

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

ESTÁGIO NO INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

Rui Manuel de Almeida Ramos

Orientador

Dr. Humberto José Silva Machado

Co-orientador

Dr. Luís Alberto Rodrigues Alves Meira

Porto 2010/2011

RESUMO

A escolha do Instituto Nacional de Emergência Médica para a realização do relatório de estágio, no âmbito da unidade curricular “Dissertação/Projecto/Relatório de Estágio”, foi encarada como uma oportunidade única para o conhecimento de uma área, desde muito cedo admirada: a emergência médica pré-hospitalar.

Este estágio teve como principal objectivo o acompanhamento, em situação real, da actuação operacional do Instituto Nacional de Emergência Médica. A par deste, foram ainda delineados outros objectivos, nomeadamente: compreender a prestação de socorro pré-hospitalar ao doente urgente e emergente; acompanhar o transporte de urgência e emergência para as unidades de saúde adequadas, entendendo a respectiva articulação com os serviços de urgência e emergência; possibilitar a troca de experiências com médicos e outros profissionais de saúde e, ainda, compreender a utilização de corredores integrados de urgência e emergência, designados por vias verdes.

O estágio teve a duração de 96 horas, ao longo das quais foi acompanhada a rotina inerente aos turnos de emergência médica pré-hospitalar nas mais diversas vertentes e situações, tendo sido utilizados como meios as ambulâncias de Suporte Básico de Vida, ambulâncias de Suporte Imediato de Vida e Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação.

No final, os objectivos acima referidos foram alcançados, tendo o estágio constituído, uma mais valia para o futuro profissional, por possibilitar um acréscimo de conhecimento e experiência relativamente ao fascinante e admirável universo da emergência médica pré-hospitalar.

ABSTRACT

The National Institute for Medical Emergencies was chosen for the realization of the internship report in the course of "Thesis/Project/Internship Report" because it was seen as a unique opportunity for the knowledge of an area very early admired: the pre-hospital emergency medical care.

This internship had as main objective to follow the operational performance of the National Institute for Medical Emergencies in an actual situation. It was also outlined other objectives, namely: to understand the provision of pre-hospital assistance to the patient urgent and emergent; accompany the transport of urgency and emergency to the proper health units understanding its connection with the urgency and emergency services; enabling the exchange of experiences with doctors and other health professionals and also understand the use of urgency and emergency integrated corridors, also called greenways.

The internship lasted 96 hours, and followed the essential routine of the pre-hospital emergency care shifts in different situations, being used as means of transportation the Basic Life Support ambulances, Immediate Life Support ambulances and Medical Emergency and Reanimation Vehicle.

In the end, the objectives above were achieved, and the internship proved to be an asset for the professional future, allowing an increase knowledge and experience of the fascinating and admirable world of pre-hospital medical emergency.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Dr. Humberto Machado, pela oportunidade que me proporcionou em fazer um estágio numa área de especial interesse pessoal bem como pela sua disponibilidade e ajuda para a elaboração deste relatório de estágio.

Ao Dr. Luís Meira, pela aceitação do cargo de co-orientador.

A todos os profissionais do Instituto Nacional de Emergência Médica, pela partilha de conhecimento, assim como por todo o profissionalismo e simpatia, permitindo um excelente ambiente durante todo o estágio.

Aos meus pais, à minha namorada e a toda a minha família, por todo o apoio incondicional sempre demonstrado.

