRESSÃO ARTERIAL, NO FLUXO RENAL E CORONÁRIO. ASSOCIADA AO AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE ARRITMIA VENTRICULAR E MORTALIDADE. AGE PREDOMINANTEMENTE SOBRE OS RECEPTORES BETA-1, COM POUCO EFEITO NOS RECEPTORES ALFA, BETA-2 OU DOPAMINÉRGICOS. O INÍCIO DE AÇÃO ENDOVENOSA É DE 1 A 10 MINUTOS, O SEU PICO DE AÇÃO OCORRE ENTRE 10 E 20 MINUTOS, COM MEIA-VIDA DE 2 MINUTOS. A EXCREÇÃO É RENAL, E O METABOLISMO, HEPÁTICO.

INDICAÇÃO: PODE SER USADA ASSOCIADA À DOPAMINA OU ISOLADAMENTE EM BAIXO DÉBITO, SEM HIPOTENSÃO. É A DROGA DE ESCOLHA PARA AUMENTAR A CONTRATIBILIDADE MIOCÁRDICA, OU SEJA, MELHORAR A FUNÇÃO VENTRICULAR E O DESEMPENHO CARDÍACO NOS PACIENTES COM ICC OU CHOQUE CARDIOGÊNICO, POR EXEMPLO.

NORADRENALINA

MECANISMO DE AÇÃO: É UM POTENTE VASOCONSTRITOR VISCERAL E RENAL, TEM AÇÃO VASOCONSTRITORA SOBRE A REDE VASCULAR (SISTÊMICA E PULMONAR). DEPENDENDO DA DOSE UTILIZADA PROVOCA AUMENTO DO VOLUME SISTÓLICO, DIMINUIÇÃO REFLEXA DA FREQUÊNCIA CARDÍACA E IMPORTANTE VASOCONSTRIÇÃO PERIFÉRICA (COM ELEVÇÃO DA PA). SUA DEGRADAÇÃO É HEPÁTICA, E A EXCREÇÃO RENAL. A AÇÃO ENDOVENOSA É RÁPIDA, COM DURAÇÃO LIMITADA.

INDICAÇÃO: NA ELEVÇÃO DA PA DE PACIENTES SÉPTICOS, HIPOTENSOS E QUE NÃO RESPONDEM À ADMINISTRAÇÃO DE VOLUME E OUTRAS DROGAS VASOATIVAS. É UTILIZADA NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA QUANDO EXISTE SÍNDROME VASOPLÉGICA.

DROGAS VASODILATADORAS

A FALÊNCIA CIRCULATÓRIA AGUDA POSSUI VÁRIAS ETIOLOGIAS, PORÉM OS MECANISMOS DETERMINANTES SÃO:

- DIMINUIÇÃO DO VOLUME CIRCULANTE;
- DIMINUIÇÃO DO DÉBITO CARDÍACO;
- DIMINUIÇÃO DA RESISTÊNCIA PERIFÉRICA.

É ÚTIL NOS CASOS EM QUE A REPOSIÇÃO VOLÊMICA ADEQUADA E A OTIMIZAÇÃO DO DÉBITO CARDÍACO COM AS DROGAS INOTRÓPICAS NÃO REVERTEM A CONDIÇÃO DE BAIXO DÉBITO.

OS VASODILADORES PODEM SER CLASSIFICADOS DE ACORDO COM O SEU SÍLIO DE AÇÃO EM VASODILADORES (NITRATOS E NITROGLICERINA), ARTERIODILADORES (HIDRALAZINA) E DE AÇÃO MISTA (NITROPRUSSIATO DE SÓDIO).

O VASODILADOR MAIS USADO EM EMERGÊNCIAS CLÍNICAS É O NITROPRUSSIATO DE SÓDIO.

DROGAS VASODILADORAS

NITROPRUSSIATO DE SÓDIO:

MECANISMO DE AÇÃO: ESSE MEDICAMENTO É METABOLIZADO PELAS CÉLULAS DO MÚSCULO LISO E LIBERA ÓXIDO NÍTRICO QUE É RESPONSÁVEL PELA VASODILATAÇÃO DAS ARTERÍOLAS (DIMINUIÇÃO DA RESISTÊNCIA VASCULAR SISTÊMICA) E DAS VÊNULAS (DIMINUIÇÃO DO RETORNO VENOSO, DO DÉBITO CARDÍACO E DA FRAÇÃO DE EJEÇÃO DO VENTRÍCULO ESQUERDO). ADMINISTRADO POR VIA ENDOVENOSA

INDICAÇÕES: É UTILIZADO NO TRATAMENTO DE EMERGÊNCIAS **HIPERTENSIVAS**, EM SITUAÇÕES QUE SEJA NECESSÁRIO REDUZIR A PRÉ E PÓS CARGA (ANEURISMA DISSECANTE DE AORTA, AUMENTO DO DÉBITO CARDÍACO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA E NA DIMINUIÇÃO DA DEMANDA DE O₂ NO PÓS INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO).

É USADA TAMBÉM PARA INDUZIR HIPOTENSÃO CONTROLADA DURANTE A ANESTESIA E PARA REDUZIR SANGRAMENTO EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS.

DROGAS VASODILATADORAS

NITROGLICERINA

MECANISMO DE AÇÃO: ATUA NO SISTEMA NERVOSO, DIMINUI A PRÉ-CARGA DO CORAÇÃO, PODENDO OCASIONAR HIPOTENSÃO E TAQUICARDIA REFLEXA. A AÇÃO OCORRE DE 2 A 5 MINUTOS APÓS O INÍCIO DA INFUSÃO E SUA ELIMINAÇÃO É RENAL.

INDICAÇÃO: SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS, NAS SÍNDROMES CORONÁRIAS AGUDAS, NA HIPERTENSÃO PULMONAR, A ICC PÓS IAM E NO EDEMA AGUDO DE PULMÃO.

MEDICAMENTOS MAIS USADOS NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

ADRENALINA: É O MEDICAMENTO FUNDAMENTAL NO TRATAMENTO DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA. AUMENTA A PRESSÃO DE PERFUSÃO CORONARIANA E CEREBRAL. PRODUZ BRONCODILATAÇÃO, VASOCONSTRIÇÃO, CONTROLA A FREQUÊNCIA CARDÍACA E PRESSÃO ARTERIAL, POR TER AFINIDADE COM OS RECEPTORES BETA ADRENÉRGICOS CARDÍACOS E PULMONARES. A DOSE RECOMENDADA É DE 1 MG EV EM BOLUS A CADA 3 A 5 MINUTOS.

ATROPINA: É UM AGENTE PARASSIMPÁTICO QUE REDUZ O TÔNUS VAGAL, AUMENTA A FREQUÊNCIA DO NÓ SINUSAL E FACILITA A CONDUÇÃO A-V, OU SEJA, MELHORA A CONDUÇÃO DOS IMPULSOS ELÉTRICOS NO MIOCÁRDIO E, CONSEQUENTEMENTE, O BATIMENTO CARDÍACO. INDICADO EM BRADICARDIA SINUSAL. A DOSE RECOMENDADA EM ASSISTOLIA É DE 1 MG EV E, BOLUS, DE 3 A 5 MINUTOS ATÉ 0,4 MG/KG DE PESO.

MEDICAMENTOS MAIS USADOS NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

VASOPRESSINA: TEM AÇÃO VASOCONSTRITORA NÃO ADRENÉRGICA. ATUA SOBRE OS RECEPTORES DO MÚSCULO LISO. ADMINISTRADO EM DOSE ÚNICA, POIS TEM UMA MEIA-VIDA LONGA, DE 10 A 20 MINUTOS E NÃO HÁ EVIDÊNCIAS DE QUE UMA SEGUNDA DOSE SEJA EFETIVA.

LIDOCAÍNA: BLOQUEIA REVERSIVELMENTE A PROPAGAÇÃO DOS IMPULSOS AO LONGO DAS FIBRAS NERVOSAS. PODE TER EFEITO SIMILAR NAS MEMBRANAS EXCITÁVEIS DO CÉREBRO E DO MIOCÁRDIO. DOSE DE 1 A 1,5 MG/KG EV EM BOLUS, REPETINDO A DOSE A CADA 3 A 5 MINUTOS ATÉ 3MG/KG. •

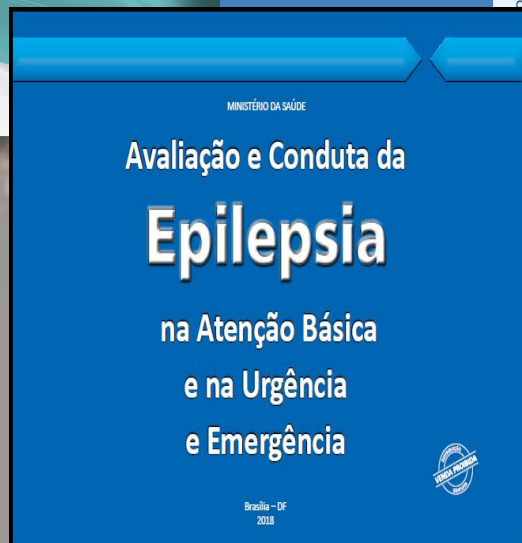
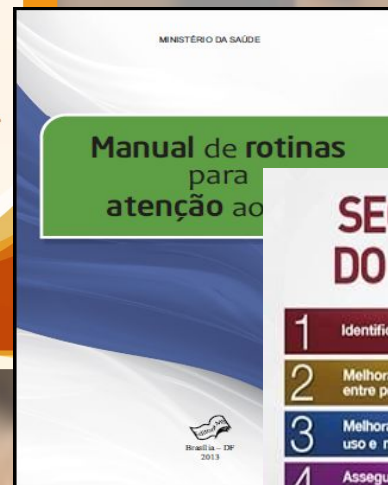
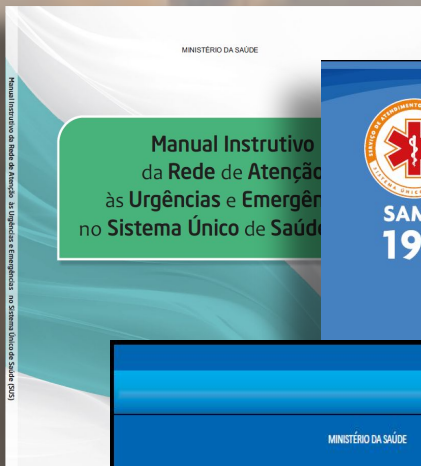
AMIODARONA: PESQUISAS AFIRMAM QUE OS PACIENTES APRESENTAM UMA BOA RESPOSTA NA UTILIZAÇÃO DESTE MEDICAMENTO. TEM EFEITO BETABLOQUEADOR DISCRETO. ADMINISTRADO EM BOLUS DE 300 MG. DEPOIS É NECESSÁRIO QUE SE FAÇA MANUTENÇÃO PARA DESMAME DA DROGA, ADMINISTRANDO 1 MG/MIN NAS PRIMEIRAS 6 HORAS E 0,5 MG/KG NAS PRÓXIMAS 24 HORAS. A DOSE MÁXIMA TOLERADA É DE 2 GR. NAS 24 HORAS

MOMENTO DISCUSSÃO:

Protocolos

Otimização de fluxos

Modelos Assistenciais



SEGURANÇA DO PACIENTE

- 1 Identificar corretamente o paciente.
- 2 Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
- 3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- 5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6 Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Melhorar sua vida, nosso compromisso.

PROTÓCOLOS

SEGURANÇA DO PACIENTE

- ✓ SISTÊMICOS
- ✓ GERENCIADOS
- ✓ MELHORAM A COMUNICAÇÃO
- ✓ ASSISTÊNCIA SEGURA
- ✓ TRABALHO EM EQUIPE
- ✓ GERENCIAMENTO RISCOS;

1

Identificar corretamente o paciente.

2

Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.

3

Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.

4

Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.

5

Higienizar as mãos para evitar infecções.

6

Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

LINKS PARA ACESSO:



<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo---Identifica----o-do-Paciente.pdf>

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/PROTOCOLO-ULCERA-POR-PRESS--O.pdf>

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo-Medicamentos.pdf>

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/PROTOCOLO-CIRURGIA-SEGURA.pdf>

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/PROTOCOLO-HIGIENE-DAS-M--OS.pdf>

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/02/Protocolo---Preven----o-de-Quedas>



Atendimento Inicial

✓ SEQUÊNCIA LÓGICA
CENTRADA NA
ESTABILIZAÇÃO
DOS SINAIS VITAIS



PARA ISSO...

- ✓ O USO DE PROTOCOLOS NA ÁREA DA SAÚDE PROPORCIONA UMA EVOLUÇÃO PARA O CUIDADO, À MEDIDA QUE VEM COM A FINALIDADE DE CONFERIR EMBASAMENTO CIENTÍFICO AO PROFISSIONAL.
- ✓ OS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS SISTEMATIZAM A AÇÃO DO PROFISSIONAL, ALÉM DE SEREM FUNDAMENTAIS PARA A EFETIVA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E AVALIAÇÃO DA VULNERABILIDADE DO PACIENTE

TRIAGEM

PARA AUXILIAR NA DEFINIÇÃO DA PRIORIDADE DE ATENDIMENTOS AOS PACIENTES, FORAM DESENVOLVIDOS, NAS ÚLTIMAS DÉCADAS, **PROTOCOLOS PARA AJUDAR OS PROFISSIONAIS** NESTA AVALIAÇÃO. OS MAIS CONHECIDOS SÃO: O INGLÊS **MANCHESTER TRIAGE SYSTEM** (PROTOCOLO DE **MANCHESTER - MTS**), O AUSTRALIANO **AUSTRALASIAN TRIAGE SCALE** (ATS), O CANADENSE **CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE** (CTAS) E O AMERICANO **EMERGENCY SEVERITY INDEX** (ESI). **NO BRASIL, O MTS É MAIS UTILIZADO**, IDENTIFICANDO OS PACIENTES ATRAVÉS DE **PULSEIRAS COLORIDAS, COM CINCO CORES**, EM QUE CADA UMA CORRESPONDE AO NÍVEL DE GRAVIDADE DE CADA CASO E O TEMPO INDICADO PARA ATENDIMENTO.

