



INTRODUÇÃO À ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

SUMÁRIO

3- Atendimento pré hospitalar (APH) - Suporte Básico de Vida - (BLS)

12-O Processo de Atendimento

16-Suporte Básico de Vida

20-Emergências Médicas - (EMS)

22-Resgate

24-Mandamentos do Socorrista

29-Doenças Infecciosas e Transmissíveis

32-Atendimento pré hospitalar (APH)

36-Protocolo de Manchester

38-Protocolo de Transfusão Maciça

41-Protocolo de Reversão da Anticoagulação

45-Protocolo de Antibioticoprofilaxia

47-Protocolo de transporte seguro

50-Referências Bibliográficas

ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR (APH) - SUPORTE BÁSICO DE VIDA - (BLS)

O Atendimento pré hospitalar (APH) ou socorro pré-hospitalar é o atendimento emergencial em ambiente extra-hospitalar (fora do hospital). De acordo com a legislação brasileira existem dois tipos de Atendimento Pré Hospitalar, o Fixo e o Móvel.

Atendimento pré-hospitalar fixo

O Fixo está dividido em dois tipos:

1°. Unidade de urgências e emergências e a atenção primária à saúde e o programa de saúde da família:

As atribuições e prerrogativas das unidades básicas de saúde e das unidades de saúde da família em relação ao acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade devem ser desempenhadas por todos os municípios brasileiros, independentemente de estarem qualificados para atenção básica (PAB) ou básica ampliada (PABA).

2°. Unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências

Estas unidades, que devem funcionar nas 24 horas do dia, devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1).

Pelas suas características e importância assistencial, os gestores devem desenvolver esforços no sentido de que cada município sede de módulo assistencial disponha de, pelo menos uma, destas Unidades, garantindo, assim, assistência às urgências com observação até 24 horas para sua própria população ou para um agrupamento de municípios para os quais seja referência.

Atendimento pré-hospitalar móvel

O Móvel também está dividido em dois tipos:

1°. Atendimento pré-hospitalar móvel primário:

Quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão.

2º. Atendimento pré-hospitalar móvel secundário:

Quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência e emergência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

O Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais.

Esta região de cobertura deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional.

Para um adequado atendimento pré-hospitalar móvel o mesmo deve estar vinculado a uma Central de Regulação de Urgências e Emergências. A central deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for tecnicamente possível), onde o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios.

O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da polícia militar (190), do corpo de bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser, imediatamente retransmitidos à Central de Regulação por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos.

A todo e qualquer cidadão brasileiro ou estrangeiro vítimas de males súbitos (exemplo: infarto, crise convulsiva, desmaios e etc.) ou acidentes (exemplo: trauma, acidentes de trânsito, acidentes industriais, acidentes aéreos, violência urbana, fora do ambiente hospitalar e distúrbios, psiquiatria/psiquiátricos), visando a sua estabilização clínica e remoção para uma unidade hospitalar adequada.

Antes de retirar a vítima do local do acidente:

- Preste atenção ao movimentá-la para não agravar as lesões já existentes;
- Examine o estado geral da vítima;
- Tente calcular o peso da pessoa;
- Considere o número de socorristas para ajudar;
- Retenha a hemorragia;
- Mantenha a vítima respirando;
- Evite ou controle o estado de choque;
- Imobilize as áreas com suspeita de fraturas.

O transporte da vítima pode ser feito por maca, que é a melhor forma. Se por acaso não houver uma disponível no local, ela pode ser improvisada com duas camisas ou um paletó e dois bastões resistentes, ou até mesmo enrolando-se um cobertor várias vezes em uma tábua larga.

Durante a caminhada, podem aparecer obstáculos no caminho, tais como árvores caídas, por exemplo. O procedimento adequado nestes casos é:

Quando se aproximar do obstáculo, o socorrista A deve avisar ao outro socorrista do problema;

Os socorristas devem colocar o paciente no solo delicadamente, sempre com a orientação do socorrista A;

Com a prancha ao chão, os socorristas devem se posicionar nas laterais, um com a mão na altura do ombro da vítima e o outro com a mão um pouco abaixo dos joelhos, e manter os pés ligeiramente afastados;

Para elevar a prancha, o socorrista A dirige a operação: ambos se colocam de cócoras, erguendo os joelhos que estavam de apoio no chão;

Em seguida, os socorristas se levantam, usando os músculos das coxas para erguer a vítima;

Depois, sempre sob o comando do socorrista A, posicionam a prancha com a cabeceira sobre o obstáculo;

Os socorristas se colocam face a face, caminhando em direção ao paciente, movimentando a maca na lateral e deslizando as mãos ao longo da prancha;

O socorrista B se posiciona na extremidade da prancha;

Enquanto o socorrista B segura a prancha, o socorrista A pula o obstáculo e pega a extremidade da prancha perto da cabeceira da vítima;

Depois, sob a ordem do socorrista A, os dois seguem de forma que apoiem a extremidade dos pés do paciente sobre o obstáculo. O socorrista B salta o obstáculo e vem se posicionar próximo à cabeceira do paciente;

Os socorristas ficam frente a frente e andam em direção ao meio da prancha. Em seguida, a prancha é colocada no solo e o processo recomeça.

Em caso de acidente, sempre é possível ajudar enquanto se espera o auxílio especializado. Mas é importante ter noções adequadas de primeiros socorros para evitar o agravamento da situação.

Ligue imediatamente para o serviço de emergência de sua cidade e para a Polícia Militar Rodoviária;

Certifique-se de que não irá se arriscar ao se aproximar do local do acidente, porque você pode se tornar outra vítima. Por isso, preste atenção se existe incêndio ou cheiro de combustível antes de qualquer tentativa de socorro;

Pegue o extintor de incêndio de um carro que não esteja envolvido no acidente e coloque-o em ação, mesmo que não haja fogo;

Afastos os curiosos;

Examine o acidentado e veja se ele está respirando. Se a vítima estiver consciente, faça-lhe perguntas para checar a respiração, já que pessoas com graves problemas respiratórios têm dificuldade em falar;

Caso haja sufocamento ou dificuldade respiratória, faça respiração boca-a-boca e reanimação cárdio-pulmonar, conforme o caso;

Caso exista hemorragia, estanque-a com um pano limpo, protegendo devidamente suas próprias mãos.

O afogamento é o acidente causado pela submersão do indivíduo, geralmente na água do mar ou piscina, no qual o acidentado apresenta desde sintomas leves a graves, como a asfixia (dificuldade de respirar); a partir daí, podem ocorrer alterações em outros sistemas do corpo.

O local do afogamento (água doce ou salgada) determina diferenças nas alterações corpóreas; no entanto, os procedimentos de primeiros socorros são os mesmos.

Os acidentes ocorridos no mar registram um maior número de vítimas entre os adultos. Já em piscinas, esta estatística mostra maior frequência de crianças envolvidas. Por isso, é importantíssimo vigiar as crianças não só na praia, mas também em locais onde existam piscinas, mesmo que não estejam sendo usadas.

É possível atuar no socorro com medidas simples, ainda que a pessoa disposta a ajudar não tenha treinamento. Mesmo assim, lembre-se: a ajuda ao afogado só deve ser feita se não for colocar em risco a vida do socorrista.

Coloque o acidentado fora da água o mais rápido possível;
Se suspeitar de algum tipo de traumatismo (história de queda ou acidente ao mergulhar),
Mantenha sempre reta e imobilizada a cabeça da vítima;
Inicie imediatamente a respiração boca-a-boca;
Aqueça o acidentado;
Leve-o ao hospital mais próximo, o mais rápido possível.

A convulsão ocorre devido a uma descarga elétrica súbita e atípica dos neurônios, que se manifesta mais comumente por movimentos anormais de diversos tipos. Esses movimentos incomuns e incontrolláveis podem surgir de forma localizada ou generalizada, dependendo da causa do distúrbio neurológico. O quadro pode vir acompanhado por perda ou alteração da consciência.

Há diversas delas, entre as quais:

Febre (em crianças pequenas);
Traumas de crânio;
Doenças neurológicas;
Infecções do sistema nervoso;
Distúrbios do metabolismo corporal;
Intoxicações.

Durante a crise, o paciente pode apresentar:

Movimentos ritmados em todo o corpo ou em algum membro isoladamente;
Perda da consciência;
Salivação;
Vômitos;
Febre.

Obs.: Para evitar a crise convulsiva, deve-se diminuir a febre com banhos e medicações prescritas pelo médico. O primeiro procedimento não deve ser realizado durante a convulsão, devido ao risco de aspiração.

Como ajudar o indivíduo com convulsão?

Retire roupas apertadas do paciente;
Proteja a pessoa contra objetos duros, ásperos ou pontiagudos;
Coloque a vítima em local seguro, de onde não possa cair — no chão ou em uma cama cercada, por exemplo;
Retire travesseiros e lençóis, para evitar o risco de asfixia;
Coloque a pessoa deitada de lado (em decúbito dorsal), para permitir a drenagem de saliva e vômito; não introduza lenço ou objetos entre os dentes — é inútil e perigoso;
Leve o enfermo ao hospital mais próximo sem demora.

Os casos de estado de choque são provocados geralmente por lesões graves, tais como:

Hemorragias ou emoções intensas;
Queimaduras graves;
Ferimentos graves ou extensos;
Choque elétrico;
Intoxicação por produtos químicos ou alimentos;
Parada cardíaco-respiratória;
Exposição excessiva ao calor ou ao frio;
Dor profunda;
Infecções;
Fraturas.

Sintomas:

Pele pálida e fria;
Sudorese nas mãos e na testa;
Sensação de frio;
Náuseas e vômitos;
Dificuldade respiratória;
Visão nublada;
Pulso fraco e rápido.

Como ajudar o indivíduo em estado de choque?

Examine o estado da vítima;
Mantenha a pessoa deitada e aquecida;
Alargue as roupas da vítima;

Remova da boca qualquer objeto que atrapalhe a respiração (dentadura, goma de mascar) e mantenha a vítima respirando;
Posicione a cabeça na lateral, para o caso de ela vomitar,
Levante as pernas da vítima, mas somente se não houver suspeita de fraturas;
Mantenha a cabeça do paciente em posição mais baixa que o tronco, de preferência;
Leve-o ao hospital.

As fraturas são ocasionadas pela ruptura completa ou parcial na continuidade dos ossos. Podem ser classificadas em:

Fechadas: quando a pele do local fraturado não se rompe;

Abertas ou expostas: quando a pele se rompe e o osso fica exposto. Esta ruptura pode ser causada por algum objeto cortante ou pelos próprios fragmentos ósseos. Neste caso, a probabilidade de infecção é muito grande, e por isso a fratura deve ser examinada com atenção pelo médico.

Ainda se pode classificar a fratura por sua extensão:

Completa: envolve toda a espessura do osso;

Incompleta: envolve apenas uma parte do diâmetro do osso.

Observações importantes quanto há fratura:

Não tente colocar o osso da vítima no lugar;

Procure não limpar os ferimentos. Movimentos desnecessários podem provocar complicações sérias e infecções;

Dê analgésico via oral, para amenizar a dor;

Coloque compressa de gelo na área traumatizada para diminuir a dor e o inchaço;

Caso não tenha certeza da fratura, trate a vítima como se a ruptura realmente tivesse ocorrido, imobilizando a região;

Chame o médico o mais rápido possível, ou leve a vítima ao hospital.

Obs.: Se o osso não estiver exposto, faça compressa com gelo

Atendimento pré hospitalar



Todo processo feito pelos profissionais de resgate.

A equipe profissional, de acordo com a portaria dois grupos distintos podem exercer profissionalmente este trabalho. O primeiro grupo é chama de Profissionais Oriundos da Área da Saúde onde estão incluídos os Médico, Enfermeiro e Técnicos em Enfermagem. O segundo grupo é chamado de Profissionais Não Oriundo da Área da Saúde onde se prevê que os Policiais (Federais, Cíveis, Militares e Guardas Municipais), Bombeiros e Operadores de Veículos de Emergência (vulgo Motorista de Ambulância).

Estabilizar e/ou imobilizar a vítima e remove-la o mais rápido possível com segurança, para unidade de saúde de referência mais próxima. Independente do tempo e das circunstâncias encontradas no trajeto esses profissionais devem evitar o agravamento das lesões causadas pelo acidente e manter a vítima viva até a chegada no destino.

No Mundo existem diversos protocolos e modelos de atendimento pré hospitalar, destacando o Protocolo Norte-Americano e o Protocolo Francês, no primeiro aplica-se o conceito de chegar à vítima no menor tempo possível, realizar manobras essenciais para estabilizá-la e removê-la o mais rápido possível a um hospital adequado (princípio conhecido como hora de ouro), se possível realizando registro do ocorrido seja impresso ou vídeo.

No protocolo Francês adota-se o princípio de ofertar o atendimento médico no local até a estabilização da vítima (princípio conhecido como stay and play).

Já no Brasil, foi adotado um sistema misto, onde se estabeleceram unidades de suporte básico, que são tripuladas por pessoal não médico, treinado em Atendimento Pré Hospitalar e Unidades de Suporte Avançado, nas quais se encontra presente o médico.