LISTA DAS ABREVIATURAS

AVC - Acidente vascular cerebral
Bpm - Batimentos por minuto
BV - Bombeiros Voluntários
CO₂ - Dióxido de carbono
CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes
Cpm - Ciclos por minutos
DM - Diabetes Mellitus
EAM - Enfarte agudo do miocárdio
ECG - Electrocardiograma
EV - Endovenoso
FC - Frequência cardíaca
FR - Frequência respiratória
HGSA - Hospital Geral de Santo António
HSJ - Hospital de São João
HTA - Hipertensão arterial
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
NaCl - Cloreto de sódio
O₂ - Oxigénio
Pa - Pressão parcial no sangue arterial
PCR - Paragem Cardio-Respiratória
PSP - Policia de Segurança Pública
SAV - Suporte Avançado de Vida
SBV - Suporte Básico de Vida
SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV - Suporte Imediato de Vida
TA - Tensão arterial
TAE - Técnico de Ambulância de Emergência
VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Motivação e objectivos.....	1
1.2. O INEM e o SIEM.....	1
1.3. Do 112 à chegada dos meios	2
1.4. Meios disponíveis para socorro às vítimas	2
2. DISCUSSÃO.....	4
2.1. Relatório das actividades realizadas	4
2.1.1. SBV Porto 2 – 23/11/2010 – Turno manhã – Anexo II.....	4
2.1.2. SBV Porto 2 – 23/11/2010 – Turno tarde – Anexo III.....	5
2.1.3. VMER do Hospital de São João – 30/11/2010 – Turno manhã – Anexo IV	7
2.1.4 - VMER do Hospital de São João – 30/11/2010 – Turno tarde – Anexo V	8
2.1.5 - SIV de Gondomar – 01/12/2010 – Turno manhã/tarde – Anexo VI	8
2.1.6 - SIV de Gondomar – 20/12/2010 – Turno manhã/tarde – Anexo VII.....	9
2.1.7 - VMER do Hospital de São João – 30/01/2011 – Turno manhã – Anexo VIII.....	11
2.1.8 - VMER do Hospital de São João – 30/01/2011 – Turno tarde – Anexo IX.....	12
2.1.9 - VMER do Hospital de São João – 01/02/2011 – Turno manhã – Anexo X	13
2.1.10 - VMER do Hospital de São João – 01/02/2011 – Turno tarde – Anexo XI.....	15
2.1.11 - VMER do Hospital de São João – 02/02/2011 – Turno manhã – Anexo XII	16
2.1.12 - VMER do Hospital de São João – 02/02/2011 – Turno tarde – Anexo XIII.....	17
2.1.13 - VMER do Hospital de São João – 05/02/2011 – Turno manhã – Anexo XIV	18
2.1.14 - VMER do Hospital de São João – 05/02/2011 – Turno tarde – Anexo XV	21
2.2 Análise das activações.....	23
3. CONCLUSÕES.....	29
4. BIBLIOGRAFIA.....	30
5. ANEXOS.....	32
Anexo I.....	32

Anexo II.....	33
Anexo III	34
Anexo IV	35
Anexo V.....	36
Anexo VI	37
Anexo VII.....	38
Anexo VIII.....	39
Anexo IX	40
Anexo X.....	41
Anexo XI	42
Anexo XII.....	43
Anexo XIII.....	44
Anexo XIV	45
Anexo XV.....	46

1. INTRODUÇÃO

1.1. Motivação e objectivos

O interesse pela área de emergência médica pré-hospitalar foi um crescente contínuo desde os primeiros anos como aluno de Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Contudo, até ao 6.º ano do curso Mestrado Integrado em Medicina, nenhuma unidade curricular abrangeu qualquer área da emergência médica pré-hospitalar, área esta que ajudaria um aluno de medicina a saber como reagir face a situações frequentes de ocorrência fora do hospital, com as quais se deveria encontrar mais familiarizado.

Assim, no 6.º ano, a possibilidade de realizar um estágio no âmbito da unidade curricular “Dissertação/Projecto/relatório de Estágio”, afigurou-se como uma oportunidade única para o conhecimento da emergência médica no pré-hospitalar, permitindo, para além do gosto pessoal pela área, colmatar uma lacuna de elevada importância na área de formação médica.

O estágio teve como objectivo principal o acompanhamento da actuação operacional do INEM, numa perspectiva útil e pedagógica, dado o seu papel fundamental na emergência médica e no socorro pré-hospitalar. Outros objectivos deste estágio foram a compreensão da prestação de socorro pré-hospitalar ao doente urgente e emergente, o acompanhamento do transporte de urgência e emergência para as unidades de saúde adequadas, a articulação com os serviços de urgência e emergência, a troca de experiências com médicos e outros profissionais de saúde e a compreensão da utilização de corredores integrados de urgência/emergência, designados por vias verdes. Para tal foram utilizados como meios ambulâncias de SBV, ambulâncias SIV e VMER.