A TRIAGEM TAMBÉM SE APLICA À CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES NO **LOCAL DO ACIDENTE** E À **ESCOLHA DO SERVIÇO PARA O QUAL O DOENTE DEVERÁ SER TRANSPORTADO**, SENDO DE RESPONSABILIDADE DO MÉDICO REGULADOR DECIDIR SOBRE A GRAVIDADE E DEFINIR O SETOR DE DESTINO DO PACIENTE. É INADEQUADO TRANSFERIR UM PACIENTE PARA UM HOSPITAL NÃO ESPECIALIZADO NO TRATAMENTO QUANDO UM CENTRO QUALIFICADO ESTÁ DISPONÍVEL EM OUTRO SERVIÇO.

AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE TRAUMATIZADO

EM CASO DE LESÕES GRAVES, DEVE SER ESTABELECIDADA UMA SEQUÊNCIA LÓGICA DE TRATAMENTO DE ACORDO COM AS PRIORIDADES, SENDO O ABCDE .

A - AIRWAY - VIAS AÉREAS - CONTROLE DA COLUNA CERVICAL

B - BREATHING - RESPIRAÇÃO E VENTILAÇÃO

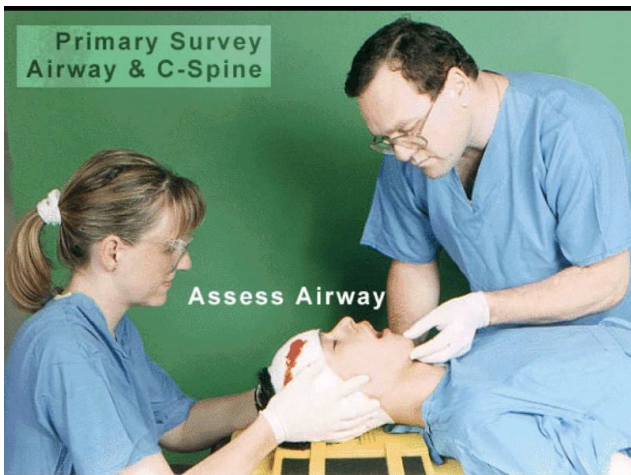
C - CIRCULATION - CIRCULAÇÃO

B - DISABILITY - CONDIÇÃO NEUROLÓGICA

E - EXPOSURE - EXPOSIÇÃO



AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE TRAUMATIZADO



CONTROLE DA COLUNA CERVICAL



Manobra de Chin Lift



Manobra de JawTrust

INSERÇÃO DA CÂNULA DE GUEDEL



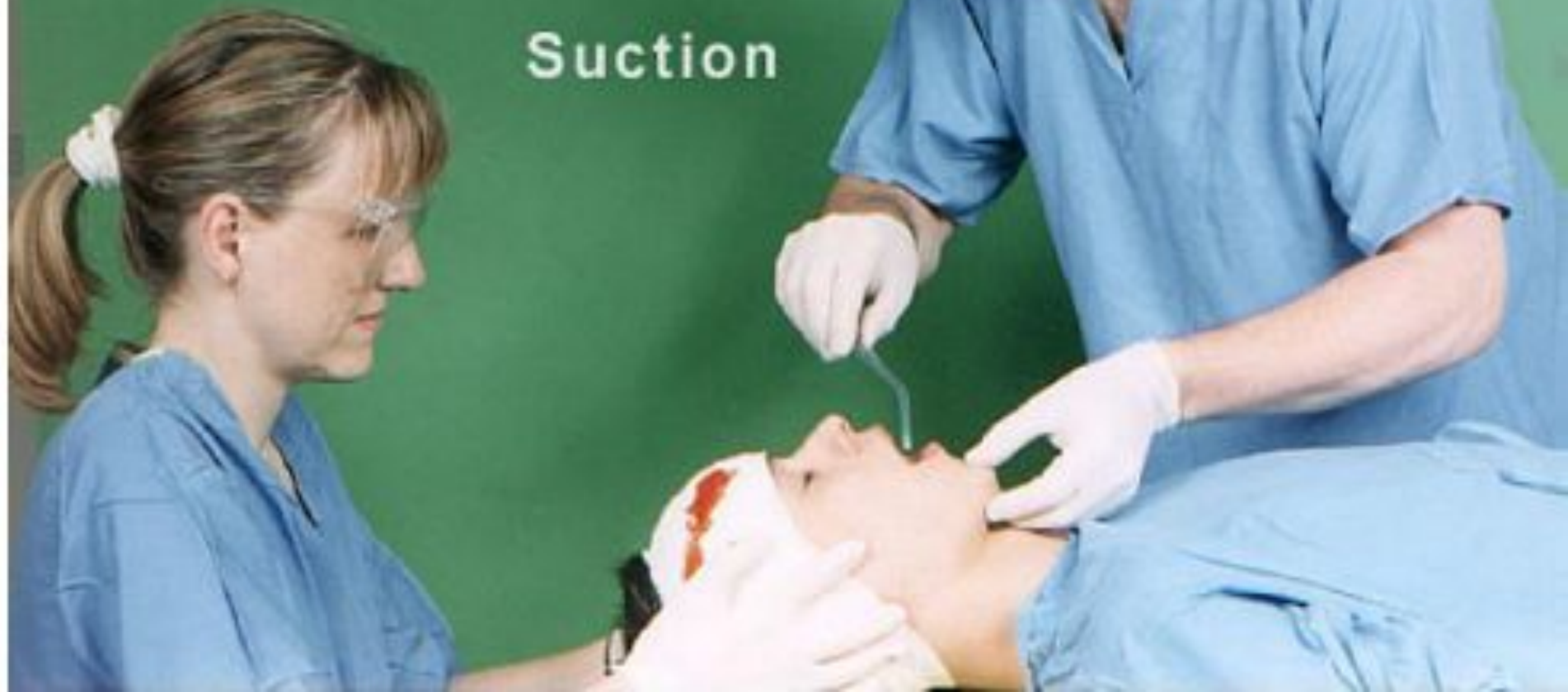


Primary Survey

ASPIRAÇÃO CAVIDADE ORAL



Suction



RESPIRAÇÃO E VENTILAÇÃO



PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE
MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA E
OXIMETRIA DE PULSO
PADRÃO RESPIRATÓRIO
CIANOSE DE EXTREMIDADES

RUÍDOS RESPIRATÓRIOS
ENFISEMA SUBCUTÂNEO
PRESENÇA DE LESÕES NA
CAIXA TORÁCICA
DESVIO DE TRAQUÉIA E
ESTASE JUGULAR

Primary Survey Airway & C-Spine

Basic airway manoeuvre:

Oxygenation:

> 12 L/min

Non-rebreathing mask
airway



airway

ATENDIMENTO INICIAL PRECAUÇÕES BÁSICAS

AVENTAL

LUVAS

MÁSCARA

**PROTETORES BRAÇOS/
PERNAS**

GORRO

ÓCULOS

SUPORTE BÁSICO DE VIDA NO ADULTO



CLÍNICO

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO ATUAL EM PACIENTES CLÍNICOS (AMLS) OPQRST

O (ORIGEM) O QUE VOCÊ ESTAVA FAZENDO QUANDO A DOR COMEÇOU? A DOR COMEÇOU DE REPENTE OU AOS POUCOS? -

P (PALIAÇÃO/PROVOCAÇÃO) ALGUMA COISA FAZ A DOR PARAR, MELHORAR OU PIORAR? -

Q (QUALIDADE) DESCREVA A DOR (QUEIMAÇÃO, FACADA, INCÔMODA, DOLORIDA, PENETRANTE).

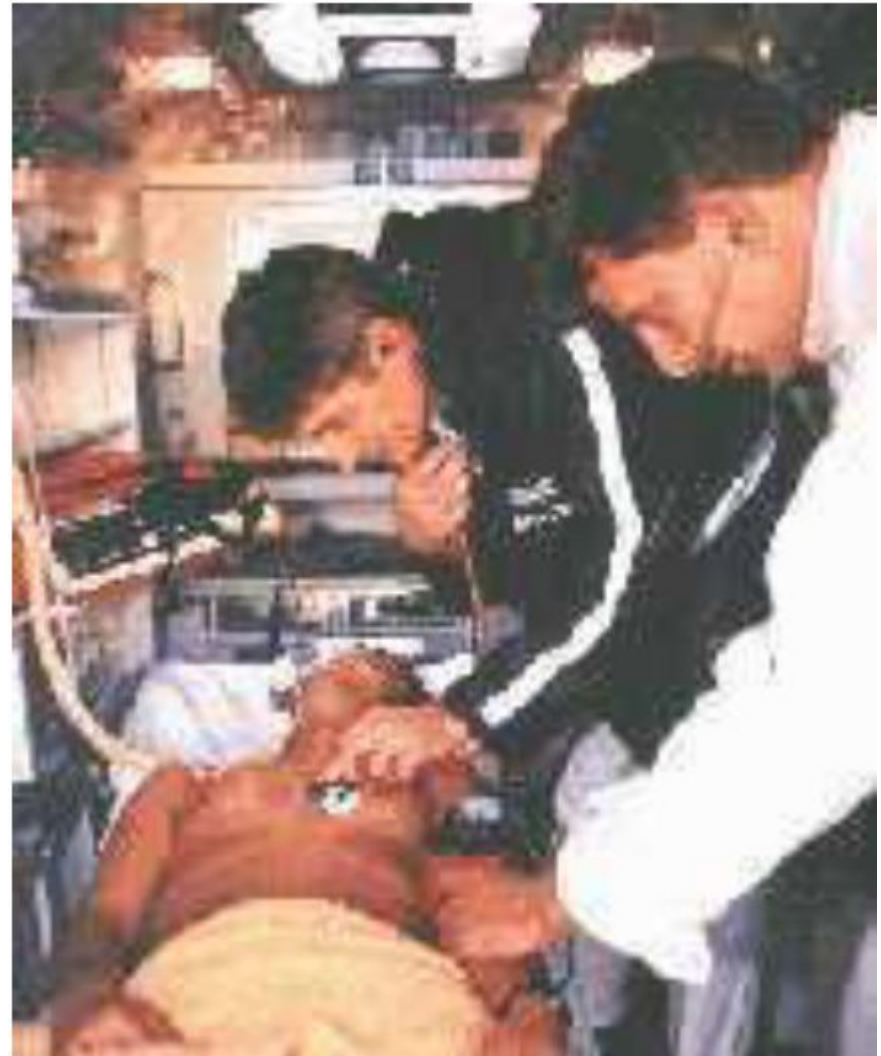
R (REGIÃO/IRRADIAÇÃO/REFERIDA) VOCÊ PODE APONTAR PARA O LUGAR ONDE SENTE DOR? A DOR PERMANECE LOCALIZADA OU SE MOVE?

S (SEVERIDADE) QUAL A INTENSIDADE DA DOR? QUE NOTA VOCÊ DÁ PARA A DOR EM UMA ESCALA DE 1 A 10, CONSIDERANDO QUE 1 É UMA DOR PEQUENA E 10 É A PIOR DOR QUE JÁ SENTIU? -

T (TEMPO/DURAÇÃO) HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ SE SENTE DESSA MANEIRA?

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA EM PACIENTES CLÍNICOS (AMLS)

1. AVALIAR A **RESPONSIVIDADE** (CHAMAR O PACIENTE) E EXPANSÃO TORÁCICA
2. AVALIAR **PERMEABILIDADE DE VIA AÉREA (VA)** E CORRIGIR SITUAÇÕES DE RISCO COM: HIPEREXTENSÃO DA CABEÇA E ELEVAÇÃO DO QUEIXO, CÂNULA OROFARÍNGEA, ASPIRAÇÃO E RETIRADA DE PRÓTESES, SE NECESSÁRIO.
3. AVALIAR **VENTILAÇÃO**
4. AVALIAR **ESTADO CIRCULATÓRIO**
5. AVALIAR **ESTADO NEUROLÓGICO**



AValiação SECUNDÁRIA (PHTLS) EXAME FÍSICO POR SISTEMAS + SAMPLA

DEVE SER REALIZADA SOMENTE APÓS ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE

REALIZAR AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR (OXIMETRIA, GLICEMIA)

REALIZAR EXAME DA CABEÇA AOS PÉS

S – SINAIS E SINTOMAS

A – ALERGIAS

M – MEDICAÇÕES EM USO

P – PASSADO MÉDICO

L – LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS

A – AMBIENTE DO EVENTO

A AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA É IMPORTANTE, PORÉM NÃO OBRIGATÓRIA. OBJETIVO ESPECÍFICO DA AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA: LOCALIZAR ALTERAÇÕES NA COR DA PELE OU MUCOSAS, ASSIMETRIAS MORFOLÓGICAS, INSTABILIDADES HEMODINÂMICAS, RUÍDOS ANÔMALOS EMITIDOS PELO PACIENTE, ALTERAÇÕES DE MOTRICIDADE E SENSIBILIDADE.