Obs.: Os Socorristas não são os profissionais do resgate.

O serviço de atendimento pré-hospitalar é um conjunto de ações médicas de emergência, realizada por uma equipe fora do ambiente hospitalar. Por ter suas ações mais concentradas em urgências e emergências, esse tipo de atendimento geralmente é feito a pacientes que apresentam vários tipos de distúrbios sendo clínicos (neurológicos, cardíacos, psiquiátricos, etc.) ou traumáticos (acidentes automobilísticos, quedas, agressões etc.).

Durante o atendimento pré-hospitalar o paciente é avaliado, estabilizado clinicamente e após feito um pré-diagnóstico é encaminhado para o hospital para ser realizado as intervenções necessárias. O atendimento pré-hospitalar, ou APH como também é chamado, adota o método stay and play, no qual toda a equipe de socorristas, médicos e enfermeiros é treinada e capacitada para tais situações.

O atendimento pré-hospitalar inclui o apoio de equipes e ambulâncias especializadas em UTI's, a fim de minimizar os efeitos de casos até bem mais graves. Para que um socorrista tenha um melhor desempenho para atuar durante a situação, é necessário ter conhecimento de primeiros socorros, acidente de múltiplas vítimas (AMUV), ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e desfibrilador externo automático (DEA), dentre outros.



Leitura Complementar:

Livro: Primeiro Socorro, O - O Suprassumo do Atendimento Pre-hospitalar (APH)

Autor: Marliere - Editora: Editora Sparta - Especialidade: Clínica Médica

Páginas: 0384 - Publicação: 2016 - Edição: 1^o - Encadernação: Capa Dura

Uma obra relevante e que muito vem a acrescentar não só aos estudantes e profissionais das áreas da Saúde, como aos Técnicos de Segurança do Trabalho, aos Policiais Militares, Policiais Civis, Policiais Rodoviários, Metropolitanos e Federais, Equipes de Resgate, SAMU e Corpo de Bombeiros. Até mesmo pessoas leigas que se interessam pelo assunto, podem aprender com este livro. Quanto mais pessoas na sociedade civil ou Militar estiverem treinadas e habilitadas a prestar corretamente o Primeiro Socorro (ainda no local), maior poderá ser a garantia das vidas no futuro. O livro está dividido em 10 partes e entre os capítulos abordados estão: Bases da Anatomia e Fisiologia Humana; Os Termos e os Procedimentos Básicos de Socorro; Agindo com Rapidez/ Iniciando o Socorro; As Situações de Emergência; A Situação nos Grandes Acidentes, Catástrofes ou Desastres; A Prevenção; Orientações e Considerações Finais; A Omissão de Socorro, o Código de Processo Penal e a Legislação.

O PROCESSO DE ATENDIMENTO

O processo inicia com a chamada telefônica na central de atendimentos, sendo recebida por um TARM (Técnico Auxiliar de Regulação Médica). A princípio, determina-se o local de origem da chamada, buscando identificar sua natureza (trope, solicitação de orientações médicas, solicitação de atendimento ou engano). Caso se trate de uma solicitação de atendimento, são coletadas informações iniciais, como local do acidente e dados da vítima, encaminhando, em seguida, a chamada para o médico regulador para que a situação seja avaliada.

ABCDE

A (tratamento da via aérea e estabilização da coluna cervical)

Verificar a permeabilidade da via aérea do doente e prever a possibilidade de obstrução. Realizar a abertura das vias aéreas através de manobras manuais (elevação do mento ou tração da mandíbula em pacientes traumatizados), remoção de sangue e corpos estranhos e uso de dispositivos, se necessário (cânulas oro ou nasofaríngea, turbo orotraqueal). Realizar estabilização da coluna cervical.

B (ventilação)

Verificar se o doente está ventilando, observando a frequência ventilatória, a qualidade da respiração e a saturação de oxigênio. Realizar ventilação assistida, suplementação com oxigênio e outras condutas se necessário, de acordo com a avaliação do paciente.

C (circulação e hemorragia)

Controle da hemorragia utilizando manobras de pressão direta ou torniquete. Avaliação da perfusão, verificando pulso (presença, qualidade e regularidade), tempo de enchimento capilar, pele (cor, temperatura e umidade). Realizar reposição volêmica se necessário.

D (disfunção neurológica)

Para determinar o nível de consciência, pode-se utilizar a Escala de Coma de Glasgow, em que se avaliam a abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora. Também há o sistema ADVN.

E (exposição x ambiente)

Remover as roupas para identificar lesões, atentando para a possibilidade de hipotermia.

Nível de consciência: ADVN (alerta, responde ao estímulo verbal, responde ao estímulo doloroso, não responde)

A: descrição da via aérea

B: descrição da respiração

C: descrição da circulação

Estudo de Caso:

Hipótese Diagnóstica: anafilaxia/síndrome de envenenamento.

Procedimentos: Vítima foi prontamente atendida pelo médico da unidade de urgência, foi medicado com adrenalina subcutânea e glicocorticoide, por via venosa, sendo em seguida transferido para o hospital de referência.

Desfecho: Durante a remoção evoluiu com diminuição do nível de consciência e insuficiência respiratória aguda, tendo sido realizada intubação oro-traqueal e iniciada ventilação mecânica.

Classificação anatômica das lesões:

Quanto à classificação anatômica, as lesões podem ser subdivididas em lesões dos envoltórios cranianos, lesões focais ou difusas, segundo as definições que seguem:

Lesões dos envoltórios cranianos:

- a) Escalpo: lesão cutânea que pode ser de grande amplitude e levar a sangramento importante.
- b) Fraturas cranianas: toda a solução de continuidade do plano ósseo. Podem ser lineares, cominutivas, diastáticas (aumento das suturas), com afundamento ou em depressão e acometer calota óssea, base do crânio ou ossos da face.

Lesões focais: correspondem aos hematomas, intra ou extracerebrais, ou áreas isquêmicas que acometem apenas uma região do cérebro.

Contusão: resultam de trauma sobre os pequenos vasos ou sobre o parênquima cerebral, com hemorragia e edema, podendo haver necrose e isquemia secundárias.

Hematoma epidural: coleção de sangue entre a dura-máter e a tábua óssea, sendo frequentemente associado a fraturas cranianas que provocam lacerações de vasos durais.

Hematoma subdural: coleção de sangue no espaço subdural, decorrente da rotura de veias-pontes ou vasos corticais. É mais comum em lesões que envolvem a rápida movimentação da cabeça, como as quedas e as agressões.

Hematoma intraparenquimatoso: decorrem da rotura de pequenos vasos parenquimatosos, e estão frequentemente associados a contusões lobares extensas.

Lesões difusas: acometem o cérebro como um todo e, usualmente, decorrem de forças cinéticas que levam à rotação do encéfalo dentro da caixa craniana.

Concussão: decorre da desaceleração rotacional da cabeça sem que haja força de contato significativa e refere-se à perda temporária da consciência associada ao TCE.

Lesão axonal difusa: é a lesão mais comum associada ao TCE, decorrente da tensão ou estiramento axonal por forças de aceleração rotacional e/ou angular. Refere-se à perda da consciência por mais de 6 horas, associada ao TCE, sem distúrbio metabólico ou lesão expansiva na tomografia.

Hemorragia subaracnoidea: resulta da ruptura de vasos para as cisternas do espaço subaracnoideo.

Avaliação secundária

Após avaliação primária, deve-se realizar avaliação secundária, se a gravidade do quadro permitir, retomando a avaliação primária diante de deterioração do quadro clínico do paciente. A avaliação secundária deve dar ênfase para:

- Avaliação das pupilas (se assimetria > 1mm, pesquisar sinais focais).
- Repetição seriada da GCS.
- Avaliação da presença de déficits motores.
- Avaliação dos sinais vitais e da glicemia capilar.

- Exame da cabeça e coluna, atentando para sinais de gravidade do TCE (sinais de perda líquórica, presença de fraturas abertas, exposição de tecido cerebral, ferimentos extensos em couro cabeludo, sinais de fratura de base de crânio).
- História SAMPLE (Sintomas, Alergias, Medicamentos, Passado médico, Líquidos e alimentos, Evento), destacando histórico de convulsões, diabetes, acidente vascular encefálico, uso de drogas ilícitas e/ou álcool.
- Controle da temperatura corpórea.

Transporte

O transporte requer uma boa instalação do paciente e equipe de socorristas, permitindo a qualquer momento tomada de condutas rápidas se eventual agravação clínica do traumatizado.

Durante o atendimento pré-hospitalar não é possível determinar com exatidão a etiologia do TCE, de forma que os passos mais importantes são: identificação de alterações clínicas sugestivas de lesões moderadas a graves, instituição do tratamento adequado, reconhecimento de sinais de deterioração neurológica, transporte a um centro especializado no atendimento do trauma com recursos de tomografia computadorizada, serviço de neurocirurgia e reanimação especializada.

Em toda abordagem de pacientes com agravo clínico, após a realização da Avaliação Primária e das intervenções específicas dessa fase do atendimento.

Quando suspeitar ou critérios de inclusão: Episódio testemunhado (ou referido) de engasgo com tosse e/ ou sinais de sufocação.

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.

Estar atento à ocorrência de PR (Protocolo BC4) ou PCR (Protocolo BC5). Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde.

SUORTE BÁSICO DE VIDA

Suporte Básico de Vida (SBV), é o conjunto de medidas e procedimentos técnicos que objetivam o suporte de vida à vítima até a chegada da equipe de emergência. Traçando um padrão para atendimento, tendo objetivo principal não agravar lesões já existentes ou gerar novas lesões (iatrogênicas). Um rápido SBV proporciona até 60% de chance de sobrevivência.

1º Passo: Reconhecimento imediato de uma possível parada cardiorrespiratória (PCR) Chamar a emergência, o SAMU. Se a sua cidade não possuir SAMU, chame os bombeiros ou qualquer outro sistema de atendimento de emergências. Caso você se encontre em um lugar público, aeroporto, shopping, rodoviárias, supermercado, pergunte e solicite por um DEA.

2º Passo: Inicie a RCP, fazendo compressões torácicas efetivas, no mínimo 100 compressões por minuto, com uma profundidade de 5cm, posicione o “calcanhar da mão” (região hipotenar da mão) no centro do tórax, aproximadamente na linha dos mamilos, mantenha os braços esticados, relação compressão-ventilação de 30:2. Essas compressões devem ser fortes e muito rápidas. Você vai cansar, então já oriente alguém para ficar atento, pois em algum momento será necessário fazer uma troca com você, para assumir essa tarefa. A importância das compressões existe, justamente por serem elas que irão irrigar o cérebro, dessa maneira estamos preservando as faculdades cerebrais da pessoa.

3º Passo: Se você tiver a sua disposição o DEA, é agora que você vai utilizá-lo. Posicionando as placas de contato e o sensor do aparelho conforme a indicação neles existente. E então ligar o aparelho, ele fará uma análise da situação da pessoa e dará as instruções como: continue as compressões ou compressões ineficientes (isso quer dizer que precisa de mais vigor e velocidade) ou até mesmo afaste-se, para que o choque seja efetuado. O que pode tirar a pessoa da parada cardiorrespiratória é esse choque. Porém se você não tiver um DEA ao seu alcance, mantenha o 2º passo constantemente, até a chegada do socorro.

4º Passo: Será a chegada do SAV. Agora o trabalho será feito pelos profissionais da emergência. Passe todas as informações que você achar necessárias para colaborar com o atendimento dos médicos e enfermeiros.

5ª Passo: Cuidados pós-PCR integrados, aqui o atendimento já está ocorrendo dentro da ambulância a caminho do hospital e lá no hospital. E a sua tentativa de ajudar a preservar uma vida foi feita.

O Suporte Básico de Vida compreende o atendimento prestado a uma vítima de mal súbito ou trauma, visando à manutenção de seus sinais vitais e à preservação da vida, além de evitar o agravamento das lesões existentes, até que uma equipe especializada possa transportá-la ao hospital e oferecer um tratamento definitivo.

O Suporte Básico de Vida (SBV), oferecido aos pacientes no ambiente extra-hospitalar, consiste no reconhecimento e na correção imediata da falência dos sistemas respiratório e/ou cardiovascular, ou seja, a pessoa que presta o atendimento deve ser capaz de avaliar e manter a vítima respirando, com batimento cardíaco e sem hemorragias graves, até a chegada de uma equipe especializada.

O Atendimento Pré-hospitalar (APH) envolve todas as ações efetuadas com o paciente, antes da chegada dele ao ambiente hospitalar. Compreende, portanto, três etapas:

1. assistência ao paciente na cena (no local da ocorrência);
2. transporte do paciente até o hospital;
3. chegada do paciente ao hospital.

Suporte Básico à Vida (SBV): caracteriza-se por não realizar manobras invasivas.

Suporte Avançado à Vida (SAV): caracteriza-se pela realização de procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório, como, por exemplo, a intubação orotraqueal, acesso venoso e administração de medicamentos. Geralmente, o suporte avançado é prestado por equipe composta por médico e enfermeiro.