1.2. O INEM e o SIEM

O INEM é um instituto público integrado na administração indirecta do Estado, possuindo autonomia administrativa e financeira bem como património próprio. Tem como objectivos definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as actividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica de maneira a garantir a adequada e imediata prestação de cuidados de saúde às vítimas de doença súbita ou sinistrados (*in* Diário da República, 2007).

No SIEM inclui-se toda a urgência/emergência, englobando o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a recepção hospitalar e a adequada referência do doente urgente/emergente, a formação em emergência médica, o planeamento civil e a rede de telecomunicações de emergência (Ibidem). Assim, o SIEM engloba a Polícia de Segurança Pública, o INEM, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, os Hospitais e os Centros de Saúde (www.inem.pt).

1.3. Do 112 à chegada dos meios

Tudo se inicia mediante a chamada para o número europeu de emergência (112), sendo também o número utilizado para incêndios, assaltos ou roubos. Essa chamada será atendida pela PSP que mediante o carácter da chamada relacionada com a área de saúde encaminhará a chamada para o CODU do INEM o qual indicará à vítima como deverá proceder, sendo ainda responsável por enviar, quando necessário mediante a gravidade da situação, o meio de emergência ao local, independentemente da entidade a que pertence (Ibidem).

O contacto através do 112, forma o primeiro elo na cadeia de sobrevivência, fundamental para a melhoria de resultados em situações de vítimas de PCR. Esta cadeia é ainda formada por mais 3 elos, são eles, o início precoce de manobras de SBV, desfibrilhação precoce e SAV precoce (Ibidem). Estes procedimentos sucedem-se de forma encadeada, articulando-se cada elo com o procedimento anterior e com o seguinte, sendo que todos eles devem ser igualmente eficazes (*in* "Manual de Suporte Avançado de Vida", 2007).

1.4. Meios disponíveis para socorro às vítimas

Para enfrentar as diversas situações com as quais se depara, o INEM possui os seguintes meios: ambulâncias SBV, ambulâncias SIV, VMER, motas, helicópteros, unidade móvel de intervenção psicológica de emergência (UMIPE) e para situações de excepção viaturas de intervenção em catástrofe (VIC) e hospitais de campanha (www.inem.pt).

As ambulâncias SBV, são tripuladas por dois TAE, permitindo a estabilização e transporte de doentes (Ibidem).

As ambulâncias SIV, tripuladas por um enfermeiro e um TAE, com a capacidade de administração de alguns fármacos, têm como objectivo garantir cuidados de saúde diferenciados até à chegada de uma equipa com competência para SAV (Ibidem).

A VMER, funcionando como um meio mais diferenciado é formada por uma equipa composta por um médico e um enfermeiro, dispendo de equipamento de SAV (Ibidem).

As motas de emergência, conduzidas por um técnico de ambulância de emergência (TAE), funcionam como um meio bastante ágil, sendo bastante eficazes no trânsito citadino, contudo os riscos associados à sua condução são superiores (Ibidem).

Os helicópteros são utilizados para transporte de doentes graves inter-hospitalar, bem como entre o local de ocorrência e o hospital. A sua equipa é formada por um médico, um enfermeiro e dois pilotos e dispõe de material de SAV (Ibidem).

As UMIPE têm como objectivo intervir com as vítimas no local de ocorrência em diversas situações, nomeadamente emergências psicológicas (Ibidem).

As VIC, usadas em situações de multi-vítimas, dispõem do mesmo material da VMER, permitindo porém, a montagem de um posto médico avançado, com a possibilidade de tratamento simultâneo de 8 vítimas (Ibidem).

Os hospitais de campanha, são constituídos por 17 tendas insufláveis, com área de estrutura hospitalar, zona de alojamento da equipa e zona de comando da operação (Ibidem).

2. DISCUSSÃO

2.1. Relatório das actividades realizadas

O estágio teve a duração total de 96 horas, tendo sido realizados dois turnos na ambulância SBV Porto 2 de 6 horas cada, dois turnos na ambulância SIV de Gondomar de 12 horas cada e dez turnos na VMER do HSJ de 6 horas cada.

Em cada activação foi preenchida uma ficha modelo com os dados mais relevantes para a posterior elaboração da discussão do relatório de estágio (Anexo I). No final de cada turno o responsável de serviço do meio utilizado preencheu a ficha de realização de estágio em meio INEM, as quais se encontram em anexo (anexo II-XV).