A hand with the index finger pointing towards a glowing blue ECG (heart rate) line that spans across the frame. The background is dark with a subtle blue glow around the ECG line.

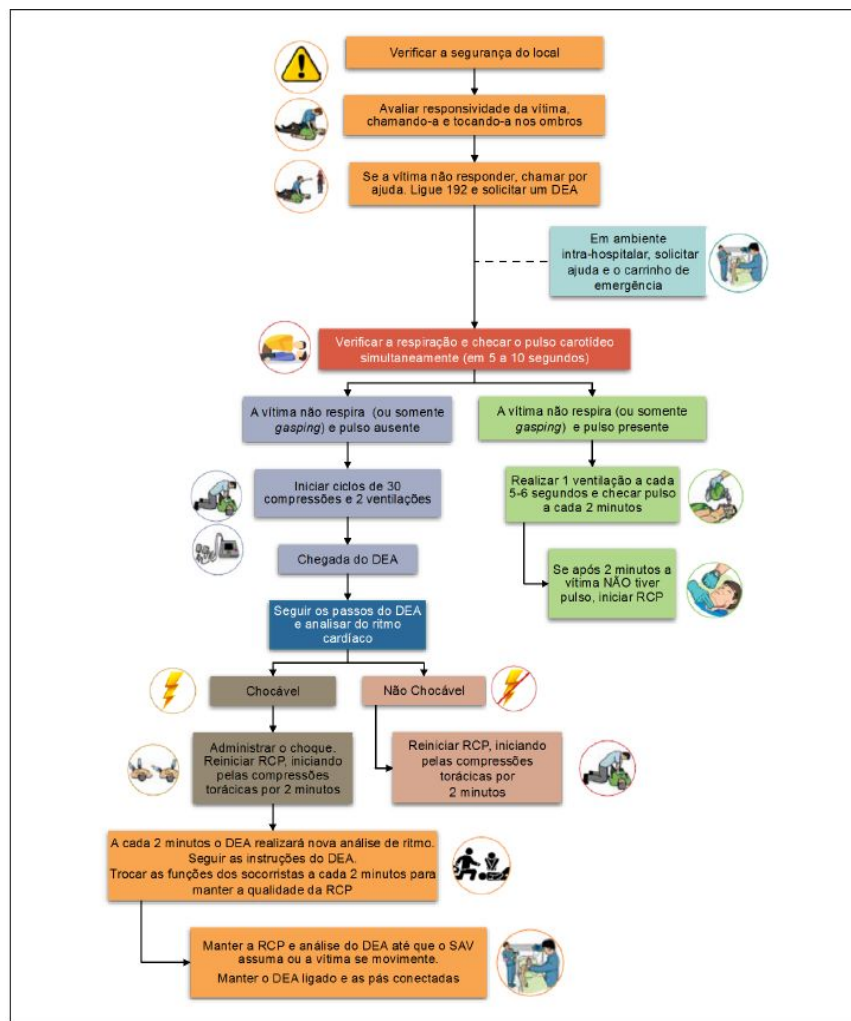
SITUAÇÕES DE UE
CARDIORRESPIRATÓRIAS

Suporte básico de vida no adulto

- ✓ A DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA, PRINCIPAL DETERMINANTE DA PCR, CONTINUA LIDERANDO AS CAUSAS DE MORTE NO MUNDO, E NO BRASIL NÃO É DIFERENTE.
- ✓ SABE-SE QUE, A CADA MINUTO TRANSCORRIDO DO INÍCIO DO EVENTO ARRÍTMICO SÚBITO SEM DESFIBRILAÇÃO, A PROBABILIDADE DE SOBREVIVÊNCIA DIMINUI EM 7 A 10%.
- ✓ PROGRAMAS DE RCP E COM USO DE DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA) PRECOCE, REALIZADOS POR LEIGOS, TÊM PROPORCIONADO TAXAS DE
- ✓ SOBREVIVÊNCIA MUITO OTIMISTAS, ALCANÇANDO ATÉ 85%.

Sequência do Suporte Básico de Vida do Adulto para Profissionais da Saúde

- ✓ SEGURANÇA DO LOCAL
- ✓ AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA
- ✓ CHAME AJUDA
- ✓ CHEQUE RESPIRAÇÃO E PULSO
- ✓ INICIE CICLOS DE 30 COMPRESSÕES E DUAS VENTILAÇÕES



RCP

COMPRESSÕES TORÁCICAS:

- ✓ OBSERVAR FREQUÊNCIA, PROFUNDIDADE, RETORNO DO TÓRAX A CADA COMPRESSÃO E INTERRUÇÃO MÍNIMA
- ✓ MAXIMIZAR A QUANTIDADE DE TEMPO EM QUE AS COMPRESSÕES TORÁCICAS GERAM FLUXO DE SANGUE
- ✓ POSICIONE-SE AO LADO DA VÍTIMA E MANTENHA SEUS JOELHOS AFASTADOS, PARA QUE TENHA MELHOR ESTABILIDADE
- ✓ DEIXAR TÓRAX DESNUDO
- ✓ COLOQUE A REGIÃO HIPOTENAR DE UMA MÃO SOBRE A METADE INFERIOR DO ESTERNO DA VÍTIMA E A OUTRA MÃO SOBRE A PRIMEIRA, ENTRELAÇANDO-A.
- ✓ ESTENDA OS BRAÇOS E OS MANTENHA CERCA DE 90° ACIMA DA VÍTIMA



Figura 2.1 – Posicionamento adequado das mãos para realização das compressões torácicas.

RCP



Figura 2.2 – Manobra da inclinação da cabeça e elevação do queixo



Figura 2.4 – Posicionamento utilizando máscara de bolso com hiperextensão da cabeça.

VENTILAÇÃO: AS VENTILAÇÕES SÃO APLICADAS APÓS 30 COMPRESSÕES TORÁCICAS

ABERTURA DAS VIAS AÉREAS: MANOBRA DA INCLINAÇÃO DA CABEÇA E ELEVAÇÃO DO QUEIXO OU MANOBRA DE ELEVAÇÃO DO ÂNGULO DA MANDÍBULA

REALIZAÇÃO DE VENTILAÇÕES

DEVEM SER REALIZADAS EM UMA PROPORÇÃO DE 30 COMPRESSÕES PARA DUAS VENTILAÇÕES, COM DURAÇÃO DE APENAS 1 SEGUNDO CADA, FORNECENDO QUANTIDADE DE AR SUFICIENTE PARA PROMOVER A ELEVAÇÃO DO TÓRAX.

RCP



- ✓ A PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) PERMANECE COMO UMA DAS EMERGÊNCIAS CARDIOVASCULARES DE GRANDE PREVALÊNCIA E COM MORBIDADE E MORTALIDADE ELEVADAS
- ✓ RECONHECIMENTO PRECOCE DAS CAUSAS DESENCADEANTES, ORIENTANDO A INTERVENÇÃO PARA CADA CENÁRIO CLÍNICO

RCP

O PRINCIPAL RITMO DE PCR EM AMBIENTE EXTRA-HOSPITALAR É A **FIBRILAÇÃO VENTRICULAR (FV)** E A **TAQUICARDIA VENTRICULAR (TV)**, CHEGANDO A QUASE 80% DOS EVENTOS, COM BOM ÍNDICE DE SUCESSO NA REVERSÃO

QUANDO A DESTFIBRILAÇÃO É REALIZADA PRECOCEMENTE, EM ATÉ 3 A 5 MINUTOS DO INÍCIO DA PCR, A TAXA DE SOBREVIDA É EM TORNO DE 50% A 70%

NO MANEJO DAS URGÊNCIAS CARDIOLÓGICAS, DESTACA-SE A IMPORTÂNCIA DO PRONTO RECONHECIMENTO DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E APLICAÇÃO DE MANOBRAS DE RESSUSCITAÇÃO DE ALTA QUALIDADE



RCP

DESTIBRILAÇÃO

- ✓ DESTIBRILAÇÃO PRECOCE É O TRATAMENTO PARA VÍTIMAS EM FV E TV SEM PULSO (TVSP) DE CURTA DURAÇÃO, QUE APRESENTARAM COLAPSO SÚBITO
- ✓ NOS PRIMEIROS 3 A 5 MINUTOS DE UMA PCR EM FV (FIGURA 2.8), O CORAÇÃO SE ENCONTRA ALTAMENTE PROPÍCIO AO CHOQUE
- ✓ CAPAZ DE INTERPRETAR O RITMO CARDÍACO, SELECIONAR O NÍVEL DE ENERGIA E CARREGAR AUTOMATICAMENTE, CABENDO AO OPERADOR APENAS PRESSIONAR O BOTÃO DE CHOQUE, QUANDO INDICADO

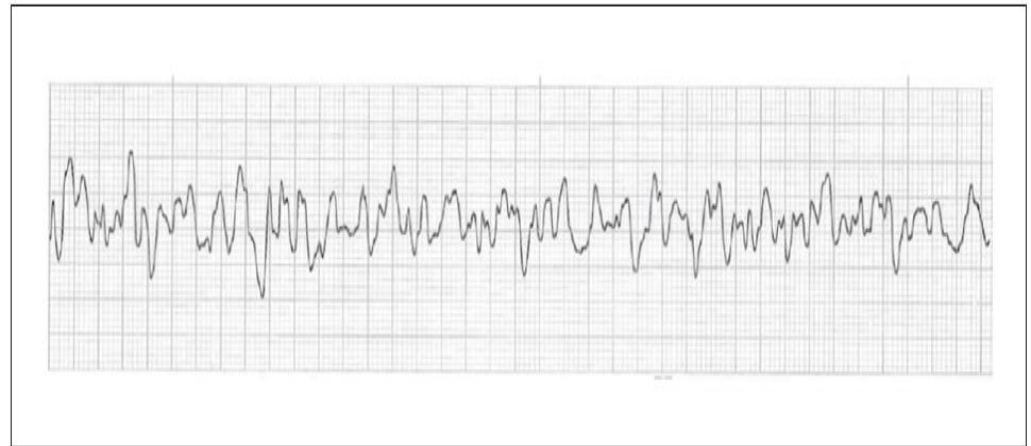


Figura 2.8 – Fibrilação ventricular.



Algoritmo do tratamento da PCR

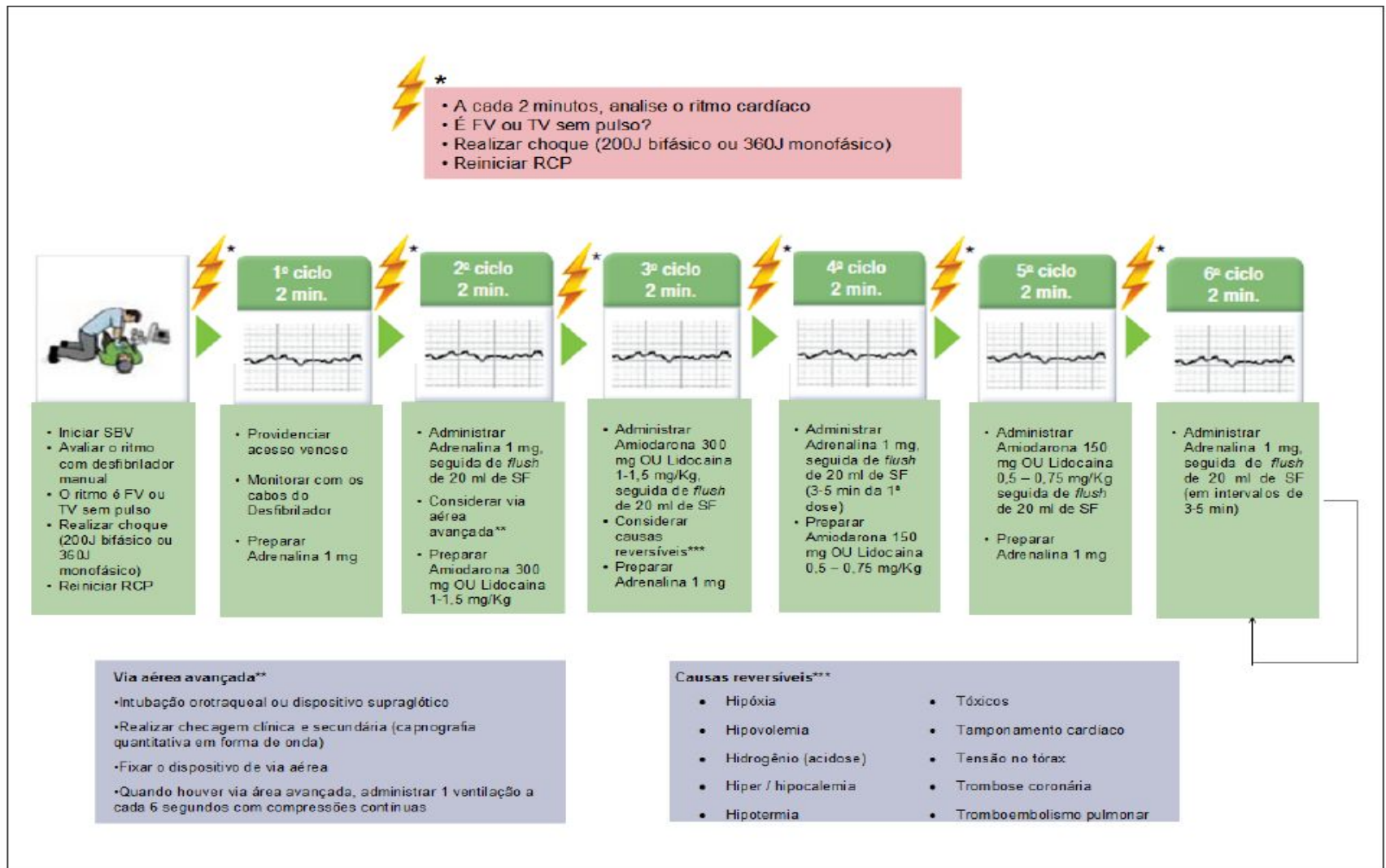


Figura 5.8 – Algoritmo do tratamento da parada cardiorrespiratória em fibrilação ventricular/taquicardia ventricular (FV/TV) sem pulso. * A cada 2 minutos, analise o ritmo cardíaco; ** Considerar via aérea avançada; *** Causas reversíveis. FV: fibrilação ventricular; RCP: ressuscitação cardiopulmonar; SBV: Suporte Básico de Vida; SF: solução fisiológica; TV: taquicardia ventricular.