O APH tem como objetivos específicos preservar as condições vitais e transportar a vítima sem causar traumas iatrogênicos durante sua abordagem, como, por exemplo, danos ocorridos durante manipulação e remoção inadequada (do interior de ferragens, escombros etc.). O socorrista deve ter como princípio básico evitar o agravamento das lesões e procurar estabilizar as funções ventilatórias e hemodinâmicas do paciente.

A prioridade de atendimento é determinada basicamente pela gravidade da vítima, ou seja, serão socorridas e atendidas primeiramente aquelas que se encontram sujeitas a maior risco de morte, pois o objetivo principal do primeiro socorro é a preservação da vida. O socorrista deverá seguir uma sequência padronizada e executar as medidas de socorro conforme for identificando as lesões da vítima. O exame é dividido em dois tempos principais: avaliação primária e avaliação secundária.

Circulação – O pulso está presente? Não se deve demorar mais do que 10 segundos para identificar o pulso. Existe alguma hemorragia grave? Na ausência de pulso iniciar de imediato com 30 compressões torácicas, em uma frequência de no mínimo 100 vezes por minutos, com a profundidade de 5 cm. Prevenir ou tratar o estado de choque.

Respiração – O paciente respira? Na ausência da respiração realizar 2 ventilações. Essa respiração está sendo eficaz? Ofertar suporte ventilatório com oxigênio suplementar de 12 a 15 L/min para vítimas de trauma.

Vias aéreas e estabilização da coluna cervical (em vítimas de trauma, profissionais de saúde que suspeitarem de trauma realizar anteriorização da mandíbula) – Ver, Ouvir e Sentir não se usa mais. Verificar se as vias aéreas estão pérvias ou se existem sinais de obstrução.

Avaliação neurológica – Chamar pela pessoa. “Você está bem? Posso ajudar? Qual o seu nome?” Um método muito simples para determinar rapidamente o estado de consciência é a utilização do sistema AVDI.

Exposição da vítima com controle da hipotermia – Retirar ou cortar as vestes para visualizar melhor e tratar as lesões de extremidades. Em seguida, cobrir a vítima, prevenindo assim a hipotermia e minimizando o choque. Observação. O protocolo detalhado do suporte básico de vida e reanimação cardiopulmonar (RCP) será visto no capítulo seguinte. É muito importante obter todas as informações possíveis do local do acidente. O socorrista deverá observar cuidadosamente a cena por si só, conseguir informações com a própria vítima (se consciente e orientada), familiares e testemunhas e avaliar os sinais e sintomas indicativos de uma emergência.

Para realizar a anamnese: utilizar a sigla AMPLA.

A – Alergias

M – Medicamentos

P – Passado médico

L – Líquidos e alimentos

A – Ambiente (eventos relacionados ao trauma ou emergência clínica)

Durante a avaliação secundária, proceder, ainda, à avaliação dos sinais vitais, observar a cor da pele e verificar o nível de consciência. Destacamos abaixo algumas observações e “dicas” quanto aos dados obtidos pelo socorrista durante a realização dessa etapa.

Segundo a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, os primeiros socorros são definidos como a prestação e assistência médica imediata a uma pessoa ou uma ferida até à chegada de ajuda profissional.

Caso encontre uma pessoa deitada no chão ou presencie um desmaio, verifique se a vítima está consciente e está respirando.

Se a vítima não responde e não está respirando, deverá seguir o seguinte procedimento:

Pedir para alguém chamar pelo serviço médico de emergência (SAMU – 192) e iniciar imediatamente a massagem cardíaca. Se estiver sozinho e não estiver com celular, deixe a vítima, acione o 192 e depois comece a massagem cardíaca. Se o local dispõe de desfibrilador externo automático (DEA), peça a alguém para trazê-lo para próximo da vítima.

Coloque a pessoa deitada de costas em uma superfície dura e plana.

Se o peito estiver coberto, descubra-o.

Ajoelhe-se ao lado da vítima. Faça a massagem cardíaca com as duas mãos na metade inferior do esterno (ao nível da linha dos mamilos), faça compressões contínuas a uma frequência de 100 a 120 vezes em um minuto, afundando o tórax em cerca de 5 cm. Espere o retorno total do tórax após cada compressão.

Os braços do socorrista devem permanecer estendidos, com as articulações dos cotovelos retas, transmitindo ao esterno da vítima a pressão exercida pelo peso dos seus ombros e tronco. Certifique-se de que os seus ombros estão acima do centro do tórax da vítima;

Faça as compressões até que o serviço médico de emergência chegue ao local.

Os primeiros socorros para uma vítima de infarto agudo do miocárdio pode ajudar a minimizar as sequelas, ou até mesmo salvar a vida da pessoa que sofre o episódio. Para isto é preciso identificar os sintomas, acalmar e deixar a vítima confortável, chamar uma ambulância, ligando para o SAMU - 192.

Uma pessoa que sofre um infarto pode apresentar os seguintes sintomas:

Dor no peito, tipo queimação ou aperto, que pode irradiar para os braços ou para a mandíbula, intensa ou dura mais que 20 minutos;

Enjoo ou vômito;

Suor frio;

Falta de ar;

Palpitações;

Tontura e desmaio.

EMERGÊNCIAS MÉDICAS - (EMS)

São um conjunto de ações programadas e coordenadas que juntamente com recursos humanos e materiais possam prestar cuidados de saúde eficazes em situações de doença súbita, acidentes, catástrofes, ...

Serviços de emergência médica são um tipo de serviço de emergência que providencia assistência de emergência pré-hospitalar, tratamento a condições clínicas agudas ou súbitas, transporte para instalações permanentes, e qualquer outro transporte de pacientes ou vítimas com lesões ou condições que os impeçam de se transportar a si próprios.

A função dos serviços de emergência médica é prestar tratamento a quem necessite de intervenção médica urgente, tendo por objetivo estabilizar o paciente e atingir um nível de cuidados minimamente satisfatório, de modo a poder transportar a vítima em segurança para a próxima etapa no processo, normalmente o departamento de emergência de um hospital.

O próprio conceito de assistência médica de emergência pode referir-se a uma multiplicidade de sistemas de cuidados, desde os que apenas disponibilizam o transporte em ambulâncias, até sistemas complexos e geridos em articulação com o hospital local, em que a assistência médica é prestada no local e durante o transporte. Em alguns países em desenvolvimento, o termo é pouco ou indevidamente usado, uma vez que o serviço existente não presta cuidados de saúde, mas apenas o transporte para as instalações de saúde.

Na maior parte do mundo, a assistência médica de emergência é pedida através de um número de emergência, que coloca o público em contacto com a respectiva autoridade de saúde, que por sua vez tem como missão acionar os meios adequados para lidar com a situação.

Em determinados locais, os serviços médicos de emergência têm também como missão o transporte de pacientes entre instalações hospitalares, quando se tornem necessários cuidados hospitalares mais especializados, ou o transporte para clínicas, lares ou hospitais locais quando deixe de existir necessidade de cuidados especializados. Os serviços podem ainda providenciar operações de socorro técnico, como desencarcerações, socorro marítimo, e operações de busca.

O treino e o nível de certificação profissional entre os profissionais de emergência médica é bastante distinto de país para país, ou mesmo de região para região. Nalguns sistemas, pode estar presente apenas um condutor qualificado de ambulâncias sem qualquer treino médico, enquanto que outros sistemas dispõem de pessoal com formação de primeiros socorros e suporte básico de vida. Os sistemas de emergência mais avançados dispõem de pessoal com formação em suporte avançado de vida, incluindo paramédicos, enfermeiros ou ainda médicos.

Na obtenção de sucesso na reanimação, todos os elos da cadeia de sobrevivência são importantes.

O rápido reconhecimento da PCR, a solicitação de ajuda e o início das manobras de ressuscitação, devem ser imediatos.

Demoras superiores a dez minutos diminuem a praticamente zero a possibilidade que a vítima se recupere, ou que pelo menos o faça sem dano cerebral significativo.

Existência de serviços de atendimento de emergência ágeis e bem preparados.

O sistema de resgate é composto por viaturas tripuladas com socorristas e viaturas tripuladas com médicos e enfermeiros.

Ao socorrista compete prestar o Suporte Básico de Vida ao paciente no local do acidente bem como monitorar sinais vitais fornecendo ao médico controlador da Central de Operações informações vitais para que este determine as medidas mais adequadas para cada caso.

A gestão efetiva dos serviços de atendimento médico de urgência depende de sistemas integrados de alta disponibilidade que atuem do atendimento do chamado até a finalização da ocorrência. Com módulos de sistema que abrangem todo o ciclo de atendimento de um centro de urgência, a solução Hexagon é a melhor opção para a redução do tempo de resposta e extração de informações históricas para a contínua evolução operacional desse serviço essencial à população.

Na emergência, o aparecimento é súbito e imprevisto, exigindo solução imediata, e na urgência não, porém a solução deve ser em curto prazo.

A emergência é considerada uma situação em que a vida, a saúde, a propriedade ou o meio ambiente enfrentam uma ameaça imediata. Em situações de emergência, devem ser tomadas medidas súbitas, para evitar que a situação se agrave.

A definição de emergência varia de acordo com os órgãos que respondem às situações de emergência, como bombeiros, ou pronto-socorros em hospitais. O governo é responsável por estabelecer os padrões, pois são eles que gerenciam as emergências.

A urgência é um estado em que não há risco imediato à vida, à saúde, à propriedade ou ao ambiente. Porém, se não for atendida num determinado período de tempo, a situação pode se transformar em uma emergência.

Os padrões de urgência também são estabelecidos pelo governo e pelos órgãos que cuidam deles. A definição de urgência é diferente para profissionais de medicina, para pilotos ou outros profissionais.

RESGATE

Material recomendado para PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP):

Relatório de ocorrência ou documento similar.

Viatura de combate a incêndio com capacidade para 6 bombeiros;

Viatura de salvamento;

Viatura de Atendimento Pré-Hospitalar;

EPI de combate a incêndio;

Equipamentos e Materiais de extricação;

Equipamentos e Materiais de estabilização do veículo (Cunhas e calços, Sacador de válvulas, entre outros);

Equipamentos e Materiais de iluminação (Lanternas, refletores portáteis, entre outros);

Equipamentos e Material de isolamento;

Lona plástica com dimensões mínimas de 1,5 m x 2 m;

Protetor de colunas e Cobertores de proteção;

Protetor de air bags;

Máquina fotográfica;

Rádio portátil;

Telefone móvel.

As operações de salvamento em altura consistem, basicamente, na remoção de pessoas, animais e/ou bens dos mais variados sinistros ou calamidades, com a finalidade de salvaguardar sua integridade física, psíquica e/ou aplicar os atendimentos no que diz respeito ao primeiro exame (primeiros socorros), o que torna o serviço altamente especializado, exigindo dos socorristas amplo conhecimento profissional, em função das diversificações das atividades e dos materiais nele empregados.

Obs.: Os serviços de salvamento e primeiros socorros são interligados pela natureza da profissão, onde executores dessas atividades são denominados “socorristas”.

Nos salvamentos em altura, o bombeiro, além de suas habilidades, deverá ser isento de vertigens, para que não coloque em risco a vida pessoal e de terceiros. Os conhecimentos técnicos que justificam essas ações tornar-se-ão completos quando for observado o perfeito manuseio dos aparelhos, equipamentos e materiais próprios para o salvamento. E assim, com uma conduta definitiva, os trabalhos serão executados com rapidez e perfeita segurança.

O socorrista é sempre um profissional dotado de grandes qualidades, porém em situação alguma deverá trabalhar isolado nas operações de salvamento, tendo sempre que trabalhar em dupla, buscando o melhor desempenho e auxílio contra os riscos. Nas operações a serem desenvolvidas, o reconhecimento antecipado das condições existentes ajudará a evitar danos decorrentes do trabalho. É importante lembrar que o socorrista, quando de posse de informações, trabalhará com rapidez e seu rendimento será maior. A informação torna-se uma de suas garantias contra prováveis acidentes durante o serviço de salvamento.

Salvamento em Altura é a atividade de bombeiro, especializada no salvamento de vítimas em local elevado, através do uso de equipamentos e técnicas específicas, com vistas ao acesso e remoção do local ou condição de risco à vida, de quem não consiga sair por si só, em segurança.

Para realizar um salvamento em altura o bombeiro e a equipe precisam estar conscientes de sua capacidade física e técnica, o que nem sempre é fácil, mas essencial. A consciência de si diminui a vulnerabilidade diante das situações limites. O equilíbrio emocional permite uma análise mais profunda da emergência e de todas as variáveis envolvidas, garantindo uma melhor atuação do bombeiro e, conseqüentemente, maior segurança para ele, a equipe, a vítima e outros.

A confiança, em seu próprio potencial mental, físico e técnico, que vem através de grandes esforços conscientes, disciplina e paciência, durante a preparação, fará grande diferença no desenrolar das operações. A preparação deve buscar a padronização das ações, de forma que cada militar envolvido nas operações de salvamento tenha conhecimento e segurança de sua atuação específica dentro de todo o socorro.