2.1.1. SBV Porto 2 – 23/11/2010 – Turno manhã – Anexo II

1ª activação

Horário: 09:44

Motivo: síncope.

Identificação: sexo masculino, 39 anos.

Antecedentes pessoais: doença psiquiátrica.

Avaliação: FR de 14 cpm, FC de 86 bpm, TA de 130/70 mmHg, glicemia capilar de 168 mg/dL, estado de consciência A (na escala de consciência AVDS).

Observações: paciente com antecedentes de doença psiquiátrica, tendo parado a medicação há cerca de uma semana por vontade própria. À chegada, a vítima já se encontrava completamente recuperada do episódio de síncope.

Seguimento: recusa de transporte, tendo regressado ao trabalho.

2ª activação

Horário: 11:24

Motivo: melenas.

Identificação: sexo feminino, 80 anos.

Antecedentes pessoais: acidente vascular cerebral do tipo hemorrágico há cerca de um mês.

Avaliação: FR de 14 cpm, FC de 60 bpm, TA de 90/65 mmHg, pele e pupilas sem alterações, glicemia capilar de 98 mg/dL, estado de consciência A (AVDS).

Actuação: oxigénio 3 l/m.

Observações: doente acamada desde a data do acidente vascular cerebral. Segundo familiar, episódio semelhante de hemorragia digestiva no dia 22/11/2010. À chegada, vítima em decúbito dorsal na cama, com vestígios de sangue nos lençóis e na fralda.

Seguimento: transporte para o HSJ. Triagem - amarelo.

2.1.2. SBV Porto 2 – 23/11/2010 – Turno tarde – Anexo III

1ª activação

Horário: 14:39

Motivo: queda.

Identificação: sexo feminino, 53 anos.

Avaliação: FR de 14 cpm, FC de 80 bpm, TA de 140/70 mmHg, pele e pupilas sem alterações, glicemia capilar de 114 mg/dL, estado de consciência A (AVDS).

Observações: à chegada, vítima consciente, colaborante e orientada no tempo e no espaço, referindo apenas dor de ligeira intensidade no membro inferior direito.

Seguimento: após avaliação recusa transporte para o hospital.

2ª activação

Horário: 15:25

Motivo: atropelamento.

Identificação: sexo masculino, 78 anos.

Antecedentes pessoais: HTA.

Avaliação: FR de 14 cpm, FC de 56 bpm, TA de 160/80 mmHg, pele e pupilas sem alterações, estado de consciência A (AVDS).

Observações: à chegada, vítima consciente, colaborante e orientada, com dor no membro inferior direito e membro superior direito após embate de veículo ligeiro que seguia a baixa velocidade.

Autoridades no local.

Seguimento: transporte para o HSJ. Triagem - amarelo.

3ª activação

Horário: 16:31

Motivo: queda.

Identificação: sexo masculino, 22 anos.

Avaliação: FR de 16 cpm, FC de 80 bpm, TA de 180/70 mmHg, estado de consciência A (AVDS).

Observações: à chegada, vítima consciente, colaborante e orientada. Refere dor no membro inferior direito, sem perda de mobilidade, após acidente desportivo.

Seguimento: transporte para o HSJ. Triagem - amarelo.

4ª activação

Horário: 17:17

Motivo: síncope.

Identificação: sexo feminino, 57 anos.

Antecedentes pessoais: alcoolismo.

Avaliação: FR de 14 cpm, FC de 80 bpm, TA de 140/70 mmHg, pele e pupilas sem alterações, glicemia capilar de 92 mg/dL, estado de consciência A (AVDS).

Observações: vítima alcoolizada, já recuperada de episódio de síncope, referindo vontade em ser internada por psiquiatria. Entre Janeiro e Novembro de 2010 esta vítima teve cerca de 170 admissões no serviço de urgência do HSJ, encontrando-se em todas elas alcoolizada.

Seguimento: transporte para o HSJ. Triagem - amarelo.

5ª activação

Horário: 18:48

Motivo: acidente de viação.

Identificação: sexo masculino, 48 anos.

Antecedentes pessoais: DM tipo 1.