RECOMENDAÇÕES

RECONHECIMENTO DE PCR: O SUCESSO DEPENDE DO ATENDIMENTO IMEDIATO E PRONTO RECONHECIMENTO, RESSALTANDO O NOVO CONCEITO DE PCR COMO A AUSÊNCIA D

TREINAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO: A CAPACITAÇÃO E O EXERCÍCIO DO ALGORITMO DE RCP É FUNDAMENTAL PARA O ÊXITO DO RETORNO DA CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA. O USO DE MANEQUINS E MATERIAIS AUXILIA DE FORMA SATISFATÓRIA NO APRENDIZADO E NA FIXAÇÃO DO CONTEÚDO, NÃO SE DEVENDO ESQUECER DA NECESSIDADE FEEDBACK DURANTE A PCR: A INTERAÇÃO ENTRE OS PARTICIPANTES É IMPORTANTE PARA

FEEDBACK DURANTE A PCR: A INTERAÇÃO ENTRE OS PARTICIPANTES É IMPORTANTE PARA MELHORIAS NO ATENDIMENTO E FÁCIL RECONHECIMENTO DE ERROS NA ASSISTÊNCIA

Medicações para a Fibrilação Ventricular ou Taquicardia Ventricular sem Pulso

- ✓ QUAL O MOMENTO PARA ADMINISTRAR O VASOPRESSOR?

APÓS ESTABELECIMENTO DO ACESSO VENOSO

QUAL DROGA VASOPRESSORA MAIS UTILIZADA INDEPENDENTE DO RITMO CARDÍACO? DE QUANTO EM QUANTO TEMPO?

ADRENALINA. 1 MG A CADA 3 A 5 MINUTOS

- ✓ QUAL MEDICAMENTO PODE REDUZIR A RECORRÊNCIA DE ARRITMIAS VENTRICULARES? QUAL PRAZO DE SUA ADMINISTRAÇÃO?

AMIODARONA OU LIDOCAÍNA. PELO MENOS APÓS 24 HORAS DO RCE

- ✓ QUAL MEDICAMENTO NÃO DEVE SER USADO DE FORMA ROTINEIRA?

SULFATO DE MAGNÉSIO

Algoritmo das Bradicárdias

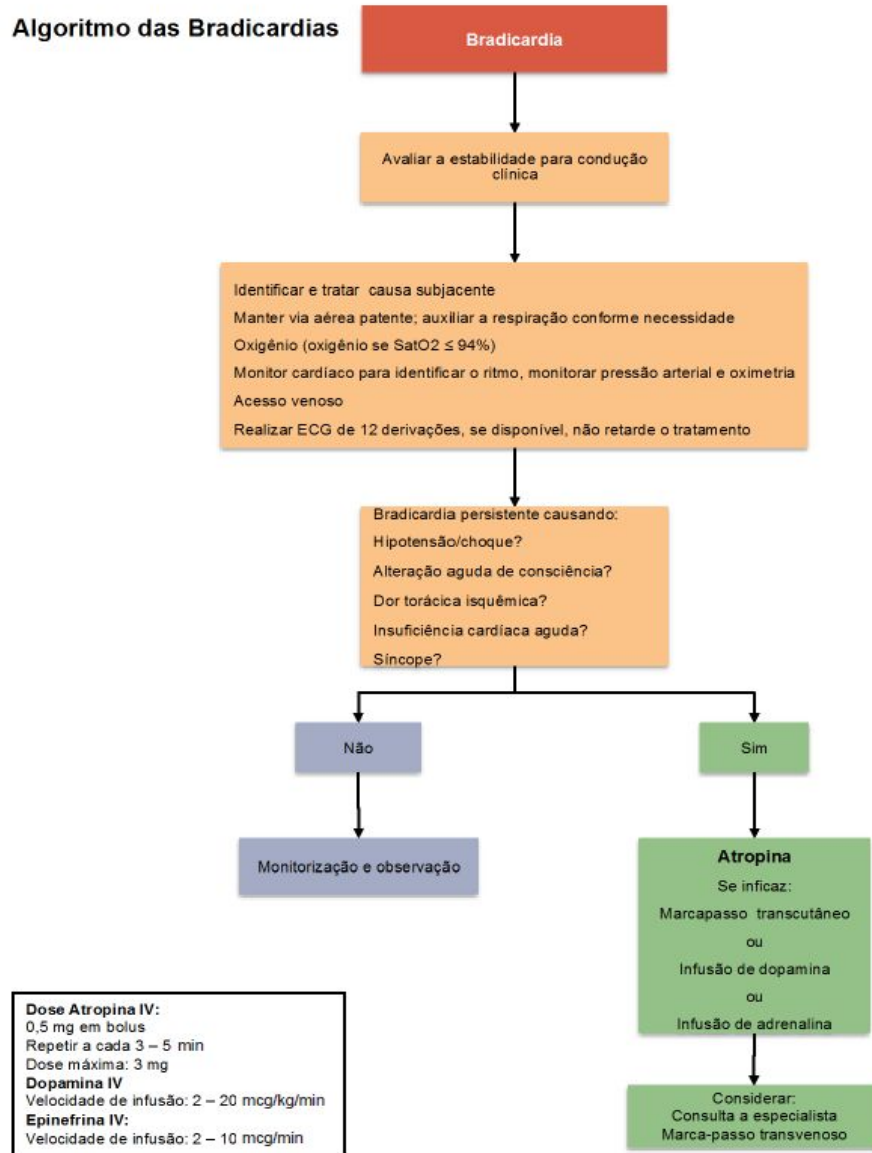


Figura 5.10 – Algoritmo para tratamento de bradicárdias. SatO₂: saturação de oxigênio; ECG: eletrocardiograma; IV: intravascular.

OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPOS ESTRANHOS (OVACE)

EPISÓDIO TESTEMUNHADO (OU REFERIDO) DE ENGASGO COM TOSSE E/ OU SINAIS DE SUFOCAÇÃO

CONDUTA:

1. AVALIAR A SEVERIDADE

• **OBSTRUÇÃO LEVE:** PACIENTE CAPAZ DE RESPONDER SE ESTÁ ENGASGADO.

CONSEGUE TOSSIR, FALAR E RESPIRAR.

• **OBSTRUÇÃO GRAVE:** PACIENTE CONSCIENTE E QUE NÃO CONSEGUE FALAR.

PODE NÃO RESPIRAR OU APRESENTAR RESPIRAÇÃO

RUIDOSA, TOSSE SILENCIOSA E/OU INCONSCIÊNCIA.

OBSTRUÇÃO LEVE EM PACIENTE RESPONSIVO:

- NÃO REALIZAR MANOBRAS DE DESOBSTRUÇÃO (NÃO INTERFERIR);
- ACALMAR O PACIENTE;
- INCENTIVAR TOSSE VIGOROSA;
- MONITORAR E SUPORTE DE O₂, SE NECESSÁRIO;
- OBSERVAR ATENTA E CONSTANTEMENTE

OBSTRUÇÃO GRAVE EM PACIENTE RESPONSIVO – EXECUTAR A MANOBRA DE HEIMLICH

OBSTRUÇÃO GRAVE EM PACIENTE

IRRESPONSIVO:

- POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM UMA SUPERFÍCIE RÍGIDA;
- EXECUTAR COMPRESSÕES TORÁCICAS COM OBJETIVO DE REMOÇÃO DO CORPO ESTRANHO;
- ABRIR VIAS AÉREAS, VISUALIZAR A CAVIDADE ORAL E REMOVER O CORPO ESTRANHO, SE VISÍVEL E ALCANÇÁVEL (COM DEDOS OU PINÇA

PARADA RESPIRATÓRIA NO ADULTO

PACIENTE IRRESPONSIVO AO ESTÍMULO, COM RESPIRAÇÃO AGÔNICA OU AUSENTE, COM PULSO CENTRAL PALPÁVEL

CONDUTA:

1. **CHECAR RESPONSIVIDADE (TOCAR OS OMBROS E CHAMAR O PACIENTE EM VOZ ALTA) E CHECAR A PRESENÇA DE RESPIRAÇÃO.**

SE NÃO RESPONSIVO E

RESPIRAÇÃO AUSENTE OU GASPING, POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM SUPERFÍCIE PLANA, RÍGIDA E SECA

. SOLICITAR AJUDA (DEA).

. CHECAR PULSO CENTRAL (CAROTÍDEO) EM 10 SEGUNDOS

SE PULSO PRESENTE:

• **ABRIR VIA AÉREA E APLICAR 1 INSUFLAÇÃO COM BOLSA VALVA-MÁSCARA.**

• **A INSUFLAÇÃO DE BOA QUALIDADE DEVE SER DE 1 SEGUNDO E OBTER VISÍVEL ELEVAÇÃO DO TÓRAX. CONSIDERAR A ESCOLHA DA MANOBRA MANUAL SEGUNDO A PRESENÇA DE TRAUMA;**

• **PRECOCEMENTE INSTALAR SUPRIMENTO DE O₂, ALTO FLUXO (10 A 15L/MIN) NA BOLSA VALVA-MÁSCARA;**

• **CONSIDERAR A INSTALAÇÃO DA CÂNULA OROFARÍNGEA (COF);**

• **NA PERSISTÊNCIA DA PR, REALIZAR 1 INSUFLAÇÃO DE BOA QUALIDADE A CADA 5 A 6 SEGUNDOS (10 A 12/MIN);**

• **VERIFICAR A PRESENÇA DE PULSO A CADA 2 MINUTOS. NA AUSÊNCIA DE PULSO, INICIAR RCP COM COMPRESSÕES TORÁCICAS EFICIENTES E SEGUIR PROTOCOLO DE RCP; E**

• **MANTER ATENÇÃO PARA A OCORRÊNCIA DE PCR (PROTOCOLO BC5).**

• SE PULSO AUSENTE:

• **INICIAR RCP COM COMPRESSÕES TORÁCICAS EFICIENTES**

PARADA RESPIRATÓRIA

VENTILAÇÃO EM VÍTIMA EM PARADA RESPIRATÓRIA

- ✓ VÍTIMA QUE NÃO RESPIRA OU RESPIRA DE FORMA INEFICAZ (GASPING), PORÉM APRESENTA PULSO PALPÁVEL, ENCONTRA-SE EM PARADA RESPIRATÓRIA.
- ✓ UMA VENTILAÇÃO A CADA 5 A 6 SEGUNDOS (APROXIMADAMENTE 10 A 12 VENTILAÇÕES POR MINUTO) PARA VÍTIMAS ADULTAS
- ✓ O PULSO DEVE SER CHECAD A CADA 2 MINUTOS, COM A FINALIDADE DE VERIFICAR SE A PARADA RESPIRATÓRIA PROGREDIU PARA UMA PCR, NECESSITANDO DE RCP



Figura 2.7 – Demonstração da ventilação com via aérea avançada.



SITUAÇÕES DE UE
NEUROLÓGICAS

Acidente Vascular Cerebral (AVC)

MAL SÚBITO COM EVOLUÇÃO RÁPIDA QUE **ACOMETE UM OU VÁRIOS VASOS SANGUÍNEOS** RESPONSÁVEIS PELA IRRIGAÇÃO DO ENCÉFALO, OCACIONANDO **ALTERAÇÕES HISTOPATOLÓGICAS** E RESULTANDO EM **DÉFICITS NEUROLÓGICOS**.