A grande maioria dos acidentes envolvendo altura ocorre por falha humana, através do excesso de confiança, imprudência, negligência, desconhecimento ou pouca familiarização com os equipamentos e, conseqüentemente, uso inadequado deles. As operações de salvamento em ambientes elevados, por si só já representam um determinado grau de perigo, em razão do ambiente onde se processam. Por este motivo, qualquer deslize poderá representar sérias lesões ou até mesmo a morte das vítimas envolvidas, ou ainda, dos próprios bombeiros militares empenhados no resgate.

Os cuidados devem ser minuciosamente observados, dentro de cada operação, e o conhecimento e atenção aos quesitos de segurança devem ser dotados como características básicas de cada socorrista.

A segurança é realizada de forma satisfatória quando utilizamos procedimentos, materiais e/ou equipamentos que possibilitem a permanência e a realização de trabalhos em locais de risco.

MANDAMENTOS DO SOCORRISTA

Os dez mandamentos do socorrista são:

1. Mantenha a calma.
2. Tenha em mente a seguinte ordem de segurança quando estiver prestando socorro:
 - Primeiro eu (o socorrista)
 - Depois minha equipe (Incluindo os transeuntes)
 - E por último a vítima
3. Ao prestar socorro, é fundamental ligar ao atendimento pré-hospital de imediato ao chegar no local do acidente.
4. Sempre verifique se há riscos no local, para você e sua equipe, antes de agir no acidente.
5. Mantenha sempre o bom senso.
6. Mantenha o espírito de liderança, pedindo ajuda e afastando os curiosos.
7. Distribua tarefas, assim os transeuntes que poderiam atrapalhar lhe ajudarão e se sentirão mais úteis.
8. Evite manobras intempestivas (realizadas de forma imprudente, com pressa)
9. Em caso de múltiplas vítimas dê preferência àquelas que correm maior risco de vida como, por exemplo, vítimas em parada cardíaco-respiratória ou que estejam sangrando muito.
10. ~~Seja socorrista e não herói (lembre-se do 2º mandamento).~~

No caso de muitas vítimas, dê preferência àquelas que correm maior risco de vida como, por exemplo, vítimas com paragem cardio-respiratória ou que estejam com hemorragias.

A maioria dos acidentes fatais e de grandes traumas poderiam ser evitados quando eles ocorrem, medidas simples podem amenizar o sofrimento e até mesmo evitar o óbito.

Os primeiros socorros são atendimentos prestados às vítimas no local do acidente por pessoas capacitadas. (APH – Atendimento pré-hospitalar).

Quando se sofre um acidente podemos ter sérias lesões em algum órgão ou um trauma na região da cabeça pelo movimento da pancada, por isso temos que manter a vítima consciente e com o mínimo de movimentos.

Os principais motivos dos óbitos e lesões irreversíveis em acidentes é a falta de atendimento de primeiros socorros ou tentativa de atendimento sem conhecimento técnico ou ainda movido por forte pressão emocional (nervoso, desequilíbrio).

Qualquer cidadão que tenha conhecimentos em primeiros socorros e não providenciar ou prestar socorro às pessoas vitimadas, poderá responder por crime de omissão de socorro, previsto no Art. 135 do Código Penal – Decreto- Lei 2848/40, até mesmo quando não for o causador do evento.

Como a solidariedade é natural em todos nós seres humanos, sempre vamos tentar ajudar da melhor forma possível quando presenciarmos um acidente.

Acontece que não basta somente a nossa bondade, mais sim alguns conhecimentos em primeiros socorros para que posamos utilizar de forma correta para o bem- estar da vítima, nesse momento de desespero que muitas vezes as vítimas estão entre a vida e a morte e dependem da ajuda de outras pessoas, pensamos não ter coragem suficiente para socorrer, caso não tenhamos conhecimentos em primeiros socorros temos que de imediato ligar para os serviços de emergência.

No caso de acidente sem vítima, a primeira providencia a ser tomada é retirar os veículos do local para não atrapalhar o trânsito. Assim vamos evitar outros acidentes, o condutor que manter o veículo na pista pode ser multado.

Acidentes com vítima é necessário mais atenção, Precisamos sinalizar o local do acidente ligando o pisca alerta e colocando o triângulo em uma distância segura, Em seguida, verificar quantas vítimas se envolveram no acidente, ligar para os serviços de emergência dando todas as informações do estado das vitimas, se tem fraturas, sangramentos, se está consciente ou desacordada para que os profissionais habilitados venham preparados e com os materiais necessários para o socorro.

"Esses são procedimentos para profissionais socorristas qualificados"

Importante:

Parágrafo 1 Artigo 135 do Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940

Art. 135 - Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública:

Parágrafo único - A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Condicionamento de atendimento médico-hospitalar emergencial (Incluído pela Lei nº 12.653, de 2012).

1.Acreditação - procedimento de avaliação dos estabelecimentos de saúde, voluntário, periódico e reservado que tende a garantir a qualidade da assistência integral, por meio de padrões previamente aceitos. Acreditação pressupõe avaliação da estrutura, de processos e resultados, e o estabelecimento será acreditado quando a disposição e organização dos recursos e atividades conformem um processo cujo resultado final é uma assistência à saúde de qualidade.

2.Alojamento conjunto - sistema hospitalar em que o recém nascido sadio, logo após o nascimento permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, em um mesmo ambiente, até a alta.

3.Altas - ato médico que determina a finalização de uma modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente até o momento, por cura, melhora, inalterado, por pedido ou transferência. O paciente poderá, caso necessário, passar a receber outra modalidade de assistência, seja no mesmo estabelecimento, em outro ou no próprio domicílio.

4.Ambulatório - local onde se presta assistência a pacientes, em regime de não internação.

5.Autorização - ato administrativo pela qual a autoridade competente emite um documento permitindo ao requerente executar uma prática ou qualquer ação específica.

6.Assistência ambulatorial - modalidade de atuação realizada por um ou mais integrantes da equipe de saúde a pacientes em regime de não internação.

7.Assistência de enfermagem - modalidade de atuação realizada por um ou mais integrantes da equipe de enfermagem na promoção e proteção da saúde e na recuperação e reabilitação de doentes.

8.Assistência Domiciliar - modalidade de atuação realizada por um ou mais integrantes da equipe de saúde no domicílio do paciente.

9.Assistência Hospitalar - modalidade de atuação realizada por um ou mais integrantes da equipe de saúde a pacientes em regime de internação.

10.Assistência médica - modalidade de atuação realizada por médico na promoção e prevenção da saúde e na recuperação e reabilitação de doentes.

11.Assistência odontológica - modalidade de atuação realizada pela equipe de odontologia na promoção e proteção à saúde e na recuperação e reabilitação de doentes.

12.Assistência sanitária - modalidade de atuação realizada pela equipe de saúde junto à população na promoção e proteção da saúde.

13.Autoridade sanitária - autoridade competente no âmbito da área da saúde com poderes legais para estabelecer regulamentos e executar licenciamento (habilitação) e fiscalização.

14.Autorização - ato administrativo pelo qual a autoridade competente emite um documento permitindo ao solicitante executar uma prática ou qualquer ação específica.

15.Leito auxiliar reversível - leito auxiliar que está incluído na capacidade de emergência do hospital podendo ser utilizado em caráter excepcional.

16.Leito de longa permanência / estadia - leito hospitalar cuja utilização supera a média de permanência de 30 dias.

17.Leito de observação ou leito auxiliar - leito destinado a pacientes que necessitam estar sob supervisão médica e/ou de enfermagem para fins de diagnóstico ou de tratamento durante um período menor que 24 horas.

18.Leito especializado - leito hospitalar destinado a pacientes em determinadas especialidades médicas.

19.Leito indiferenciado - leito hospitalar destinado a acomodar pacientes de qualquer especialidade médica.

20.Leito dia - unidade de medida que representa disponibilidade de leito hospitalar num dia hospitalar.

Índice de concentração (IC) – relação entre o número de uma determinada atividade realizada em determinado período e o número total de clientes assistidos nessa atividade no mesmo período.

Índice de consultas hora-médico (ICHM) – relação entre o número de consultas realizadas em determinado período e o número de horas-médico contratadas no mesmo período.

Índice de consultas-médico (ICM) – relação entre o número de consultas médicas realizadas em determinado período e o número de médicos do ambulatório no mesmo período.

Índice de intervalo de substituição (IIS) – assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um cliente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

A Constituição protege tanto a cura quanto a prevenção de doenças através de medidas que assegura a integridade física e psíquica do ser humano como consequência direta do fundamento da dignidade da pessoa humana, cabendo ao Estado dar a efetiva proteção.

Diga-se aqui que ao se falar em Estado, está incluído, a União, o Estado e os Municípios, porque a competência quanto à responsabilidade do poder Público é comum à União, Estados, Distrito Federal e aos Municípios e que estes deverão “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”, conforme o artigo 23, inciso II da CF.

Todo o atendimento prestado diretamente pelo Município ou SUS, deve atender satisfatoriamente as necessidades de cada pessoa, tanto na prestação dos serviços médicos de consultas quanto na realização de todos os tipos de exames que se fizerem necessários ao perfeito diagnóstico do médico.

No caso de pessoas que não tenha condições financeiras de adquirir os remédios prescritos pelo médico, devem procurar o posto de saúde local ou serviço de assistência social do município e no caso de não concessão por estes, podem buscar o direito através de uma ação judicial.

O Estado do Rio de Janeiro foi condenado a indenizar um paciente que perdeu o rim por falta de remédio que poderia evitar a rejeição do órgão depois do transplante. A decisão é da 1ª Turma do Superior Tribunal de Justiça. A Turma manteve o acórdão do Tribunal de Justiça fluminense que garantiu a indenização. A Justiça entendeu que, mesmo tendo o paciente sido atendido por um hospital universitário integrante do SUS e não diretamente vinculado ao estado, a responsabilidade recai sobre o próprio estado.

Uma decisão judicial determinou que o estado lhe fornecesse o remédio. O medicamento, porém, foi entregue somente uma vez, sob a alegação de problemas jurídicos. Por causa disso, o paciente perdeu o órgão transplantado e ficou obrigado a voltar para a hemodiálise regular. A informação é do STJ.

A Saúde é um Dever do Estado porque é financiada por impostos que são pagos pelos contribuintes e os Municípios, Estados e União têm que criar condições para que toda e qualquer pessoa tenha acesso aos Serviços de saúde, Hospitais, tratamentos, programas de prevenção e medicamentos.

DOENÇAS INFECCIOSAS E TRANSMISSÍVEIS

As doenças transmissíveis eram a principal causa de morte nas capitais brasileiras na década de 1930, respondendo por mais de um terço dos óbitos registrados nesses locais, percentual

provavelmente muito inferior ao da área rural, da qual não se tem registros adequados. As melhorias sanitárias, o desenvolvimento de novas tecnologias, como as vacinas e os antibióticos, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e as medidas de controle fizeram com que esse quadro se modificasse bastante até os dias de hoje.

As doenças do aparelho circulatório passaram a ser a principal causa de morte no país a partir da década de 1960, superando a mortalidade por doenças transmissíveis, que passaram a representar o quinto grupo de doenças responsáveis pelo óbito, dentre as causas conhecidas, nos últimos anos. Apesar da redução significativa da participação desse grupo de doenças no perfil da mortalidade do nosso país, ainda há um impacto importante sobre a morbidade, principalmente por aquelas doenças para as quais não se dispõe de mecanismos eficazes de prevenção e/ou que apresentam uma estreita associação com causas ambientais, sociais e econômicas.

A situação das doenças transmissíveis no Brasil apresenta um quadro complexo, que pode ser resumido em três grandes tendências: doenças transmissíveis com tendência descendente, doenças transmissíveis com quadro de persistência e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes.

Um terceiro grupo de doenças expressa, em nosso país, o fenômeno mundial de emergência e reemergência de doenças transmissíveis. Para o propósito do presente documento, serão consideradas algumas doenças transmissíveis que foram introduzidas ou ressurgiram no país nas últimas duas décadas, que é o período de análise que está sendo considerado para as doenças transmissíveis. Destacam-se o surgimento da Aids no início da década de 1980; a reintrodução da cólera, a partir do Peru, em 1991; e a epidemia de dengue, que passou a constituir-se no final da década de 1990 em uma das maiores prioridades de saúde pública no continente e no país.

Controle – quando se observa a redução do número de casos de determinada doença a um patamar aceitável, em consequência da adoção de medidas adequadas, que precisam ser continuadas para evitar a recrudescência.

Erradicação – quando se elimina totalmente a circulação de um agente infeccioso causador de determinada doença, podendo até mesmo serem suspensas as medidas de prevenção e controle. Alguns autores propõem o termo eliminação para significar uma erradicação circunscrita a determinada região (país ou continente), outros preferem usar o termo erradicação regional para caracterizar essa situação.

Doença endêmica é doença que persiste, geralmente em níveis semelhantes ao longo dos anos, em contraposição a doença epidêmica, que surge onde não havia ou experimenta um crescimento inusitado em relação aos valores apresentados anteriormente.