Avaliação: FR de 16 cpm, FC de 82 bpm, TA de 139/70 mmHg, pele e pupilas sem alterações, glicemia capilar de 31 mg/dL à chegada e de 74 mg/dL após actuação.

Actuação: administração oral de 4 ampolas de glucose.

Observações: à chegada, vítima consciente, desorientada no tempo e no espaço com glicemia capilar de 31 mg/dL, tendo-se envolvido em acidente de viação ao embater na traseira do veículo que seguia á sua frente.

Seguimento: transporte para o HSJ. Triagem - amarelo.

2.1.3. VMER do Hospital de São João – 30/11/2010 – Turno manhã – Anexo IV

1ª activação

Horário: 10:09

Motivo: dor torácica.

Observações: viatura da VMER envolvida em acidente de viação ficando impossibilitada de prosseguir. Foi contactado o CODU e chamada a logística ao local. Após a chegada da logística, com viatura de substituição, o doente já tinha sido transportado para o hospital pela SIV de Gondomar.

2ª activação

Horário: 13:35

Motivo: alteração no estado de consciência.

Identificação: sexo masculino, 70 anos.

Antecedentes pessoais: HTA, DM tipo 2, doença pulmonar obstrutiva crónica, hipocoagulação crónica.

Avaliação: à chegada, vítima com FR de 8 cpm, FC de 35 bpm, TA de 212/112 mmHg, pele sem alterações, pupilas com midríase, glicemia capilar de 311 mg/dL, saturação arterial de O₂ a ar ambiente de 90%, Glasgow de 3.

Gasimetria arterial com pH 7,33, PaCO₂ 44,9 mmHg, PaO₂ 68,4 mmHg, saturação arterial de O₂ 100%, sódio 135 mEq/l e cálcio 1,17 mEq/l.

ECG de 12 derivações sem evidências de isquemia aguda e em ritmo sinusal.

Após actuação, FR de 15 cpm, FC de 80 bpm e saturação arterial de O₂ de 99%.

Actuação: desobstrução e aspiração da via aérea, oxigénio, ventilação, entubação endotraqueal, acesso venoso, gasimetria arterial, ECG de 12 derivações. Atropina 0,5 mg EV, soro fisiológico 0,9% 100+500ml EV, Etomidato 18 mg EV, Propofol 10 mg/h EV.

Observações: à chegada, vítima caída na casa de banho, segundo familiares desde há 10 minutos.

No local encontravam-se já dois TAE da ambulância SBV da Maia.

Após avaliação do doente, a equipa do INEM procedeu á estabilização e transporte do doente.

Seguimento: transporte com médico da VMER, na ambulância SBV da Maia, para a sala de emergência do HSJ.

2.1.4 - VMER do Hospital de São João – 30/11/2010 – Turno tarde – Anexo V

1ª activação

Horário: 19:54

Motivo: peri-paragem cardio-respiratória.

Identificação: sexo feminino, 86 anos.

Antecedentes pessoais: fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca congestiva, HTA, insuficiência renal aguda em hemodiálise.

Avaliação: à chegada, FR de 12 cpm, FC de 120 bpm, TA de 178/104 mmHg, temperatura de 36,2°C, pele e pupilas sem alterações, glicemia de 70 mg/dl, saturação arterial de O₂ a ar ambiente de 78%, Glasgow de 15, auscultação pulmonar sem estase, abdómen distendido e doloroso à palpação.

ECG de 12 derivações compatível com fibrilhação auricular.

Após actuação, FR de 18 cpm, saturação arterial de O₂ de 100%.

Actuação: O₂ 1 l/m, soro glicosado 10% EV, Labetalol 3mg EV.

Observações: a vítima encontrava-se a realizar hemodiálise em centro de hemodiálise em Gondomar. À chegada da VMER, equipa da SIV de Gondomar já no local com a vítima em fase de recuperação.

Seguimento: transporte pela SIV de Gondomar para o HGSA, sem acompanhamento médico.

2.1.5 - SIV de Gondomar – 01/12/2010 – Turno manhã/tarde – Anexo VI

1ª activação

Horário: 14:40

Motivo: acidente de viação.

Identificação: sexo masculino, 23 anos.

Antecedentes pessoais: doença psiquiátrica.