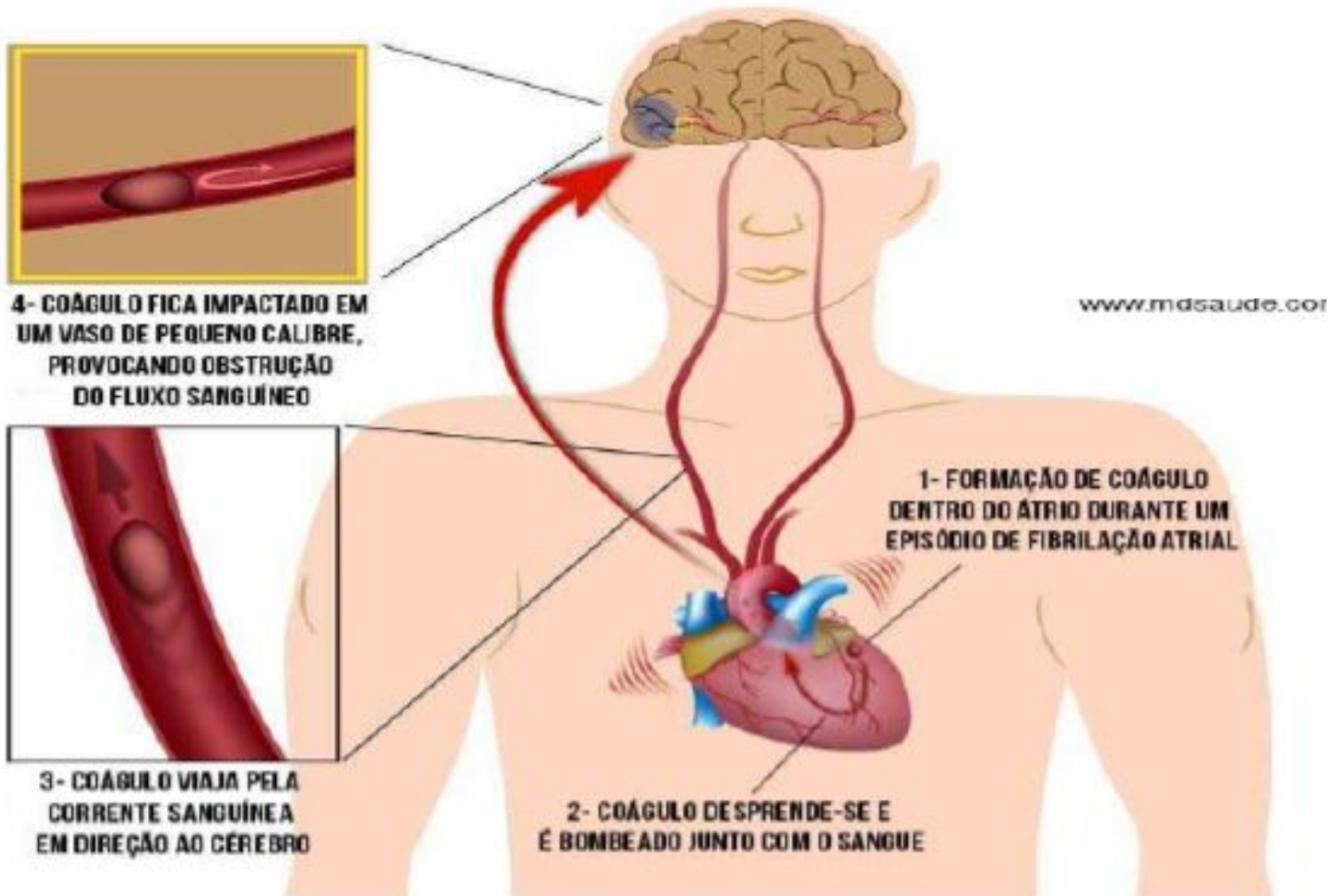
ACOMETIMENTO VASCULAR INCLUI ASPECTOS FUNCIONAIS E ESTRUTURAIS, BEM COMO O FLUXO SANGUÍNEO E DISTÚRBIOS DE COAGULAÇÃO, PODENDO ORIGINAR DUAS SITUAÇÕES:

**AVC ISQUÊMICO = 80 A 85%
DOS CASOS**

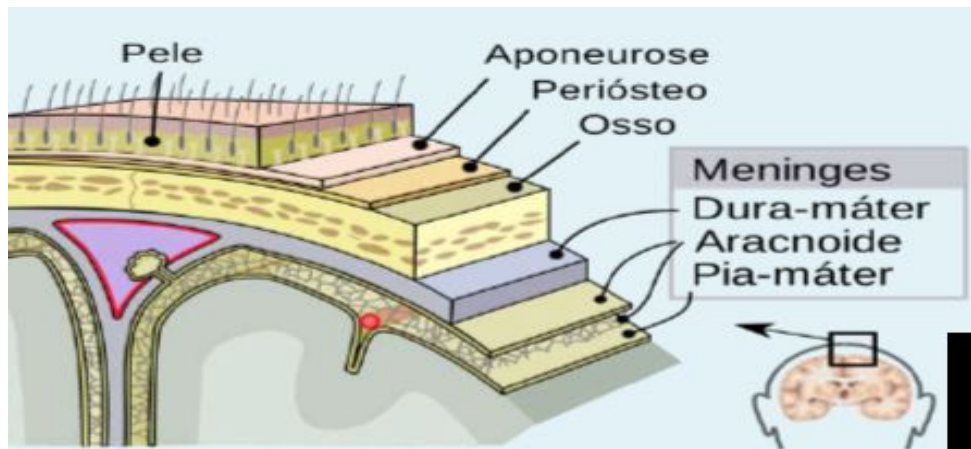
**AVC HEMORRÁGICO = 10 A 15%
DOS CASOS**

AVC Isquêmico

AVC PROVOCADO POR FIBRILAÇÃO ATRIAL



AVC



Meninges	Nome do Espaço
Entre Coluna/Crânio e Dura-máter	Epidural/Extradural
Entre Dura-máter e Aracnoide	Subdural
Entre Aracnoide e Pia-máter	Subaracnóide

* Tabela baseada no livro Neuroanatomia Funcional de Angelo Machado.



Acidente Vascular Cerebral (AVC)

O MINISTÉRIO DA SAÚDE ATENTO À CRESCENTE DEMANDA DE SE INSTITUIR CUIDADO INTEGRAL AO PACIENTE ACOMETIDO POR AVC INSTITUIU OS CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTOS DE CENTROS DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM AVC E APROVOU A LINHA DE CUIDADOS EM AVC ATRAVÉS DE SUA PORTARIA 665, DE 12 DE ABRIL DE 2012




Linha do Cuidado do AVC

INSTITUÍDA PELA PORTARIA MS/GM Nº 665, DE 12 DE ABRIL DE 2012, E PARTE INTEGRANTE DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, PROPÕE UMA REDEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS QUE DEEM CONTA DAS NECESSIDADES ESPECÍFICAS DO CUIDADO AO AVC DIANTE DO CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO EXPLICITADO

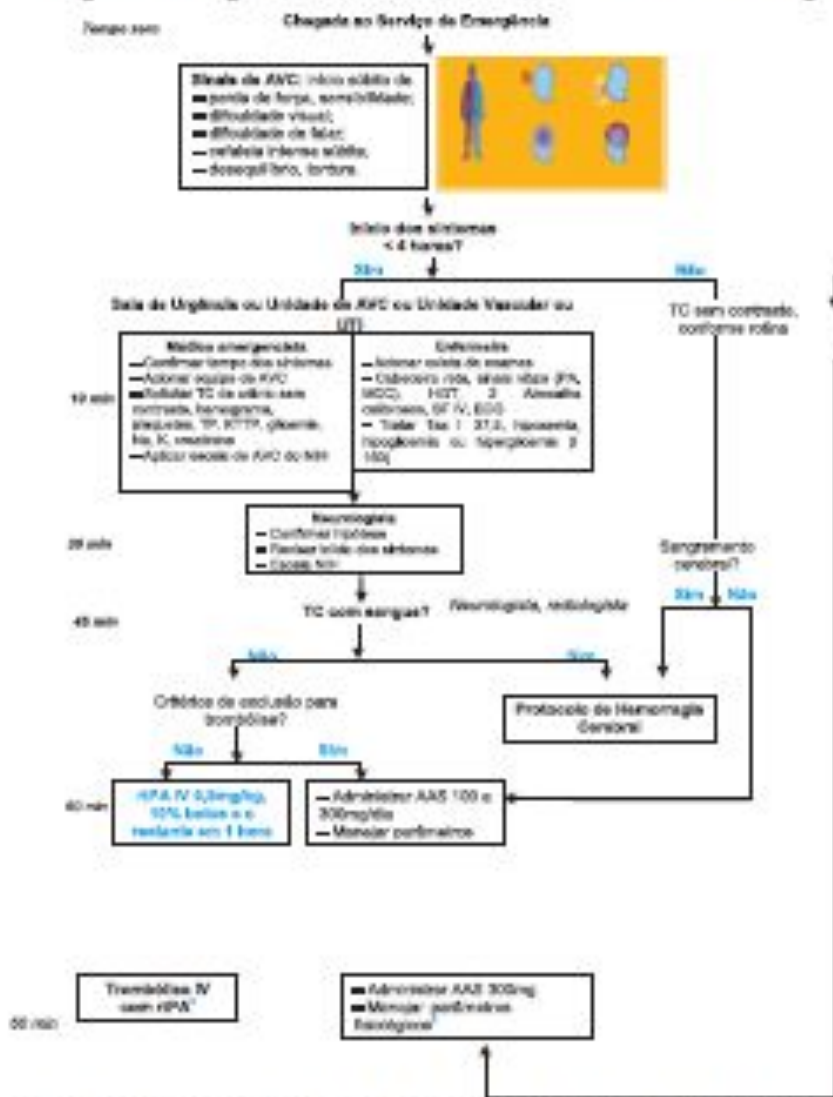


Figura 1 – Protocolo de atendimento pré-hospitalar do acidente vascular cerebral

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	
Regulação Médica – AVC com menos de 4,5 horas de evolução	
QUADRO CLÍNICO	
<input type="checkbox"/> Fraqueza ou dormência súbitas em um lado do corpo <input type="checkbox"/> Confusão, dificuldade pra falar ou entender de início súbito. <input type="checkbox"/> Dificuldade súbita para enxergar com um ou ambos os olhos. <input type="checkbox"/> Dificuldade súbita para andar, tontura ou incoordenação de início súbito. <input type="checkbox"/> Cefaléia intensa e súbita sem causa aparente. <input type="checkbox"/> Outros sintomas neurológicos focais agudos sugestivos de AVC _____	
Data início dos sintomas:	Hora do início dos sintomas:
Acordou com sintomas <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Última vez em que foi visto sem sintomas:
AVC Hiperagudo? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Regulação Médica Local	
CINCINATTI	
1) Dê um sorriso  <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	2) Levante os Braços  <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
3) Fale a frase: O Brasil é o país do futebol. <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	
Alertas de possível exclusão para AVC HIPERAGUDO :	
<input type="checkbox"/> Glicemia < 50 mg/dL <input type="checkbox"/> Crise convulsiva <input type="checkbox"/> Síndrome demencial <input type="checkbox"/> Previamente acamado	
Contra-indicações possíveis para trombólise:	
<input type="checkbox"/> Trauma craniano importante recente <input type="checkbox"/> Cirurgia extensa recente <input type="checkbox"/> Hemorragia recente <input type="checkbox"/> AVC hemorrágico prévio	
Fatores de risco cerebrovascular conhecidos:	
<input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> AVC/AIT prévio <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> IAM prévio	
SINAIS VITAIS	
PA _____ mmHg	FC _____ FR _____ Sat. O2 _____ % HGT _____ Glasgow _____
CONDUTA	
<input type="checkbox"/> Oximetria <input type="checkbox"/> Oxigênio máscara se SaO ₂ < 92% <input type="checkbox"/> Ventilação ambu máscara <input type="checkbox"/> Intubação <input type="checkbox"/> Acesso venoso <input type="checkbox"/> SF 0,9% <input type="checkbox"/> Não reduzir PA <input type="checkbox"/> Monitorização Cardíaca <input type="checkbox"/> Cabeceira reta <input type="checkbox"/> Hora de início dos sintomas <input type="checkbox"/> Outro _____	
REMOÇÃO	
<input type="checkbox"/> Hospital1 <input type="checkbox"/> Hospital2 <input type="checkbox"/> Hospital3 <input type="checkbox"/> Outro _____	
<input type="checkbox"/> Contato no destino <input type="checkbox"/> Hora da chegada no destino _____	
Assinatura _____	Data _____

Protocolo de APH no AVC

Figura 2 – Fluxograma de Atendimento do Acidente Vascular Cerebral Agudo



Fluxograma de Atendimento do AVC Agudo

Fonte: Diretrizes Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares 2012 e Portaria nº 664/2012 do Ministério da Saúde.