Vacinação indiscriminada é quando todas as crianças da faixa etária alvo são vacinadas, independentemente de sua situação vacinal anterior. Vacinação seletiva é quando só se vacinam os não vacinados.

Profilaxia - É a aplicação a evitar a propagação de doenças.

Uma doença tem um ou mais agentes causadores. Estes necessitam de alguma maneira interagir com o organismo para gerar a doença. Toda e qualquer medida que procure impedir esta interação pode ser chamada de medida profiláticas.

Hospedeiro da doença é o homem. Medidas que visem a tornar o organismo mais resistente a agressão dos patógenos, também são exemplos de medidas profiláticas de doenças.

Um exemplo desta situação é a utilização de vacinas.

O sistema imune humano reconhece alguns elementos externos e desencadeia uma reação defesa contra eles. Isto é estudado pela imunologia. No primeiro contato com um destes elementos, uma série de reações orgânicas ocorrem em seqüência, demorando em geral alguns dias, até a eliminação ou neutralização do agente agressor. Num eventual segundo contato, o tempo de resposta é muito diminuído, sendo às vezes de horas.

Doenças como o sarampo e a varicela ocorrem apenas uma vez na vida do indivíduo, já que esta resposta imunológica se mantém por tempo indeterminado.

Outras doenças, como uma infecção urinária por certas bactérias, ou a malária, não desencadeiam uma resposta definitiva, podendo se repetir várias vezes na vida do indivíduo.

Em outras doenças ocorre uma resposta prolongada, mas não definitiva. difteria e tétano, são exemplos de doenças deste grupo.

Quando o organismo é artificialmente exposto a um patógeno enfraquecido ou morto, ou ainda a partes do patógeno morto, com a finalidade de preparar o organismo para o contato futuro com o agente agressor selvagem, tem-se a vacinação. Só são passíveis de vacinação as doenças que desencadeiam resposta imune prolongada ou definitiva.

Uma doença que não mais existe graças à vacinação, embora seu vírus ainda exista, é a varíola.

Uma doença que diminuiu drasticamente foi a poliomielite, graças a uma campanha de vacinação contínua em praticamente todos os países do mundo.

Exemplos de doenças específicas sujeitas a Profilaxia:

Infecções hospitalares

Endocardite infecciosa

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

Sarampo

Tuberculose

Aterosclerose

Fatores de risco para infarto e derrame

Trombose

As doenças transmitidas por vetores afetam as populações mais pobres, particularmente onde há falta de acesso à moradia adequada, água potável e saneamento. Pessoas desnutridas e aquelas com baixa imunidade são especialmente suscetíveis.

A esquistossomose, transmitida por caramujos, é a doença mais disseminada em todo o mundo entre aquelas transmitidas por vetores. As crianças que vivem e brincam perto da água infestada são particularmente vulneráveis a essa doença que causa anemia e reduz a habilidade de aprendizagem. A esquistossomose pode ser controlada por intermédio de tratamento regular em massa de grupos de risco com medicamentos seguros e eficazes, assim como pela melhoria do acesso à água potável e saneamento.

Obs.: Nas últimas duas décadas, muitas doenças importantes transmitidas por vetores reapareceram ou se espalharam para novas partes do planeta.

ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR (APH)

Decreto Nº 7.616, de 17 de novembro de 2011-Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS.

Decreto federal Nº 5.516, de 28 de julho de 2008 - Promulga as Emendas, adotadas em 18 de maio de 1998, à Convenção Internacional sobre Busca e Salvamento Marítimo, de 1979.

Decreto federal Nº 5.055, de 27 de abril de 2004 - Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências.

Portaria n.º 329, de 26 de junho de 2012 - Avaliação de Conformidade para o Serviço de Inspeção de Container-Tanque Destinado ao Transporte Rodoviário de Produtos Perigosos.

Portaria INMETRO Nº 397, de 10 de novembro de 2008 – Alterar o subitem 7.2.4 do RTM de esfigmomanômetros eletrônicos digitais

Portaria INMETRO Nº 01, de 02 de janeiro de 2008 – Determina que os esfigmomanômetros eletrônicos digitais, cujos modelos estão sendo fabricados ou importados, poderão ser comercializados até 31 de março de 2008.

Consulta pública Nº 17, de 29 de agosto de 2012 - Aprova o texto da Linha de Cuidado ao Trauma.

Atendimento pré hospitalar (APH) ou socorro pré-hospitalar é o atendimento emergencial em ambiente extra-hospitalar (fora do hospital). De acordo com a legislação brasileira existem dois tipos de Atendimento Pré Hospitalar, o Fixo e o Móvel. (Ministério da Saúde Portaria 2048)

O Fixo está dividido em dois tipos:

1º. UNIDADE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA As atribuições e prerrogativas das unidades básicas de saúde e das unidades de saúde da família em relação ao acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade devem ser desempenhadas por todos os municípios brasileiros,

independentemente de estarem qualificados para atenção básica (PAB) ou básica ampliada (PABA).

2º. UNIDADES NÃO-HOSPITALARES DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Estas unidades, que devem funcionar nas 24 horas do dia, devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1). Pelas suas características e importância assistencial, os gestores devem desenvolver esforços no sentido de que cada município sede de módulo assistencial disponha de, pelo menos uma, destas Unidades, garantindo, assim, assistência às urgências com observação até 24 horas para sua própria população ou para um agrupamento de municípios para os quais seja referência.

Atendimento pré-hospitalar móvel

O Móvel também está dividido em dois tipos: 1º. Atendimento pré-hospitalar móvel primário: Quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão.

2º. Atendimento pré-hospitalar móvel secundário: Quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência e emergência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

O Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais. Esta região de cobertura deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional.

Para um adequado atendimento pré-hospitalar móvel o mesmo deve estar vinculado a uma Central de Regulação de Urgências e Emergências. A central deve ser de fácil acesso ao público,

por via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for tecnicamente possível), onde o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios. O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da polícia militar (190), do corpo de bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser, imediatamente retransmitidos à Central de Regulação por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos.

A todo e qualquer cidadão brasileiro ou estrangeiro vítimas de males súbitos (ex: infarto, crise convulsiva, desmaios e etc.) ou acidentes (Exemplo: trauma, acidentes de trânsito, acidentes industriais, acidentes aéreos, violência urbana, fora do ambiente hospitalar e distúrbios, psiquiatria/psiquiátricos), visando a sua estabilização clínica e remoção para uma unidade hospitalar adequada.

De acordo com a portaria dois grupos distintos podem exercer profissionalmente este trabalho. O primeiro grupo é chama de Profissionais Oriundos da área da Saúde onde estão incluídos os Médico, Enfermeiro e Técnicos em Enfermagem. O segundo grupo é chamado de Profissionais Não Oriundo da Área da Saúde onde se prevê que os Policiais (Federais, Civis, Militares e Guardas Municipais), Bombeiros e Operadores de Veículos de Emergência (vulgo Motorista de Ambulância).

Atendimento pré hospitalar —————> todo processo feito pelos profissionais de resgate.

Estabilizar e/ou imobilizar a vítima e remove-la o mais rápido possível com segurança, para unidade de saúde de referência mais próxima. Independente do tempo e das circunstancias encontradas no trajeto esses profissionais devem evitar o agravamento das lesões causadas pelo acidente e manter a vítima viva até a chegada no destino.

Atendimento pré-hospitalar (APH): é caracterizado pela assistência adequada prestada à vítima, bem como o seu transporte para uma unidade de pronto atendimento. Somente podem realizar o APH os atores legitimados pela Portaria nº. 2.048, de 05 de novembro de 2002.

O trabalho começa com o primeiro chamado de emergência do dia, mas a partir daí quase tudo é possível na rotina do profissional de saúde no Atendimento Pré-Hospitalar. Ao chegar no local da ocorrência, o objetivo será evitar e minimizar danos decorrentes do trauma, fazendo a triagem e avaliando a vítima para então prestar a primeira assistência. Em algumas situações mais brandas, não é necessário encaminhar os feridos para o pronto-atendimento, mas, na maioria dos casos, o trabalho é feito da forma mais eficiente e rápida possível entre a viagem de ida e volta para os hospitais.

Para garantir a agilidade diante de casos críticos, as técnicas e uso de materiais são pensados de forma sistemática, facilitando o trabalho nos momentos mais difíceis.

O atendimento pré-hospitalar de qualidade requer planejamento constante, permanente e dinâmico. A melhor estratégia no amparo ao paciente emergencial é baseada em três pilares:

- a) estrutura adequada para receber os indivíduos que sofreram trauma;
- b) processos assistenciais bem definidos;
- c) melhores práticas médicas focadas em tomadas de decisão.

Uma boa infraestrutura compreende espaço físico adequado, materiais na quantidade e variedade corretas para os procedimentos necessários, além de equipamentos em condições de funcionamento favoráveis e que atendam às demandas hospitalares. A sala de trauma, por exemplo, deve preferencialmente estar próxima ao banco de sangue, da radiologia e do centro cirúrgico.

O atendimento emergencial no pré-hospitalar deve conter processos bem definidos, que passam por avaliação inicial do paciente e sua consequente avaliação de risco. Caso o paciente traumatizado precise de reanimação, o método recomendado pela ATLS é o ABCDE do trauma (Airway [Via aérea], Breathing [Respiração], Circulation [Circulação], Disability [Incapacidade] e Exposure [Exposição]). O protocolo do trauma compreende avaliação primária, reanimação, reavaliação, avaliação secundária detalhada e tratamento definitivo.

Alguns protocolos assistenciais devem ser adaptados ao atendimento, tais como:

- ✓ Protocolo de Manchester – classificar risco;
- ✓ ATLS/ATCN;
- ✓ Protocolo de Transfusão Maciça + ácido tranexâmico;
- ✓ Protocolo de reversão da anticoagulação;
- ✓ Protocolo de antibioticoprofilaxia;
- ✓ Protocolo de transporte seguro;
- ✓ Rotinas.

PROTOCOLO DE MANCHESTER

Para garantir a segurança de todos os pacientes, muitos hospitais utilizam uma técnica de triagem conhecida por Protocolo de Manchester. De acordo com esse sistema, os pacientes são classificados por cores, conforme a gravidade do caso.

A técnica recebeu esse nome porque foi aplicada, pela primeira vez, na cidade de Manchester, na Inglaterra, em 1977. Desde lá, muitos outros países se tornaram adeptos a esse sistema de triagem. No Brasil, os primeiros atendimentos com base na técnica ocorreram apenas em 2008, no estado de Minas Gerais.

Cada cor representa o grau de urgência no atendimento do paciente:

Vermelho: para emergências, o paciente não pode esperar nenhum minuto;

Laranja: o atendimento é muito urgente, a espera não poderá ultrapassar 10 minutos;

Amarelo: o atendimento é urgente, mas o paciente pode aguardar por um período de até 50 minutos;

Verde: pouco urgente, pode aguardar por até 120 minutos ou ser encaminhado para outros serviços de saúde;

Azul: não há urgência, o tempo de espera pode ser de até 240 minutos ou será encaminhado a outros serviços de saúde.

Esse método de classificação ainda funciona como um filtro no atendimento, evitando a superlotação nos hospitais, e, sobretudo, permitindo que o paciente tenha uma previsão de atendimento — o que reduz, sensivelmente, o nervosismo e a ansiedade durante a espera.

Outro ponto muito benéfico é o fato de que o método de triagem cria um padrão no atendimento hospitalar, pois — independentemente do horário, profissional ou paciente — a avaliação e a classificação serão sempre as mesmas, ou seja, a prestação do serviço é feita de forma homogênea, impedindo que a classe social ou outros fatores interfiram no atendimento.

O Protocolo de Manchester é usado desde 2008, ganhando seu primeiro uso em Minas Gerais, como um meio de diminuir as enormes filas em hospitais e prontos-socorros que ocorriam na época.

O Protocolo de Manchester foi usado pela primeira vez em 1977, na cidade de mesmo nome, na Inglaterra.

Essas classificações são feitas através de pequenos fluxogramas e grupos de sintomas, que facilitam os enfermeiros e profissionais de saúde como um todo determinar qual o tipo de atendimento que o paciente recebe.

Essa discriminação de pacientes, em níveis de necessidades, é de suma importância tanto para o atendimento regular, que envolve acidentes e casos mais leves e moderados, até situações epidêmicas ou com superlotações.

O objetivo do protocolo é criar um sistema de triagem hospitalar mais bem direcionada, e voltada principalmente para os grandes centros de emergência, maternidades, e outras instituições de saúde que recebem uma grande quantidade de pacientes.

O paciente é recebido por um atendente na recepção, ou seu acompanhante caso ele não possa por algum motivo. É registrado um prontuário, e encaminhado para um enfermeiro.

O paciente é encaminhado a um enfermeiro, que vai fazer algumas perguntas, traçar históricos, e classificar o paciente à partir dos seus fluxogramas em cores. Isso não ocorre apenas em casos de urgências e traumas, em que o paciente é direcionado imediatamente e unidades de acordo.