Avaliação: FR de 20 cpm, FC de 65 bpm, TA de 138/78 mmHg. Pele e pupilas sem alterações, glicemia capilar de 114 mg/dL, saturação arterial de O₂ a ar ambiente de 99%, Glasgow 15. Dor com intensidade 8/10 localizada na extremidade inferior do membro superior esquerdo, acompanhada de edema e escoriação.

Actuação: O2 6 l/m, acesso venoso, imobilização. NaCl 0,9% EV, Morfina 5mg EV + Morfina 2,5mg EV, Metoclopramida EV.

Observações: vítima seguia num veículo de duas rodas a cerca de 30 km/h, sem capacete, tendo embatido contra muro. Não teve perda de consciência e esteve sempre orientado no espaço e no tempo. À chegada, BV de Valbom no local a tentar imobilizar a vítima mas sem sucesso devido a agressividade motivada por dor intensa. Após alívio da dor com morfina foi então possível proceder à imobilização.

Seguimento: transporte pela ambulância SIV de Gondomar para o HGSA, triagem - amarelo.

2.1.6 - SIV de Gondomar – 20/12/2010 – Turno manhã/tarde – Anexo VII
--

1ª activação

Horário: 08:36

Motivo: alteração no estado de consciência.

Identificação: sexo feminino, 89 anos.

Antecedentes pessoais: patologia gastrointestinal, acamada desde há 2 dias.

Avaliação: à chegada ao local, FR de 32 cpm, FC de 46 bpm, TA de 79/55 mmHg, pele com palidez, pupilas com desvio para direita, glicemia capilar de 34 mg/dl, saturação arterial de O2 a ar ambiente de 50%, Glasgow 9.

Após actuação, FC de 63bpm, TA de 114/94 mmHg, glicemia capilar de 288 mg/dl, saturação arterial de O2 a ar ambiente de 83%.

Actuação: desobstrução e aspiração da via aérea. O2 15l/m, ventilação, acesso venoso de 14G, entubação nasogástrica, aquecimento, soro fisiológico 500+500 ml EV, 2 ampolas de glicose a 30% EV, atropina 0,5 mg EV, metoclopramida 10mg EV.

Observações: à chegada ao local, vítima inconsciente com hemorragia pela cavidade oral tipo “borra de café” iniciada por volta das 5 horas. BV de Rio Tinto no local. VMER não disponível.

Seguimento: transporte pela ambulância SIV de Gondomar para o HSJ, triagem - vermelho.

2ª activação

Horário: 11:05

Motivo: queda.

Identificação: sexo masculino, 88 anos.

Antecedentes pessoais: AVC há cerca de 10 anos com hemiparésia esquerda sequelar, DM tipo 2, anemia, insuficiência renal, patologia respiratória.

Avaliação: FR de 18 cpm, FC de 59 bpm, TA de 135/61 mmHg, pele e pupilas sem alterações. Glicemia capilar de 222 mg/dL, saturação arterial de oxigénio a ar ambiente de 97%, Glasgow 15. Avaliação neurológica compatível com antecedentes de AVC, sem outros défices motores. Refere dor lombar à palpação e em ortostatismo. Incapaz de caminhar. Abrasão no flanco direito. Actuação: imobilização.

Observações: à chegada, vítima em decúbito dorsal na cama, incapaz de se levantar, após queda da própria altura às 4 da manhã.

Seguimento: transporte pela ambulância SIV de Gondomar para o HGSA, triagem - amarelo.

3ª activação

Horário: 12:49

Motivo: hemorragia por úlcera varicosa.

Identificação: sexo masculino, 62 anos.

Antecedentes pessoais: DM tipo 2, bypass coronário realizado há 18 anos, HTA, glaucoma.

Avaliação: FR de 16 cpm, FC de 69 bpm, TA de 158/74 mmHg, pele e pupilas sem alterações, glicemia capilar de 155 mg/dl, saturação arterial de oxigénio a ar ambiente de 98%, Glasgow 15.

Actuação: acesso venoso 20G, soro fisiológico 500 ml EV.

Observações: ao realizar penso no Centro de Saúde para úlcera varicosa do membro inferior direito, a vítima iniciou quadro de hemorragia de difícil controlo tendo sido contactado o INEM. No Centro de Saúde foi feito garrote e elevação do membro. À chegada, hemorragia já controlada.