FONTE: DIRETRIZES SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES 2012 E PORTARIA Nº 664/2012 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Sinais e Sintomas mais comuns

O ATENDIMENTO DEVE **VERIFICAR SE O PACIENTE APRESENTA AO MENOS UM DÉFICIT NEUROLÓGICO SÚBITO:**

- HEMIPARESIA (FRAQUEZA DE UM LADO DO CORPO) - OU
- ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM (NÃO CONSEGUE FALAR UMA FRASE) OU
- PARALISIA FACIAL CENTRAL (PARESIA DO ANDAR INFERIOR DA FACE) OU
- PARESTESIA (DORMÊNCIA) SÚBITA DE UM LADO DO CORPO OU
- INCOORDENAÇÃO DE UM LADO DO CORPO OU
- CEFALEIA EXPLOSIVA + DÉFICIT FOCAL (HEMIPARESIA, ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM) OU
- VERTIGEM ASSOCIADA A:

AO MENOS 01 DOS SEGUINTE SINAIS (VISÃO DUPLA E/OU DIFICULDADE DE ENGOLIR E/OU FALA ARRASTADA) E

AO MENOS 01 DOS FATORES DE RISCO (HIPERTENSÃO, DIABETES, DOENÇA CARDÍACA, FIBRILAÇÃO ATRIAL)

VERIFICAR O HORÁRIO DO INÍCIO DESTES DÉFICIT(S) (ICTUS)

SE O ICTUS FOR < 4,5 HORAS: HOSPITAL REFERÊNCIA EM AVC EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA

SE O ICTUS FOR > 4,5 HORAS E < 24 HORAS: HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM AVC, MAIS PRÓXIMO, PARA INTERNAÇÃO

SE O ICTUS FOR > 24 HORAS: HOSPITAL GERAL PARA E REGULADO PARA INTERNAÇÃO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM AVC

Procedimentos iniciais

- ✓ VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS
- ✓ INSTALAÇÃO DA MONITORIZAÇÃO NÃO INVASIVA
- ✓ GLICEMIA CAPILAR, ELETROCARDIOGRAMA (ECG)
- ✓ DOIS ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS (INCLUINDO AQUELE NECESSÁRIO PARA O EXAME PROTOCOLAR DE NEUROIMAGEM)
- ✓ E COLETA DOS EXAMES LABORATORIAIS PROTOCOLARES (HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO, PLAQUETAS, TEMPO DE PROTROMBINA, TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO, TROPONINA E CREATININA)

Trombólise Venosa

Quadro 1 – Regime de tratamento do AVCI agudo com rtPA endovenoso

1. Transferir o paciente para a sala de urgência, unidade de tratamento intensivo, unidade de AVC agudo ou unidade vascular.
2. Iniciar a infusão de rtPA EV 0,9mg/kg administrando 10% em bolus em 1 minuto e o restante em 1 hora. Não exceder a dose máxima de 90mg.
3. Não administrar heparina, antiagregante plaquetário ou anticoagulante oral nas primeiras 24 horas do uso do trombolítico.
4. Manter o paciente em jejum por 24 horas pelo risco de hemorragia e necessidade de intervenção cirúrgica de urgência.
5. Não passar sonda nasoentérica nas primeiras 24 horas.
6. Não realizar cateterização venosa central ou punção arterial nas primeiras 24 horas.
7. Não passar sonda vesical. Se for imprescindível o uso de sonda vesical, esperar até, pelo menos, 30 minutos do término da infusão do rtPA.
8. Manter hidratação com soro fisiológico. Só usar soro glicosado se houver hipoglicemia (neste caso, usar soro isotônico: SG 5% + NaCL 20% 40ml).
9. Controle neurológico rigoroso: verificar escore de AVC do NIH a cada 15 minutos durante a infusão, a cada 30 minutos nas próximas 6 horas e, após, a cada hora até completar 24 horas.
10. Monitorize a pressão arterial a cada 15min nas duas primeiras horas e depois a cada 30 minutos até 24 a 36 horas do início do tratamento, mantendo a pressão arterial $\leq 180/105$ mmHg.
11. Se houver qualquer suspeita de hemorragia intracraniana, suspender o rtPA e solicitar TC de crânio com urgência, hemograma, TP, KTTp, plaquetas e fibrinogênio.
12. Após as 24 horas do tratamento trombolítico, o tratamento do AVC segue as mesmas orientações do paciente que não recebeu trombólise, isto é, antiagregante plaquetário ou anticoagulação.
13. Iniciar profilaxia para TVP (heparina de baixo peso ou enoxaparina) 24 horas pós-trombólise.

Fonte: Diretrizes Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares 2012 e Portaria nº 664/2012 do Ministério da Saúde.

REGIME DE TRATAMENTO DO AVCI AGUDO COM RTPA ENDOVENOSO

NO PRÉ-TRATAMENTO, MONITORE A PA A CADA 15 MINUTOS. APÓS O INÍCIO DA INFUSÃO, MONITORE A PA A CADA 15 MINUTOS NAS DUAS PRIMEIRAS HORAS E A CADA 30 MINUTOS ATÉ COMPLETAR 24 A 36 HORAS DO INÍCIO DO TRATAMENTO.

Controle Pressão Arterial

Quadro 2 – Controle de pressão arterial antes, durante e após o uso de trombolítico

PAS > 220mmHg ou PAD > 140mmHg	Nitroprussiato
PAS entre 180 – 220mmHg ou PAD entre 110 – 140mmHg	Esmolol, Metoprolol ou Enalapril EV

Fonte: Diretrizes Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares 2012 e Portaria nº 664/2012 do Ministério da Saúde.

UTILIZAR ANTI-HIPERTENSIVO ENDOVENOSO SE $PA \geq 80/105$ MMHg. MONITORIZAR A PRESSÃO A CADA 15 MINUTOS DURANTE O TRATAMENTO COM ANTI-HIPERTENSIVOS.

NITROPRUSSIATO DE SÓDIO

(NIPRIDE®) – 1 AMP. = 50MG.

DILUIR EM 250ML DE SG 5%. USAR DE 0,5 – 8MG/KG/MIN.

METOPROLOL (SELOKEN®) – 1

AMP. = 5MG = 5ML.

APLICAR 5MG EV A 1ML/MIN A CADA 10 MIN, ATÉ O MÁXIMO DE 20MG.

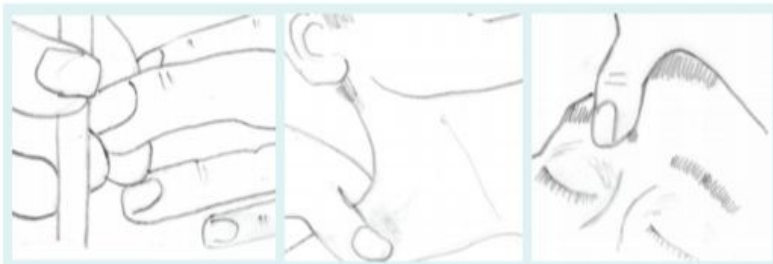
ESMOLOL (BREVIBLOC) – 1 AMP. = 2.500MG = 10M

Escala de Glasgow

A ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ECG), PUBLICADA PELA PRIMEIRA VEZ EM 1974, ATÉ HOJE É USADA COMO MEDIDA CLÍNICA OBJETIVA DA GRAVIDADE DA LESÃO CEREBRAL EM PACIENTES, INCLUINDO OS POLITRAUMATIZADOS.

Locais para estimulação física

Pressão na extremidade dos dedos Pinçamento do trapézio Incisura supraorbitária



Características da resposta em flexão

Modificado com autorização a partir de Van Der Naalt 2004 Ned Tijdschr Geneeskd

Flexão anormal

Lenta
Estereotipada
Aproximação do braço relativamente ao tórax
Rotação do antebraço
Cerramento do polegar
Extensão do membro inferior



Flexão normal

Rápida
Variável
Afastamento do braço relativamente ao corpo

Abertura ocular

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação	✓	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	✓	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	✓	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Olhos fechados devido a factor local	✓	Não testável	NT

Resposta Verbal

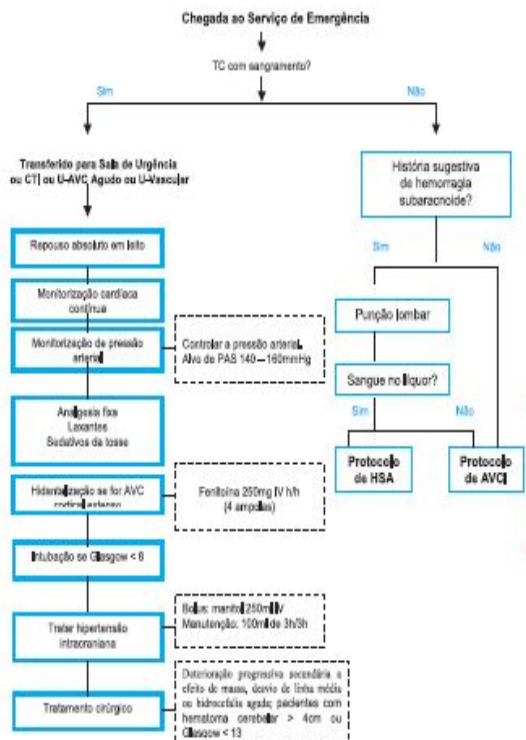
Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	✓	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	✓	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	✓	Palavras	3
Apenas gemidos	✓	Sons	2
Ausência de resposta auditiva, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Factor que interfere com a comunicação	✓	Não testável	NT

Melhor Resposta Motora

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações	✓	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	✓	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	✓	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	✓	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	✓	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	✓	Não testável	NT

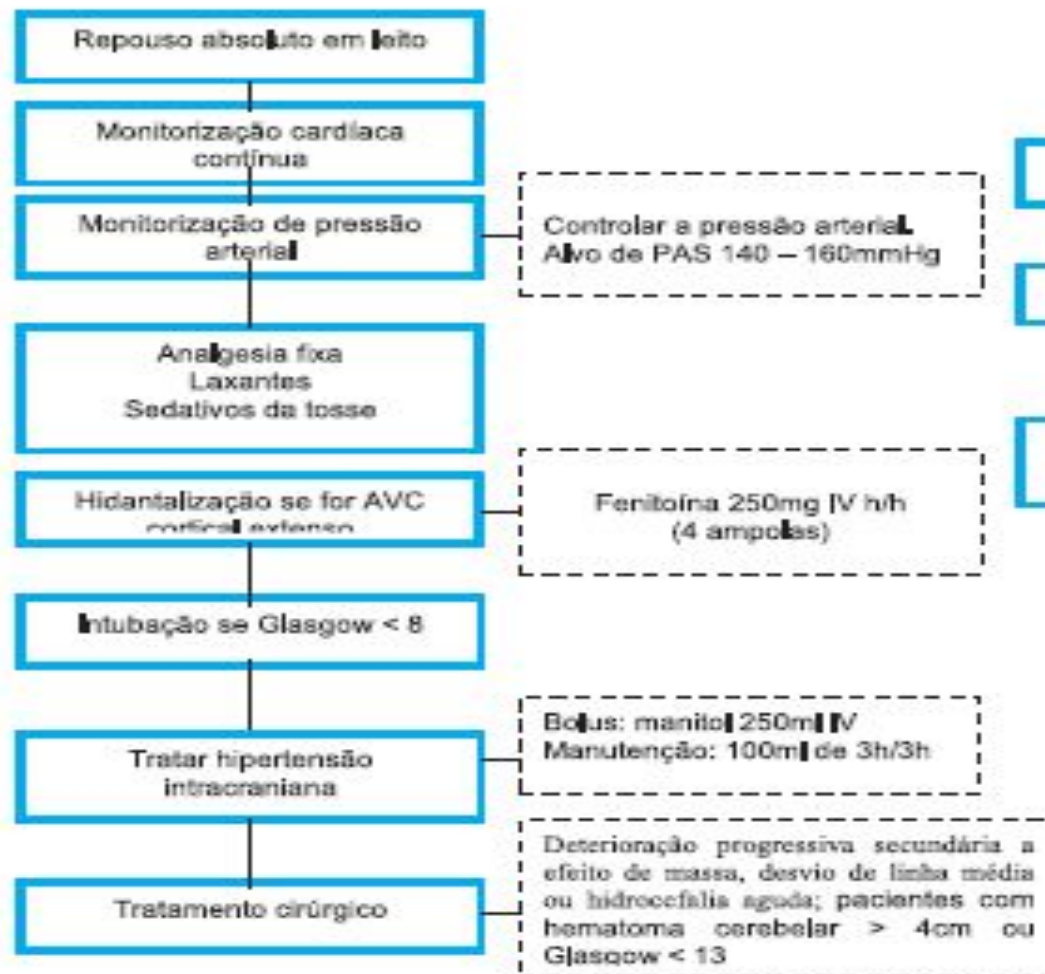
Algoritmo de Tratamento AVCH

Figura 11 – Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico: algoritmo de



Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

Transferido para Sala de Urgência ou CTI ou U-AVC Agudo ou U-Vascular



Investigação Etiológica do AVC

EXAMES DE SANGUE:

- LIPIDOGRAMA (LDL E HDL COLESTEROL)
- TRIGLICERÍDEOS
- ÁCIDO ÚRICO
- GLICEMIA DE JEJUM
- HEMOGRAMA COMPLETO
- URINÁLISE
- UREIA E CREATININA
- SOROLOGIA PARA CHAGAS: RIF PARA CHAGAS
- SOROLOGIA PARA SÍFILIS: VDRL E FTAABS
- COAGULOGRAMA: TP E TTPA
- VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO
- PROTEÍNA C REATIVA
- ELETROFORESE DE PROTEÍNAS (SUSPEITA DE ARTERITE TEMPORAL)

ELETROCARDIOGRAMA

RAIO X DE TÓRAX

EXAMES DE DOPPLER

EXAMES DE NEUROIMAGEM

EPILEPSIA

EPILEPSIA É UMA DOENÇA NEUROLÓGICA QUE PODE SER PREVENIDA E CONTROLADA EM ATÉ 70% DOS PACIENTES. O NÃO TRATAMENTO É UM RISCO À MORTE SÚBITA E A TRAUMATISMOS.