À partir da identificação de cores, os pacientes possuem um tempo de espera variado. Para casos de extrema urgência, como risco de morte, o atendimento é imediato; para casos mais moderados o tempo varia de 10 até 240 minutos.

Este último exemplo, que pode ir de 2 até 4 horas de espera, parte do princípio que os pacientes estão em condições de saúde estáveis para receberem o devido tratamento. Em alguns casos, eles podem até ser encaminhados para unidades básicas de saúde, ou mesmo alguns consultórios.

Este tipo de protocolo deixa de lado o atendimento por ordem de chegada. Mesmo que este não chega a ser totalmente descartado, a prioridade sempre é o Protocolo de Manchester. Dependendo da quantidade de pacientes, e das discrepâncias entre os níveis de urgência, as filas são utilizadas.

Termômetros, glicosímetros, oxímetro, relógios para marcar a frequência cardíaca, esfigmomanômetro e estetoscópio são alguns dos exemplos de ferramentas utilizadas para este fim.

A identificação com pulseiras, crachás e outros acessórios similares servem tanto para os enfermeiros em pronto-atendimento, como para os atendentes, que precisam deixar tudo discriminado em seus prontuários online. É a sinergia entre ambos os profissionais que tornará o atendimento em tempos de crise mais dinâmico e fluído.

O maior benefício para os profissionais de saúde. Para locais que possuem atendimentos de urgência, ou que recebem uma quantidade expressiva de pacientes diariamente, um sistema que seja capaz de atendê-los de forma fluida e adequada é de suma importância. Dependendo da especialidade do local, isso pode significar o salvamento de uma vida.

PROTOCOLO DE TRANSFUSÃO MACIÇA

Entende-se por transfusão maciça:

I - paciente que tiver recebido uma quantidade de sangue total ou concentrado de hemácias aproximadamente igual à sua volemia em período inferior a 24 (vinte e quatro) horas; e

II - paciente que tiver recebido uma quantidade de sangue total ou concentrado de hemácias superior a 10 unidades em período inferior a 24 (vinte e quatro) horas.

A reposição de componentes sanguíneos deve ser indicada à medida que se identificam alterações específicas por meio de avaliação clínica e laboratorial ou baseada em protocolos pré-estabelecidos pela instituição.

Os testes pré-transfusionais poderão ser abreviados após a troca de uma volemia sanguínea.

Transfusão de um grande volume de hemocomponentes em um curto período de tempo num paciente com hemorragia severa ou incontrolável.

Requer colaboração e comunicação efetiva entre a equipe clínica e o serviço de medicina transfusional, que prepara e fornece os hemocomponentes.

- ✓ Hemocomponentes
- ✓ Testes laboratoriais
- ✓ Cuidados de enfermagem
- ✓ Terapias alternativas

A necessidade de transfusão maciça pode ocorrer em diversos cenários, como trauma, obstetrícia e grandes cirurgias. Cerca de 40% da mortalidade relacionada ao trauma é devido ao sangramento incontrolável. A situação mais comum que leva a uma transfusão maciça é a cirurgia cardíaca; outras situações menos frequentes são ruptura de aneurisma abdominal, transplante hepático e complicações obstétricas.

Patogênese multifatorial está relacionada à coagulopatia precoce induzida pelo trauma (coagulopatia aguda do trauma), transfusão de hemocomponentes e infusão de cristalóides.

A substituição da perda sanguínea com CH e solução cristaloide resulta em diluição gradual das proteínas do plasma. Paciente que recebe 8 a 10 unidades de CH apresenta uma redução de 25% das proteínas do plasma. Recomenda-se monitorar TP, TTPA, fibrinogênio, contagem de plaquetas ou teste viscoelásticos (ROTEM e TEG), depois de administrar 5 a 7 unidades de CH.

O protocolo de transfusão maciça facilita a comunicação entre os diferentes serviços (trauma, enfermagem, medicina transfusional e outros laboratórios), evitando o atraso no atendimento clínico, testes laboratoriais e transfusão de hemocomponentes. Estes protocolos tem demonstrados melhora na sobrevivência dos pacientes e redução nas taxas de falências de órgãos e complicações pós-trauma.

Administração de CH RhD positivo para pacientes RhD negativo ou desconhecido, plasma ABO incompatível e CH antígenos positivo ou não testado para os pacientes com aloanticorpo eritrocitário correspondente.

Nestes casos, CH do grupo O e plasma AB devem ser fornecidos até que a tipagem sanguínea do paciente seja determinada.

Importante obter e realizar os testes imunohematológicos na amostra do paciente o mais rápido possível.

As causas mais comuns são implantação anormal da placenta, atonia uterina, ruptura placentária e hemorragia pós parto associada à coagulopatia. A fator de risco mais comum para placenta acreta e cesárias de repetição, principalmente associado a placenta previa.

A Transfusão Maciça de sangue pode ser definida como a administração aguda de volume superior a uma vez e meia a volemia do paciente, ou ainda, como a reposição com sangue estocado equivalente ao volume sanguíneo total de um paciente, em 24 horas. O volume sanguíneo é equivalente a 75 ml/kg (cerca de 10 unidades em um indivíduo adulto de 75 kg). Outras definições acerca de Transfusão Maciça podem ser consideradas conforme abaixo:

Reposição de sangue correspondente a uma volemia (75 ml/kg), ou superior, em 24 horas (10U a 12U de concentrados de hemácias em um indivíduo adulto).

Reposição equivalente a 50% da volemia corporal de sangue em 3 horas.

Perda de 1,5 ml de sangue por kg/min por pelo menos 20 minutos.

Se o paciente tiver recebido uma quantidade de sangue aproximadamente igual à sua volemia nas últimas 24 horas, as provas pré-transfusionais poderão ser abreviadas, de acordo com as normas e os protocolos de cada instituição. Hemorragias agudas graves que podem levar ao choque hipovolêmico necessitam de tratamento imediato em virtude da alta morbidade e mortalidade relacionada à duração da hipovolemia e à intensidade da hipotensão. O tratamento

adequado inclui: rápida restauração do volume sanguíneo circulante, correção e manutenção da hemostasia, da oferta tissular de oxigênio e da pressão coloidosmótica, e correção das alterações bioquímicas e ácido-básicas. Paralelamente, é importante diagnosticar e tratar apropriadamente a causa do sangramento.

Somente nos Estados Unidos cerca de 10% a 15% de todas as transfusões de hemácias são utilizadas nos pacientes com sangramentos decorrente de injúria. No estudo de Como, onde 5.645 pacientes de trauma foram abordados, 62% de todas as transfusões de hemácias foram realizadas nas primeiras 24 horas de internação. Num total de 581 unidades de CH que foram administradas, 11% não fizeram a prova cruzada, sendo que 18% deste total foram infundidas nas primeiras 24 horas de admissão. Interessante notar que a mortalidade dos pacientes tratados com qualquer transfusão sem a prova cruzada foi de 45%.

A mortalidade em 147 pacientes que receberam mais de 10 unidades de CH, e que tiveram também múltiplas injúrias foi de 39%. Fica implícito que o uso de sangue maciçamente associa-se à gravidade de injúria e tem impacto relevante sobre a mortalidade. Neste estudo, o escore de severidade da injúria medido (ISS) entre os pacientes que receberam de 11 a 20 unidades de CH e entre aqueles que receberam mais de 20 unidades de CH era semelhante. Isto sugere que o controle da hemorragia é o determinante da sobrevivência. Desta forma, os protocolos que minimizam as coagulopatias deveriam reduzir a mortalidade.

A hemostasia é um processo complexo que requer um equilíbrio balanceado entre o endotélio, plaquetas, fatores da coagulação, anticoagulantes naturais, e proteínas do sistema fibrinolítico. A identificação precoce da coagulopatia nos pacientes agressivamente transfundidos é fundamental para que ela não se agrave, além do próprio pano de fundo da injúria grave.

A correção de fatores precocemente, como a acidose, hipotermia, hipocalcemia desencadeadas nestas ações, podem ser determinantes no prognóstico. A coagulopatia pode ser reconhecida pelo sangramento microvascular anormal das mucosas ou superfícies serosas ou pelo sangramento prolongado de feridas ou sítios lesados após completo controle hemostático cirúrgico.

O protocolo de Maryland, que se apresenta numa relação “fixa” na forma de se expedir sangue e componentes, serve como uma ferramenta conceitual, no sentido de ajudar aos cirurgiões e intensivistas nos momentos caóticos das primeiras 24 horas de ressuscitação. Serve também para que as agências transfusionais removam as potenciais barreiras que possam obstruir ações rápidas terapêuticas, e cuja velocidade também encontra impacto sobre a mortalidade.

Cada serviço deve procurar o melhor e mais adequado sinergismo entre as equipes, dentro de uma logística possível, para alocarem os recursos terapêuticos de maneira judiciosa e racional. O protocolo de Maryland, embora resultante de uma ampla discussão entre especialistas com grande experiência em Transfusão Maciça, ainda não foi aplicado em estudos clínicos randomizados, para se testar sua real eficácia.

PROTOCOLO DE REVERSÃO DA ANTICOAGULAÇÃO

Os anticoagulantes utilizados na prática clínica são representados pela heparina e pelos anticoagulantes orais.

Mecanismo de Ação: Inibe indiretamente a trombina por atuar como co-fator da antitrombina (AT), aumentando sua atividade e, conseqüentemente, seu efeito anticoagulante sob a trombina, o fator Xa, e, em menor grau, os fatores XII, XI e IXa.

Limitações:

Curta janela terapêutica;

Relação dose-resposta altamente variável, devido a sua variável biodisponibilidade decorrente da ligação a proteínas plasmáticas, o que requer monitorização laboratorial;

Menor eficácia em pacientes com doenças agudas, pois muitos dos reagentes inflamatórios de fase aguda são proteínas de ligação à heparina, diminuindo sua biodisponibilidade;

Incapacidade de inativar a trombina ligada à fibrina, bem como o fator Xa dentro de um trombo, ou seja, um trombo pode continuar a crescer apesar do uso da heparina.

Monitorização: A resposta anticoagulante de uma dose padrão de HNF varia amplamente entre os pacientes, e não há informações suficientes na literatura que determinem a modificação da dose inicial de acordo com o perfil hemodinâmico do paciente (peso “seco” X peso “molhado”), sendo necessário monitorar a resposta de cada paciente, utilizando-se o tempo de tromboplastina parcial ativada (PTTa) ou os níveis plasmáticos de heparina. As medições devem ser feitas antes da terapia com heparina, quatro a seis horas após seu início, e quatro a seis horas após qualquer alteração de dose. O valor geralmente aceito como alvo de manutenção da terapia com heparina é de 1,5 a 2,5 vezes a média do valor de controle ou do limite superior do intervalo normal de PTTa.

PTTa basal alargado: A presença de um PTTa basal alargado torna este teste pouco confiável na monitorização da terapia com heparina não fracionada (HNF), sendo necessária a utilização de testes alternativos de monitorização:

Dosagem de anti-fator Xa ou dosagem de heparina séricos (não são afetados pela presença do anticoagulante lúpico ou por deficiência de fator de coagulação);

Se a razão do PTTa é de fato o anticoagulante lúpico, podem ser usados testes de PTTa não sensíveis ao anticoagulante lúpico;

Alternativamente, podemos utilizar um heparina de baixo peso molecular (HBPM), que não exige monitorização pelo PTTa.

Monitorizar contagem de plaquetas: Pelo risco de trombocitopenia induzida por heparina, deve-se monitorizar a contagem de plaquetas diariamente a partir do 4º dia de tratamento com HNF, ou a cada dois a três, também a partir do 4º dia, em pacientes em uso de dose profilática, até o 14º dia ou até que a heparina seja interrompida

Resistência à heparina: Corresponde a pacientes que necessitam de altas doses de heparina para atingir um PTTa no intervalo terapêutico (1,5-2,5) (> 35.000 U/24h, com exclusão do bolus inicial). Causas desse fenômeno incluem o aumento da liberação de heparina, aumento dos níveis de heparina ligada a proteínas plasmáticas, as elevações de fibrinogênio e dos níveis de fator VIII, certos medicamentos (por exemplo, a aprotinina) e a deficiência de antitrombina. Preconiza-se que o ajuste da dosagem de heparina em pacientes com resistência deve ser baseada nos níveis de anti-Xa, em vez do PTTa. Nos casos de deficiência de antitrombina, para a ação da heparina, deve ser administrado concentrado de antitrombina, e monitorado seu nível sérico.

Administração e Eficácia: A administração de heparina intravenosa é repleta de dificuldades e a prática clínica do uso de uma abordagem de titulação da dose de heparina frequentemente resulta em terapia inadequada (60% dos pacientes tratados falham em alcançar um PTTa adequado em 24 horas). Mesmo com a criação de protocolos de administração, subdosagem, juntamente com a impossibilidade de obtenção de um PTTa adequado durante as 24 horas iniciais, é ainda um problema, especialmente nos pacientes obesos.

Complicações

Sangramento: O manejo da hemorragia em um paciente submetido a heparina depende da localização, gravidade da hemorragia, risco de tromboembolismo venoso recorrente (TEV), e nível do PTTa. Em pacientes com TEV recente e sangramento importante induzido por heparina, deve-se considerar interrupção da anticoagulação e inserção de um filtro de veia cava inferior. Em sangramentos vultuosos, a pronta reversão do efeito da heparina pode ser necessária pelo sulfato de protamina;

Trombocitopenia induzida por heparina: Complicação bem reconhecida e potencialmente fatal da terapia com heparina, normalmente ocorrendo dentro de 5 a 10 dias após o início da terapia com heparina;

Necrose cutânea: Pacientes afetados desenvolvem anticorpos heparina-dependentes, mas a maioria não experimenta trombocitopenia;

Osteoporose: Tem sido relatada em pacientes que receberam heparina não fracionada por mais de seis meses.

O American College of Chest Physicians (ACCP) recomenda, para fins didáticos, a divisão dos períodos de tratamento de TEV em três: um período inicial, a partir do diagnóstico até o sétimo dia, no qual é classicamente empregado um anticoagulante endovenoso (heparina não fracionada) ou subcutâneo (enoxaparina, nadroparina, dalteparina, tinzaparina ou fondaparinux).

Subsequentemente, há um período chamado de longa duração, no qual ocorre a transição da terapia i.v./s.c. para a terapia oral, devendo essa ser mantida por pelo menos 3 meses. As drogas mais estudadas nessa condição são os antagonistas da vitamina K, sendo a varfarina a principal representante dessa categoria de medicamentos. A varfarina produz o seu efeito ao interferir na conversão cíclica da vitamina K e do seu 2,3-epóxido, bloqueando a síntese de fatores de coagulação dela dependentes (fatores II, VII, IX e X).

Assim, o seu efeito anticoagulante não acontece até que os fatores já presentes na circulação sejam metabolizados, processo que leva tipicamente de 36-72 h. Durante os primeiros dias do tratamento com varfarina, o alargamento do tempo de protrombina reflete apenas a perda do fator VII (cuja meia-vida é de 5-7 h), e não representa anticoagulação adequada, já que a via intrínseca da coagulação permanece funcional. Essa, para ser adequadamente bloqueada, requer cerca de 5 dias (daí a recomendação da ACCP da manutenção de terapia anticoagulante i.v./s.c. durante esse período). Após 3 meses, ao final do período de longa duração, haveria a reavaliação da necessidade da manutenção da terapia anticoagulante, por um período chamado agora de prolongado, a ser mantido enquanto o benefício da anti-coagulação (prevenção de recorrência de TEV) superar o potencial prejuízo (risco de sangramento).

A dabigatrana é um inibidor direto da trombina (ou fator II). É uma medicação v.o., ingerida na forma de pró-droga, sem interação com a alimentação. Seu início de ação ocorre 2 h após a administração, e sua meia-vida é de 12-17 h. Como 80% da sua excreção é por via renal, seu uso é contraindicado em pacientes com clearance de creatinina < 30 ml/min. Sua biodisponibilidade é de 3-7% da dose ingerida. A dabigatrana causa dispepsia clinicamente relevante em 5-10% dos casos, e o uso concomitante de inibidor de bomba de próton reduz a absorção do fármaco em 20-30%.⁽¹⁸⁾

A dabigatrana foi o primeiro novo anticoagulante a ser avaliado de forma sistemática para o tratamento de TEV. Em um estudo,⁽¹⁹⁾ 2.539 pacientes com TEV agudo (70% com TVP, 20% com TEP e 10% com ambos) foram aleatorizados, após o uso de enoxaparina plena por 5 dias, a receber dabigatrana 150 mg a cada 12 h ou varfarina. Após 6 meses de tratamento, a dabigatrana demonstrou ser tão eficaz quanto a varfarina para a prevenção de recorrência de TEV (2,4% vs. 2,1%; $p < 0,001$ para não inferioridade). A droga demonstrou superioridade ao tratamento convencional no quesito "qualquer sangramento" (16,1% vs. 21,9%; IC95%: 0,59-0,85) e equivalência no quesito "sangramentos graves" (1,6% vs. 1,9%; IC95%: 0,45-1,48). Dos pacientes usando dabigatrana, 9% precisaram descontinuar a droga por eventos adversos contra 6,8% dos pacientes que receberam varfarina ($p = 0,05$).

Os dados iniciais da dabigatrana foram muito encorajadores. O fármaco demonstrou ser tão eficaz e potencialmente mais seguro quando comparado ao tratamento convencional de TEV, se não no período inicial, pelo menos no período de longa duração. O período prolongado do tratamento de TEV com dabigatrana foi avaliado em dois ensaios randomizados e duplo-cegos.⁽²⁰⁾ Naqueles ensaios, pacientes que haviam recebido pelo menos 3 meses de anticoagulação plena foram aleatorizados para receber dabigatrana, varfarina ou placebo por 18 meses, em média. No braço dabigatrana vs. varfarina, 26 pacientes de um total de 1.430 do

grupo dabigatrana (1,8%) apresentaram recorrência de TEV contra 18 de 1.426 pacientes do grupo varfarina (1,3%; $p = 0,01$ para não inferioridade). Sangramentos graves ocorreram em taxas semelhantes (0,9% no grupo dabigatrana vs. 1,8% no grupo varfarina; IC95%: 0,27-1,02). No quesito "todos os sangramentos", a dabigatrana demonstrou superioridade à varfarina (risco relativo [RR] = 0,54; IC95%: 0,41-0,71).

Chamou a atenção nesse braço do estudo um aumento na taxa de síndrome coronariana aguda no grupo dabigatrana em comparação ao grupo varfarina (0,9% vs. 0,2%; $p = 0,02$). No braço dabigatrana vs. placebo, a recorrência de TEV ocorreu em 3 de 681 pacientes (0,4%) no grupo dabigatrana contra 37 de 681 (5,6%) no grupo placebo ($p < 0,001$). Sangramentos graves ocorreram em 0,3% dos pacientes do grupo dabigatrana e em nenhum do grupo placebo. O quesito "qualquer sangramento" ocorreu em 5,3% no grupo dabigatrana contra 1,8% no grupo placebo (RR = 2,92; IC95%: 1,52-5,60). Não houve diferenças na taxa de eventos de síndrome coronariana aguda.

A rivaroxabana é um antagonista do fator Xa. É uma medicação v.o., ingerida na forma da droga propriamente dita. O início de sua ação ocorre 2-3 h após a administração. A biodisponibilidade da droga é maior quando a mesma é ingerida com alimentos (66% sem comida e 100% com alimentação); recomenda-se, portanto, sua ingestão junto com a alimentação. Não há efeito dispéptico significativo nem redução de sua absorção com o uso concomitante de inibidores de bomba de prótons. A excreção renal é de aproximadamente 35% da droga, e a sua meia-vida é de 5-9 h nos jovens e de 11-13 h em idosos. Há interação medicamentosa com drogas metabolizadas via citocromo CYP3A4 (hepático), tais como cetoconazol, ritonavir, claritromicina e eritromicina.

Para o tratamento de TEV, a rivaroxabana deve ser utilizada na dose de 15 mg a cada 12 h por 3 semanas. A partir daí, recomenda-se para o período de tratamento estendido e prolongado a dose de 20 mg/dia. Durante essas fases, se o paciente apresentar clearance de creatinina de 15-50 ml/min ou tiver idade superior a 75 anos, a dose recomendada é de 15 mg/dia. Para pacientes com clearance de creatinina < 15 ml/min, seu uso não é recomendado. A comodidade posológica (dose única diária) é um fator a ser considerado, pois pode influir na aderência do paciente ao tratamento, melhorando o seu resultado. No entanto, é importante ressaltar para o paciente a necessidade de adesão rigorosa ao uso dessa medicação, já que a perda de uma única dose já é suficiente para deixar o paciente desprotegido de seu efeito anticoagulante e, portanto, sujeito a um novo evento de TEV.

A apixabana é um antagonista do fator Xa. É uma medicação v.o., ingerida na forma da droga propriamente dita. O início de sua ação ocorre 3 h após a administração. A biodisponibilidade da droga não se correlaciona com a alimentação e é de 50%. Não há efeito dispéptico significativo, nem redução de sua absorção com o uso concomitante de inibidores de bomba de prótons. A excreção renal é de aproximadamente 27% da droga, e a sua meia-vida é de 12 h. Há uma pequena interação medicamentosa com drogas metabolizadas via citocromo CYP3A4 (hepático).

PROTOCOLO DE ANTIBIOTICOPROFILAXIA

O uso dos antimicrobianos no período peri – operatório é um fator importante na prevenção das infecções de sítio cirúrgico. Avaliar a adesão das equipes cirúrgicas ao protocolo de antibióticoprofilaxia institucional.

A literatura científica é objetiva em afirmar os benefícios de uma adequada antibioticoprofilaxia cirúrgica, ou seja, o uso correto de antibióticos para minimizar o desenvolvimento de complicações infecciosas no sítio operatório.

É fundamental e obrigatório que o medicamento seja administrado pouco antes da incisão da pele, sendo o momento de eleição a indução anestésica (exceção nos partos cesáreos onde deve ser administrado após o clampeamento do cordão umbilical).

Desta forma entendemos que a administração do antibiótico, seja da responsabilidade do médico anestesiológico, sendo que ele deve ser mantido nos casos de cirurgias longas onde uma dose de reforço é necessária.

Cabe ao cirurgião o registro na prescrição médica, e ao anestesiológico a observação de manifestações de alergia.

Tanto a administração do medicamento, sua dose e seu horário de aplicação devem ser registrados na Ficha de Anestesia.

Raramente o antibiótico deve ser continuado após o término do ato operatório, e se o for, não deve ser superior a 24 horas. Exceção para as cirurgias infectadas onde a indicação do uso é a terapêutica.

A injeção de drogas anestésicas, adjuvantes ou de outra natureza em pacientes anestesiados, pode trazer na dependência do estado físico do mesmo, da capacidade alergênica das mesmas, da sensibilidade do próprio e do momento anestésico-cirúrgico, reações colaterais que devem ser diagnosticadas e tratadas imediatamente, no sentido do não comprometimento da sua homeostase.

Especificamente quanto ao argüido, ou seja, antibiótico-profilaxia solicitada pelo cirurgião e a obrigatoriedade do anestesiológico de cumprir e tratar as eventuais complicações, nos parece claro que isso possa se feito.

Deve fazer parte da anamnese feita por ocasião da consulta/avaliação pré-anestésica a história de sensibilidade ou não a antibióticos ou outras drogas, alimentos, e etc., dentre tantos outros itens que são checados nessa ocasião.

Deve também o anestesiológista ter conhecimento dos exames complementares de seu paciente objetivando assim a adequação da dosagem ou do próprio antibiótico naquele momento. Caso entenda-se conduzir diferentemente do solicitado pelo cirurgião, tal atitude deve ser anotada tanto na evolução clínica quanto no próprio gráfico da anestesia.

Parece-nos mais lógico que o próprio anestesiológista prepare e administre tais drogas, não delegando essa função a pessoal de enfermagem, até porque em caso de reação adversa é ele o mais habilitado e disponível para tratar a complicação.

O gráfico de anestesia deve conter horário e dosagem do medicamento e até mesmo a observação a pedido do cirurgião (citar o nome por extenso).

Os fatores de risco relacionados com o paciente sugerindo indicação de uso de antibióticos são

Certos distúrbios cardíacos valvulares

Imunossupressão

Os procedimentos com risco mais alto envolvem áreas onde a colonização bacteriana é mais provável:

Boca

Trato GI

Trato respiratório

Trato GU

A escolha dos antibióticos de acordo com as diretrizes do Surgical Care Improvement Project (SCIP) (Tratamento perioperatório). Há fortes indícios de que a padronização da escolha dos antibióticos e a adesão aos protocolos SCIP ou a algum outro protocolo padronizado e validado reduzem o risco de infecção cirúrgica. Algumas regiões nos EUA que adotaram as diretrizes SCIP conseguiram diminuir a infecção no local cirúrgico em 25% de 2006 a 2010. A escolha do medicamento baseia-se na bactéria que apresenta maior probabilidade de contaminar o ferimento durante um procedimento específico (Esquemas antibióticos para certos procedimentos cirúrgicos). O antibiótico é administrado 1 h antes da incisão cirúrgica (2 h para vancomicina e fluoroquinolonas). Pode-se administrar os antibióticos por via intravenosa ou oral, dependendo do procedimento. Para a maioria das cefalosporinas, outra dose é administrada se o procedimento durar > 4 h. Para os procedimentos não contaminados, não é necessário nenhuma outra dose mas, em outros casos, não está claro se doses adicionais são benéficas. Antibióticos são mantidos por mais de 24 horas pós-operatório apenas quando há infecção ativa detectada durante a cirurgia. Dessa forma, os antibióticos são considerados tratamento e não profilaxia.