AS CAUSAS DA EPILEPSIA PODEM SER GENÉTICAS OU ADQUIRIDAS

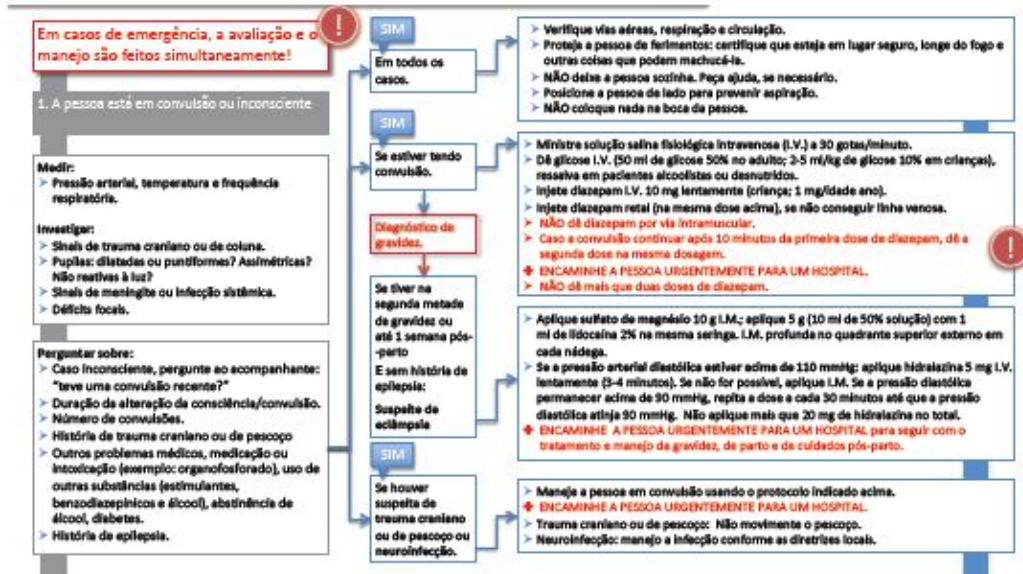


A MAIORIA DAS CRISES PODEM SER CONTROLADAS (TOTALMENTE OU COM REDUÇÃO SIGNIFICATIVA) COM DROGA ANTIEPILEPTICA.



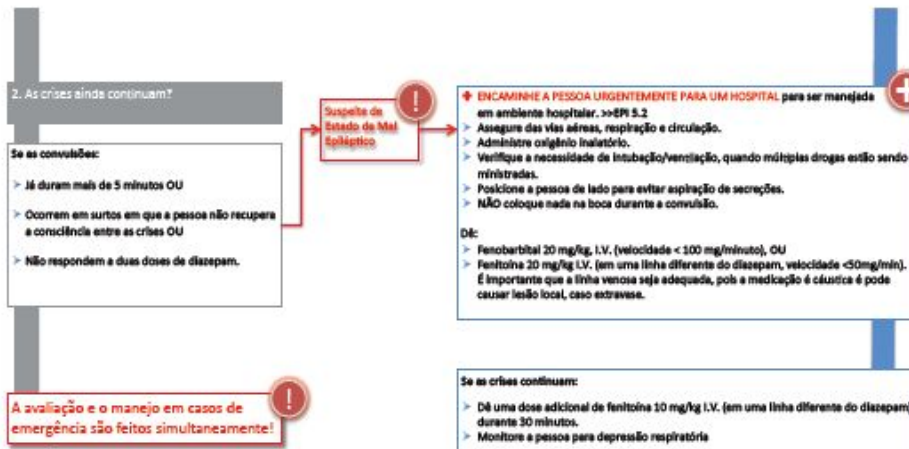
- ✓ INICIAR TERAPIA COM DROGA ANTIEPILEPTICA:
- ✓ PRESCREVA CARBAMAZEPINA, FENOBARBITAL, FENITOÍNA OU VALPROATO, CONFORME A DISPONIBILIDADE.
- ✓ INICIE O TRATAMENTO COM APENAS UMA MEDICAÇÃO.
- ✓ INICIE O TRATAMENTO COM A DOSE MAIS BAIXA E AUMENTE LENTAMENTE ATÉ O CONTROLE COMPLETO DAS CRISES.
- ✓ O OBJETIVO DO TRATAMENTO É ALCANÇAR O CONTROLE TOTAL DAS CRISES COM A MÍNIMA DOSE POSSÍVEL E SEM EFEITOS COLATERAIS INTOLERÁVEIS
- ✓ A DOSE CORRETA DA DROGA AN EPILÉPTICA É A MENOR DOSE QUE CONTROLA AS CRISES SEM EFEITO COLATERAL.

2 GUIA DE AVALIAÇÃO E CONDUTA PARA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR



GUIA DE AVALIAÇÃO E CONDUTA PARA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

2 GUIA DE AVALIAÇÃO E CONDUTA PARA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR



CONVULSÃO

CONVULSÃO É A CONTRATURA INVOLUNTÁRIA DA MUSCULATURA, QUE PROVOCA MOVIMENTOS DESORDENADOS. GERALMENTE É ACOMPANHADA PELA PERDA DA CONSCIÊNCIA. AS CONVULSÕES ACONTECEM QUANDO HÁ A EXCITAÇÃO DA CAMADA EXTERNA DO CÉREBRO.

COMO AGIR:

<http://g1.globo.com/pr/parana/videos/v/saiba-como-socorrer-uma-pessoa-com-crise-de-convulsao/2497915/>

CAUSAS:

- HEMORRAGIA;
- INTOXICAÇÃO POR PRODUTOS QUÍMICOS;
- FALTA DE OXIGENAÇÃO NO CÉREBRO;
- EFEITOS COLATERAIS PROVOCADOS POR MEDICAMENTOS;
- DOENÇAS COMO EPILEPSIA, TÉTANO, MENINGITE E TUMORES CEREBRAIS.

SINTOMAS:

- ESPAMOS INCONTROLÁVEIS;
- LÁBIOS AZULADOS;
- OLHOS VIRADOS PARA CIMA;
- INCONSCIÊNCIA;
- SALIVAÇÃO ABUNDANTE.

<http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2050-convulsao>

CONVULSÃO

- ✓ PROTEJA A PESSOA, DEITE-A DE LADO, COM A CABEÇA VIRADA PARA UM DOS LADOS, PARA AJUDAR A RESPIRAR E PREVENIR ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES E VÔMITO.
- ✓ APOIE A CABEÇA DA PESSOA. VERIFIQUE SE A PESSOA ESTÁ RESPIRANDO ADEQUADAMENTE.
- ✓ NÃO RESTRINJA OS MOVIMENTOS. NÃO COLOQUE NADA NA BOCA DA PESSOA. FIQUE COM A PESSOA ATÉ A CRISE PASSAR E ELA RECUPERAR A CONSCIÊNCIA.
- ✓ ALGUMAS PESSOAS SENTEM QUE A CRISE VAI COMEÇAR. NESTE CASO, A PESSOA TEM TEMPO PARA SE DEITAR EM ALGUM LUGAR SEGURO E ATÉ AVISAR ALGUÉM.
- ✓ LEMBRE-SE DE QUE A EPILEPSIA NÃO É CONTAGIOSA E NINGUÉM PEGA EPILEPSIA POR AJUDAR ALGUÉM.



VAMOS AOS CASOS?



ATENÇÃO!

NOS CASOS A SEGUIR, DISCUTIR:

- ✓ CONDOTA DA ENFERMAGEM
- ✓ CONDOTA MÉDICA
- ✓ MEDICAMENTOS UTILIZADOS
- ✓ MATERIAIS UTILIZADOS NO ATENDIMENTO
- ✓ ENCAMINHAMENTOS
- ✓ CASO: ELETIVO, URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

Caso 1

UMA MULHER, 58 ANOS, DEU ENTRADA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA COM SINTOMAS DE INÍCIO SÚBITO DE PERDA DE FORÇA, SENSIBILIDADE, DIFICULDADE DE FALA, DIFICULDADE VISUAL, CEFALEIA INTENSA SÚBITA E DESEQUILÍBRIO. O ACOMPANHANTE REFERIU QUE O TEMPO DO INÍCIO DOS SINTOMAS ATÉ AQUELE MOMENTO ERA DE 2 HORAS. FOI CONFIRMADO O DIAGNÓSTICO DE AVC ISQUÊMICO. CONSIDERANDO O HISTÓRICO APRESENTADO DISSERTE SOBRE:

- A) DIFERENCIE O AVC ISQUÊMICO DO AVC HEMORRÁGICO;
- B) INDIQUE OS SINAIS AVALIADOS PELA ESCALA PRÉ-HOSPITALAR DE CINCINNATI PARA IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.

Caso 2

UM SERVIDOR DO TRT DE 61 ANOS DE IDADE, PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 1, SEM COMPARECER ÀS CONSULTAS MÉDICAS E DE ENFERMAGEM HÁ 1 ANO E 3 MESES, CHEGA AO AMBULATÓRIO EM BUSCA DE ATENDIMENTO, POIS ESTÁ SENTINDO SEDE INTENSA, URINANDO MUITAS VEZES AO DIA, FADIGA, MAL-ESTAR, FALTA DE APETITE, NÁUSEAS E DOR ABDOMINAL. AO EXAMINÁ-LO CONSTATA-SE GLICEMIA DE 320 MG/DL, PELE DESIDRATADA E HÁLITO CETÔNICO. O EXAME FÍSICO MOSTRA, AINDA, DIMINUIÇÃO DOS PELOS DA PERNA, DIMINUIÇÃO DO PULSO TIBIAL POSTERIOR, EXTREMIDADE DOS PÉS COM APARÊNCIA PÁLIDA E FRIA. SOBRE A SITUAÇÃO ACIMA DESCREVA:

- A) CARACTERÍSTICAS DO DIABETES MELLITUS;
- B) DIFERENÇA ENTRE O DIABETES MELLITUS TIPO 1 E TIPO 2;
- C) AS COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS QUE O PACIENTE PODE ESTAR APRESENTANDO.

Caso 3

CRIANÇA DE 2 ANOS E 4 MESES CHEGA A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COM A MÃE, QUE RELATA QUE UMA MOEDA DE 10 CENTAVOS FOI ENGOLIDA PELO FILHO NA NOITE ANTERIOR. EM BOM ESTADO GERAL, AUSCULTA LIMPA. REALIZADO RADIOGRAFIA E EVIDENCIADO MOEDA EM CORPO GÁSTRICO. E AGORA, COMO MANEJAR?

- ✓ A RETIRADA DE BATERIAS, PILHAS E ÍMÃS DEVE SER FEITA VIA ENDOSCÓPICA EM MENOS DE 24H.
- ✓ EM CRIANÇAS COM MAIS DE 2 ANOS, OBJETOS COM MENOS DE 2 CM PODEM SER RETIRADOS AMBULATORIALMENTE DO ESTÔMAGO ATRAVÉS DE ENDOSCOPIA, QUE PODE SER FEITA EM ATÉ 4 SEMANAS, PERÍODO EM QUE O OBJETO AINDA PODE SER EXPULSO SEGUINDO O TRAJETO GASTROINTESTINAL. APÓS PASSAR PELO PILORO, O OBJETO PODE SER ACOMPANHADO COM RADIOGRAFIAS CONTRASTE (DIÁRIAS, POR EXEMPLO), EM UM SERVIÇO AMBULATORIAL ATÉ QUE SEJA ELIMINADO.
- ✓ EM CASO DE OBJETOS MAIORES QUE 2 CM, A RETIRADA SERÁ ENDOSCÓPICA, POIS DIFÍCILMENTE ATRAVESSARÁ O PILORO E, POR ISSO. A ENDOSCOPIA PODE SER FEITA LOGO

Caso 4

UM HOMEM DE 34 ANOS DE IDADE, INTERNADO EM UMA ENFERMARIA CLÍNICA POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM), QUEIXOU-SE DE DOR INTENSA PRECORDIAL E, EM SEGUIDA, PERDEU A CONSCIÊNCIA. APÓS AVALIAÇÃO DA EQUIPE QUE O ATENDIA, FOI DETECTADA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) E INICIADAS AS MANOBRAS DE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP). CONSIDERANDO O CASO APRESENTADO DISSERTE SOBRE:

- A) OS SINAIS E SINTOMAS DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM);
- B) OS PARÂMETROS MAIS ADEQUADOS UTILIZADOS PARA O DIAGNÓSTICO CLÍNICO DA PCR.

Caso 5

QUANDO O PACIENTE ESTÁ EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA ELE APRESENTA:

- A) DOR NO PEITO E PALPITAÇÃO.
- B) PRESENÇA DE PULSO CAROTÍDEO OU FEMURAL.
- C) PERDA SÚBITA DA CONSCIÊNCIA.
- D) PUPILAS MIÓTICAS APÓS 45 SEGUNDOS DA INTERRUPÇÃO DA CIRCULAÇÃO.
- E) PRESENÇA DE MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS.

Caso 6

E.T.S., MASCULINO, 71 ANOS, DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA ACOMPANHADO PELA ESPOSA QUEIXANDO-SE DE FRAQUEZA MUSCULAR GENERALIZADA, PALPITAÇÕES, NÁUSEAS E VÔMITOS HÁ 6 HORAS. QUANDO QUESTIONADA, A ACOMPANHANTE RELATOU QUE O PACIENTE VEM PERDENDO O APETITE E TEM ACORDADO DIVERSAS VEZES A NOITE PARA FAZER XIXI. INFORMA TAMBÉM QUE O PACIENTE É HIPERTENSO, FAZENDO USO DE ENALAPRIL, IRREGULAR, HÁ 30 ANOS. DURANTE O ATENDIMENTO O PACIENTE FICA INCONSCIENTE E SEM PULSO.

DESCREVA:

- A) QUAIS AS CONDUTAS INICIAS NESTE CASO?
- B) QUAIS HIPÓTESES PODEM SER LEVANTADAS?
- C) QUAIS MATERIAIS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA ESTE ATENDIMENTO?