PROTOCOLO DE TRANSPORTE SEGURO

O transporte de pacientes dentro do hospital pode ser uma fonte importante de eventos adversos, principalmente para pacientes críticos. Nesses casos, não importa se a transferência é temporária (para a realização de um exame) ou de longo prazo (para uma nova unidade). Há riscos de traumas, complicações hemodinâmicas e de vias aéreas e outras alterações fisiológicas causadas por falhas de monitoramento, equipamentos e de comunicação entre setores. Por isso, os benefícios da movimentação do paciente devem ser maiores do que o potencial para danos. “Nenhum paciente deve ser transportado para exames ou procedimentos com pouca possibilidade de alterar a conduta”, escrevem os autores de uma revisão sobre gerenciamento de riscos no transporte intra-hospitalar.

Os problemas mais comuns variam entre diferentes levantamentos, e não há consenso sobre qual seria o principal tipo de evento decorrente. Chamam a atenção os eventos adversos relacionados às vias respiratórias. Um levantamento francês, publicado em 2013 sobre a incidência de danos no transporte, sugere que 17,6% dos eventos adversos envolvem equipamentos respiratórios, 8,8% dessaturação de oxigênio e 0,4% extubação acidental. Ventilação manual aparece como um fator de risco.

As complicações hemodinâmicas também são um fator de preocupação, devido a riscos de taquicardia, hipotensão e outras alterações. De acordo com o estudo francês, a incidência de problemas hemodinâmicos é de 5%. Ataques cardíacos são raros, mas em razão da gravidade, devem ser levados em consideração.

O protocolo assistencial do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), disponível online, pode ser uma boa ferramenta para orientar o planejamento e cuidados necessários. O documento orienta classificar o tipo de transporte de acordo com as condições clínicas do paciente e, a partir disso, definir as necessidades de monitoramento e de equipe. Experiências sugerem que equipes especializadas e treinadas em transporte hospitalar conseguem evitar eventos adversos com maior frequência.

Transporte de baixo risco – pacientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 48 horas e que não sejam dependentes de oxigenoterapia
Equipe – Técnico/auxiliar de enfermagem.

Transporte de médio risco – pacientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 24 horas, porém que necessitam de monitoração hemodinâmica ou oxigenoterapia
Equipe – (1) Técnico/Auxiliar de enfermagem e (1) Enfermeiro ou (1) Médico

Transporte de alto risco – paciente em uso de droga vasoativa e/ou assistência ventilatória mecânica.

Equipe – (1) Técnico/Auxiliar de enfermagem, (1) Enfermeiro, (1) Médico e (1) Fisioterapeuta, mediante avaliação das condições respiratórias

Segundo o protocolo, no transporte de médio e alto risco, os pacientes devem ter os seguintes parâmetros monitorados: frequência cardíaca, saturação de oxigênio, e se necessário, pressão arterial sistêmica.

Recomendações para reduzir riscos e eventos adversos no transporte intra-hospitalar de pacientes críticos:

Antes

- Dedicação exclusiva da equipe ao transporte
- Estabilização do paciente
- Verificação dos equipamentos necessários
- Coleta de dados do paciente
- Conexão do paciente ao monitoramento e controle dos parâmetros
- Reavaliação de sinais vitais, cateteres e drenos
- Uso de maca segura, em posição confortável
- Planejamento da rota: fácil e curta
- Comunicação do departamento de saída com o de destino para definir tempo de chegada

Durante

- Elevadores devem ser reservados para evitar aglomeração e atrasos
- Deve haver meio de comunicação com o setor de destino
- Verificação constante das condições do paciente e dos parâmetros dos equipamentos
- Possibilidade de intervenção imediata, caso necessário

Depois

- Admissão do paciente no departamento de destino
- Reavaliação das condições do paciente e dos equipamentos
- Conexão do paciente a novos dispositivos de controle, caso haja transferência da maca
- Relato atualizado para a equipe de monitoramento

- A equipe de transporte só deixa a área quando a nova estiver totalmente preparada
- Registro e documentação de todos os incidentes

Checagem pré-transporte: Confirmação que o local de destino está apto a receber e iniciar imediatamente a tarefa programada – exemplo: Tomografia, Diálise. Estabelecer contato com a equipe para informar a situação clínica do doente que será transportado.

Equipe: Designação de, pelo menos, dois profissionais treinados, médico e/ou enfermeiro, para acompanhar o procedimento de transferência temporária ou definitiva.

Registro das condições iniciais do paciente: Velocidade de infusão das bombas infusoras, modo e parâmetros ventilatórios, posição no leito.

Rever as contra-indicações ao transporte:

Número insuficiente de profissionais treinados;

Incapacidade de assegurar suporte ventilatório, hemodinâmico durante o transporte ou o tempo de permanência no setor de destino;

Instabilidade clínica (relativa): PEEP > 14 cm H₂O e uso de drogas vasoativas;

Impossibilidade de monitorização contínua.

Referências Bibliográficas

pt.wikipedia.org/wiki/Atendimento_pré-hospitalar > Acesso em: 10/07/2019.

prefeiturarp.usp.br/pages/cipa/manual_primeiros_socorros.htm > Acesso em: 10/07/2019.

Prefeitura da Cidade de São Paulo-Secretaria Municipal da Saúde-DTFCl - CECOM.Título da matéria.Protocolos de Atendimento

Pré-hospitalar Suporte de Vida Por Enfermeiro - SIV.2014 (4ª. Edição). Disponível em: prefeitura.sp.gov.br > Acesso em: 10/07/2019.

<http://blog.mastt.com.br/atendimento-pre-hospitalar-entenda-o-que-e/> > Acesso em: 10/07/2019.

[dilivros.com.br/livro-primeiro-socorro-o-o-suprassumo-do-atendimento-prehospitalar-\(aph\)-9788567858067,m49702.html](http://dilivros.com.br/livro-primeiro-socorro-o-o-suprassumo-do-atendimento-prehospitalar-(aph)-9788567858067,m49702.html) > Acesso em: 10/07/2019.

Autores: Alana Osterno Moreira Linhares, Anderson Dias Arruda, Diego Maia Martins, Felipe Machado dos Reis, Gilberto Loiola

de Vasconcelos, Larissa Brenda Gonçalves Miná, Lucas Sales Ripardo Capibaribe;Mário Henrique de Sá, Maria de Fátima Monteiro Castro, Renan Ponte Lima, Thays Araújo Freire, Thayná Araújo Freire, Indira Angelo Rodrigues, Vitória Myria Moura Arruda

Alcantara. E-book Título. MANUAL APH - MANUAL DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.Editora: Sanar. Disponível em: Internet >

Consulta livro em: 10/07/2019.

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS Departamento de Atenção Hospitalar às Urgências - DAHU Coordenação Geral da Força

Nacional do SUS - CGFNS Ministro da Saúde: Exmo. Sr. Arthur Chioro Brasília/ DF, 2014. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br> > Consulta livro digital em: 12/07/2019.

personaldaude.wordpress.com/sbv-suporte-basico-de-vida/ > Acesso em: 10/07/2019.

<http://enfermeireireinaldo.no.comunidades.net/primeiros-socorros-suporte-basico-de-vida> > Acesso em: 10/07/2019.

valorcrucial.com.br/primeiros-socorros.html > Acesso em: 10/07/2019.

Profª Renata Guzzo Souza Belinelo. Sistema de Emergência Médica. Disponível em: adm.online.unip.br/img_ead_dp/31249.PPT > Acesso em: 10/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Serviços_de_emergência_médica > Acesso em: 10/07/2019.

hexagon.com.br/pt-br/geospatial-solutions/safety-and-infrastructure/ems > Acesso em: 10/07/2019.

diferenca.com/urgencia-e-emergencia/ > Acesso em: 10/07/2019.

bombeiros.ms.gov.br > Acesso em: 10/07/2019.

Manual operacional de bombeiros : salvamento em altura / Corpo de Bombeiros Militar. – Goiânia : - 2017. 334 p. : il.Vários colaboradores. Disponível em: bombeiros.go.gov.br > Consulta livro digital em: 12/07/2019.

Prof. Roberta Merino Manisna. OS 10 MANDAMENTOS DO SOCORRISTA.Disponível em: sogab.com.br/aprobsmandamentos.htm > Acesso em: 12/07/2019.

Cássio Messias - Bombeiros Socorristas - 05/05/2017. Os Primeiros socorros podem ajudar a salvar vidas! Disponível em: bombeirossocorristas.com.br/tribuna?tribuna=cassio_messiasecidade=&id=376/Os_Primeiros_socorros_podem_ajudar_a_salvar_vidas! > Acesso em: 12/07/2019.

jusbrasil.com.br/busca?q=Art.+135%2C+§+1+do+Código+Penal+-+Decreto+Lei+2848%2F40 > Acesso em: 12/07/2019.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0356_20_02_2002.html > Acesso em: 12/07/2019.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Terminologia básica em saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br> > Consulta livro digital em: 12/07/2019.

Dr. Anésio Antonio Tenório. O Direito à Saúde.Dever do Estado.Disponível em: oabsp.org.br/subs/auriflama/institucional/jornal-oab-local/direito-a-saude-dever-do-estado > Acesso em: 12/07/2019.

Saúde Brasil 2004 – Uma Análise da Situação de Saúde. Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/saude_brasil2004_capitulo6.pdf > Consulta livro digital em: 12/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Profilaxia > Acesso em: 12/07/2019.

unasus.gov.br/noticia/dia-mundial-da-saude-2014-prevenindo-doencas-transmitidas-por-vetores > Acesso em: 12/07/2019.

revistaemergencia.com.br/materias/mocao/legislacao_apl/JyJyA5 > Acesso em: 12/07/2019.

revistaemergencia.com.br/site/content/galeriaarquivo/ProtecaoCategoriaArquivo.php?categoria=5
> Acesso em: 12/07/2019.

revistaemergencia.com.br/site/content/galeriaarquivo/ProtecaoCategoriaArquivo.php?categoria=28
> Acesso em: 12/07/2019.

pt.wikipedia.org/wiki/Atendimento_pré-hospitalar > Acesso em: 15/07/2019.

bombeiros.mg.gov.br/component/content/article/39-conteudo-dgaa/70722-diferenca-aph-primeiros-socorros.html > Acesso em: 15/07/2019.

<http://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/especial-publicitario/iespe-facredentor/compartilhando-o-conhecimento/noticia/2017/02/descubra-rotina-dos-socorristas-no-atendimento-pre-hospitalar-em-juiz-de-fora.html> > Acesso em: 15/07/2019.

Eduardo Cardoso de Moura. 3 pilares do atendimento pré-hospitalar às vítimas de trauma [ABRAMEDE 2018].Disponível em:
pebmed.com.br/3-pilares-do-atendimento-pre-hospitalar-as-vitimas-de-trauma-abramede-2018/ > Acesso em: 15/07/2019.

secad.com.br/blog/enfermagem/protocolo-de-manchester/ > Acesso em: 15/07/2019.

By Mcj_admin. O que é o Protocolo de Manchester?. Disponível em: <http://mcj.com.br/protocolo-de-manchester/> > Acesso em: 15/07/2019.

saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180626/25162627-transfusao-macica-e-de-extrema-urgencia-juliana-franz-hospital-de-clinicas-de-porto-alegre.pdf > Acesso em: 15/07/2019.

medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/2223/transfusao_macica.htm > Acesso em: 15/07/2019.

Bruno Lagoeiro. Principais orientações na prescrição de anticoagulantes.Disponível em:
pebmed.com.br/principais-orientacoes-na-prescricao-de-anticoagulantes/ > Acesso em: 15/07/2019.

Caio Julio Cesar dos Santos Fernandes; José Leonidas Alves Júnior; Francisca Gavilanes; Luis Felipe Prada; Luciana Kato Morinaga; Rogerio Souza. Os novos anticoagulantes no tratamento do tromboembolismo venoso. Disponível em:
jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=2518 > Acesso em: 15/07/2019.

Paula Beatriz da Paz Sacramento.Avaliação de Adesão ao Protocolo de Antibioticoprofilaxia em um Hospital Privado de Salvador-BA.Disponível em: ccih.med.br/avaliacao-de-adesao-ao-protocolo-de-antibioticoprofilaxia-em-um-hospital-privado-de-salvador-ba/ > Acesso em: 15/07/2019.

portalmedico.org.br/pareceres/crmpr/pareceres/2003/1483_2003.htm <http://www2.ebserh.gov.br> > Acesso em: 15/07/2019.

Paul K. Mohabir, MD, Stanford University School of Medicine. Prevenção de infecções cirúrgicas. Disponível em: msdmanuals.com/pt/profissional/tópicos-especiais/cuidados-dos-pacientes-cirúrgicos/prevenção-de-infecções-cirúrgicas > Acesso em: 15/07/2019.

segurancadopaciente.com.br/qualidade-assist/transporte-de-pacientes-intra-hospitalar-riscos-e-prevencao-de-eventos-adversos/ > Acesso em: 15/07/2019.

Bruno Lagoeiro. 10 passos para o transporte de um paciente grave. Disponível em: pebmed.com.br/como-transportar-um-paciente-grave/ > Acesso em: 15/07/2019.