Caso 7

HOMEM DE 32 ANOS, CIRURGIÃO GERAL, DÁ ENTRADA NO PRONTO-SOCORRO POR TER APRESENTADO QUADRO DE POSSÍVEL CRISE EPILÉPTICA TÔNICO-CLÔNICO GENERALIZADA HÁ CERCA DE 2 HORAS. AO EXAME CLÍNICO E NEUROLÓGICO NÃO SE CONSTATAM ALTERAÇÕES. PERGUNTA-SE:

1. QUAIS OS DADOS DE HISTÓRIA QUE VOCÊ JULGA RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O EPISÓDIO RELATADO COMO SENDO UMA CRISE EPILÉPTICA TÔNICO-CLÔNICO GENERALIZADA E NÃO UM DIFERENCIAL?
2. HÁ NECESSIDADE DE INVESTIGÁ-LO NA SALA DE EMERGÊNCIA? SE SIM, COM QUAIS EXAMES?
3. QUAL A CONDUTA NO CASO?

Caso 8

HOMEM DE 29 ANOS EM ACOMPANHAMENTO INFECTOLÓGICO POR SIDA EM USO DE ANTI-RETROVIRAIS. RELATA DE LONGA DATA QUADRO DE CRISES RECORRENTES DE CEFALÉIA HOLOCRAIANA PULSÁTIL ACOMPANHADA DE NÁUSEAS, FONO E FOTOFOBIA, A QUAL CEDIA COM ANALGÉSICOS SIMPLES EM ALGUMAS HORAS. HÁ CERCA DE 10 DIAS RELATA O APARECIMENTO DE CEFALÉIA HOLOCRAIANA PULSÁTIL COM NÁUSEAS SEM VÔMITOS, SEM MELHORA NOS ÚLTIMOS DIAS COM ANALGÉSICOS. PROCURA HOJE PRONTO-SOCORRO, ONDE DÁ ENTRADA SEM ALTERAÇÕES AO EXAME FÍSICO OU NEUROLÓGICO. PERGUNTA-SE:

1. QUAIS SUAS IMPRESSÕES INICIAIS SOBRE O CASO? HÁ NECESSIDADE DE INVESTIGAÇÃO?
2. QUAIS SÃO OS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS A SEREM CONSIDERADOS EM PACIENTE IMUNODEPRIMIDO COM CEFALÉIA NOVA?
3. CASO SE OPTE PELA INVESTIGAÇÃO, QUAIS OS EXAMES MAIS ADEQUADOS BASEADOS NAS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E QUAIS OS RESULTADOS ESPERADOS?

Caso 9

HOMEM DE 45 ANOS, TABAGISTA, ETILISTA DÁ ENTRADA NO PRONTO-SOCORRO DE MADRUGADA, EXTREMAMENTE AGITADO, COM FORTE DOR EM OLHO DIREITO. RELATA QUE HÁ UM DIA, APÓS INGESTÃO DE SUA DOSE USUAL DE JHONNIE WAKKER 12 ANOS (KEEP WALKING), APRESENTOU FORTE DOR EM OLHO DIREITO. SEGUNDO ELE, ERA COMO SE UM FERRO EM BRASA ESTIVESSE FINCADO NO FUNDO DE SEUS OLHOS. SUA ESPOSA, QUE O ACOMPANHAVA, ACRESCENTOU QUE ELE FICARA MUITO AGITADO E QUE SEU OLHO ESTAVA MUITO VERMELHO, LEVANDO-O IMEDIATAMENTE AO OFTALMOLOGISTA. LÁ CHEGANDO, CERCA DE 1 HORA APÓS O INÍCIO DO QUADRO, A DOR JÁ HAVIA CESSADO, NÃO SENDO DETECTADAS ALTERAÇÕES À AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA (MESMO A TONOMETRIA). HOJE ACORDOU HÁ CERCA DE 30 MINUTOS COM O MESMO QUADRO, PROCURANDO IMEDIATAMENTE O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA. AO EXAME FC=120. PA 160×100, SEM ALTERAÇÕES AO EXAME CLÍNICO. AO EXAME NEUROLÓGICO: OLHO DIREITO CONGESTO APRESENTANDO SEMIPTOSE DESTA PÁLPEBRA E PUPILA MIÓTICA DESTE LADO.

PREGUNTA-SE:

1. QUAL SUA IMPRESSÃO INICIAL DO CASO?
2. COMO VOCÊ CONDUZIRIA O CASO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA?
3. HÁ NECESSIDADE DE EXAMES SUBSIDIÁRIOS?
4. QUAIS SÃO AS OPÇÕES DE TRATAMENTO QUE PODEM SER UTILIZADAS?

Caso 10

INDIGENTE DO SEXO MASCULINO DE CERCA DE 45 ANOS É TRAZIDO AO PRONTO SOCORRO POR TER SIDO ENCONTRADO DESACORDADO NA RUA. PERGUNTA-SE:

1. QUAL A CONDUTA INICIAL NO CASO?
2. QUAIS OS ASPECTOS DE EXAME QUE DEVEM SER RESSALTADOS EM UM PACIENTE SEM HISTÓRIA, LEVANDO-SE EM CONTA OS DIFERENCIAIS ETIOLÓGICOS?
3. SUPONDO QUE O EXAME NEUROLÓGICO FOSSE IGUAL AO DA PACIENTE NO CASO 1, SERIA NECESSÁRIO ALGUM EXAME SUBSIDIÁRIO?

Caso II

UM PACIENTE ADULTO ESTÁ AGUARDANDO PARA A TRIAGEM DE DOAÇÃO DE SANGUE, EM UMA COLETA EXTERNA REALIZADA NA CIDADE VIZINHA. PORÉM, COMEÇOU A REFERIR DOR PRECORDIAL E RAPIDAMENTE EVOLUIU PARA UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR). EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

A) A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) DEVE SER INICIADA COM CARDIOVERSÃO, UTILIZANDO UMA CARGA DE 230 J.

B) A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) DEVE SER INICIADA COM VENTILAÇÕES, NUMA RELAÇÃO DE COMPRESSÃO-VENTILAÇÃO DE 15:2 COM UM OU DOIS SOCORRISTAS.

C) A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) DEVE SER INICIADA COM COMPRESSÕES TORÁCICAS, NUMA RELAÇÃO DE COMPRESSÃO-VENTILAÇÃO DE 30:2 COM UM OU DOIS SOCORRISTAS.

D) A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) NÃO DEVE SER INICIADA COM UM SOCO PRECORDIAL PARA ESTIMULAR O MIOCÁRDIO.

Testando conhecimentos:

NO SOCORRO A UMA VÍTIMA DE PARADA

CARDIORRESPIRATÓRIA EM QUE O PROFISSIONAL ESTEJA

ATUANDO SOZINHO, A RELAÇÃO COMPRESSÃO- VENTILAÇÃO

DEVE SER DE:

- A) 5 COMPRESSÕES E 1 VENTILAÇÃO;
- B) 10 COMPRESSÕES E 1 VENTILAÇÃO;
- C) 10 COMPRESSÕES E 1 VENTILAÇÃO;
- D) 20 COMPRESSÕES E 4 VENTILAÇÕES;
- E) 30 COMPRESSÕES E 2 VENTILAÇÕES.

Testando conhecimentos:

DURANTE A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR, A EQUIPE DE SAÚDE PODE NÃO CONSEGUIR PUNCIONAR ACESSO VENOSO DO PACIENTE. FRENTE A ESSA SITUAÇÃO A VIA ENDOTRAQUEAL É RECOMENDADA PARA A ADMINISTRAÇÃO DAS MEDICAÇÕES:

- A) ATROPINA E VASOPRESSINA
- B) LIDOCAÍNA E BICARBONATO DE SÓDIO
- C) GLUCONATO DE CÁLCIO E BICARBONATO DE SÓDIO
- D) ATROPINA E ADRENALINA

Testando conhecimentos:

EM UMA SITUAÇÃO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA, A REANIMAÇÃO DEVE SER REALIZADA NA SEGUINTE SEQÜÊNCIA:

- A) AVALIAÇÃO DO CENÁRIO, MANUTENÇÃO DE VIAS AÉREAS E AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA;
- B) MANUTENÇÃO DE VIAS AÉREAS, CONTROLE DOS SINAIS VITAIS E PUNÇÃO VENOSA;
- C) MANUTENÇÃO DE VIA AÉREA, AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA E COMPRESSÃO CARDÍACA;
- D) MANUTENÇÃO DE VIAS AÉREAS DESOBSTRUÍDAS, VENTILAÇÃO PULMONAR E COMPRESSÃO TORÁCICA.

Testando conhecimentos:

O POSICIONAMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE SOCORRE UMA VÍTIMA QUE NECESSITA DE RESSUSCITAÇÃO

CARDIORRESPIRATÓRIA É:

- A) AJOELHAR-SE ATRÁS DO ACIDENTADO, DE MODO QUE SEUS OMBROS FIQUEM DIRETAMENTE SOBRE O ESTERNO DO ACIDENTADO.
- B) AJOELHAR-SE AO LADO DO ACIDENTADO, DE MODO QUE SEUS OMBROS FIQUEM DIRETAMENTE SOBRE O ESTERNO DO ACIDENTADO.
- C) AJOELHAR-SE AO LADO DO ACIDENTADO, DE MODO QUE SEUS OMBROS FIQUEM DIRETAMENTE SOBRE O ABDÔMEN DO ACIDENTADO.
- D) DEBRUÇAR-SE NA FRENTE DO ACIDENTADO, DE MODO QUE SUAS MÃOS FIQUEM DIRETAMENTE SOBRE O ABDÔMEN DO ACIDENTADO.
- E) DEBRUÇAR-SE ATRÁS DO ACIDENTADO, DE MODO QUE SUAS MÃOS FIQUEM DIRETAMENTE SOBRE A CABEÇA DO ACIDENTADO.

Testando conhecimentos:

DURANTE A RCP, AS COMPRESSÕES TORÁCICAS EXTERNAS SÃO APLICADAS COM UMA FREQUÊNCIA DE, APROXIMADAMENTE,

- A) CEM COMPRESSÕES POR MINUTO, LENTAS E SUPERFICIAIS.
- B) OITENTA COMPRESSÕES POR MINUTO, RÁPIDAS E PROFUNDAS.
- C) CEM COMPRESSÕES POR MINUTO, RÁPIDAS E ININTERRUPTAS.
- D) OITENTA COMPRESSÕES POR MINUTO, LENTAS E PROFUNDAS.
- E) SESSENTA COMPRESSÕES POR MINUTO, RÁPIDAS E ININTERRUPTAS.

Testando conhecimentos:

NO ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA, AS DIRETRIZES DA *AMERICAN HEART ASSOCIATION* (AHA), 2010, SUPORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR (SAVC) RECOMENDA APLICAR POR VIA ENDOVENOSA E/OU PELA CÂNULA ENDOTRAQUEAL

- A) 1 MG DE EPINEFRINA A CADA 3 A 5 MINUTOS.
- B) 1 MG DE ATROPINA A CADA 3 A 5 MINUTOS.
- C) 150 MG DE AMIODORONA A CADA 30 MINUTOS.
- D) 2 MG DE NORADRENALINA A CADA 20 MINUTOS.
- E) 10 MG DE ATROPINA A CADA 5 A 10 MINUTOS.

Testando conhecimentos:

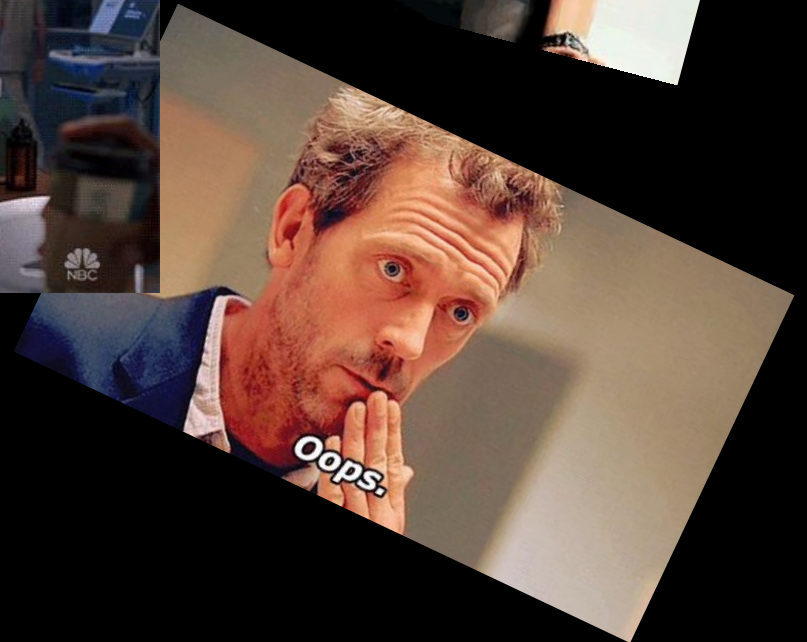
ASSINALE A ALTERNATIVA QUE DIAGNOSTICA OS SINAIS DE
"PARADA RESPIRATÓRIA"

- A) SUBCONSCIÊNCIA, LÁBIOS, LÍNGUA E UNHAS AZULADAS (CIANOSE); AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DO PEITO (MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS).
- B) SUBCONSCIÊNCIA, LÁBIOS E UNHAS VERMELHAS (VERMENOSE); AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DO PEITO (MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS).
- C) INCONSCIÊNCIA, LÁBIOS E UNHAS VERMELHAS (VERMENOSE); AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DO PEITO (MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS).
- D) INCONSCIÊNCIA, LÁBIOS, LÍNGUA E UNHAS AZULADAS (CIANOSE); AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DO PEITO (MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS).

E ENTÃO?



COMO ESTAMOS?



CONTINUA...