Seguimento: transporte pela ambulância SIV de Gondomar para o HGSA, triagem - amarelo.

4ª activação

Horário: 14:24

Motivo: queda.

Identificação: sexo feminino, 45 anos.

Avaliação: FR de 18 cpm, FC de 95 bpm, TA de 162/103 mmHg, pele e pupilas sem alterações, glicemia capilar de 159 mg/dl, saturação arterial de oxigénio a ar ambiente de 98%, Glasgow 15. Dor de intensidade 9/10 com diminuição da mobilidade no membro superior direito, face com escoriação e hematoma supraciliar direito.

Actuação: acesso venoso 20G, imobilização membro superior direito, soro fisiológico 100+500 ml EV, metoclopramida 10 mg EV, morfina 3+1,5+1,5 mg EV.

Observações: queda da própria altura, motivando dor de elevada intensidade no membro superior direito. Após imobilização e já dentro da ambulância, incapacidade de transportar a vítima na SIV de Gondomar devido a problema mecânico na ambulância. Foi contactado o CODU para substituição da viatura e para disponibilização de meio de transporte para a vítima. Em cerca de 10 minutos, BV de S. Pedro da Cova no local para transporte da doente.

Seguimento: transporte pela ambulância dos BV de S. Pedro da Cova, acompanhado pela enfermeira da SIV, para o HGSA, triagem - amarelo.

2.1.7 - VMER do Hospital de São João – 30/01/2011 – Turno manhã – Anexo VIII
--

1ª activação

Horário: 11:07

Motivo: PCR.

Identificação: sexo masculino, 81 anos.

Antecedentes pessoais: enfisema pulmonar.

Avaliação: PCR.

Actuação: acesso venoso. Adrenalina 1+1+1mg EV, soro fisiológico 50+500 ml EV.

ECG de 12 derivações compatível com assistolia.

Observações: à chegada, BV da Maia em manobras de SBV há 5 minutos. Equipa da VMER deu início ao SAV. PCR não revertida, tendo sido verificado o óbito às 11:30. Segundo a esposa a vítima teve alterações de consciência, com perda total da consciência cerca 30 minutos antes da chegada dos bombeiros. Refere ainda a presença de febre desde há 8 dias e total independência para as actividades de vida diária.

Seguimento: preenchimento da ficha de verificação do óbito e chamada autoridade ao local por impossibilidade de contactar o médico assistente para assumir a certidão de óbito.

2ª activação

Horário: 13:10

Motivo: PCR.

Identificação: sexo masculino, 45 anos.

Antecedentes pessoais: dislipidemia.

Avaliação: à chegada, vítima em PCR, ECG compatível com assistolia, pele pálida, pupilas em midríase, saturação arterial de oxigénio a ar ambiente de 90%.

Após actuação: FR de 12 cpm, FC de 125 bpm, TA de 80/50 mmHg na primeira medição e 124/60 mmHg na segunda. Glasgow 3. ECG de 12 derivações com fibrilhação auricular de resposta ventricular rápida e infradesnívelamento do segmento ST nas derivações DII, DIII e aVF.

Actuação: desobstrução e aspiração da via aérea, O2 15 l/m, ventilação, intubação endotraqueal, acesso venoso, compressão cardíaca externa, intubação naso-gástrica e lavagem gástrica. ECG 12 derivações. Adrenalina 1+1+1 mg EV, digoxina 0,5 mg EV, amiodarona 15 mg EV, dopamina 350 µg/minuto EV, gluconato de cálcio 10 mg EV, bicarbonato 100 mg EV.

Observações: à chegada, vítima em PCR, em SAV há cerca de 15 minutos pela SIV de Gondomar. Equipa da VMER continuou SAV mais 10 minutos conseguindo a recuperação da circulação espontânea. A vítima tinha sido encontrada pelo filho inconsciente cerca de uma hora após o último contacto.

Seguimento: transporte na SIV Gondomar para a sala de emergência do HGSA.

2.1.8 - VMER do Hospital de São João – 30/01/2011 – Turno tarde – Anexo IX
--

1ª activação

Horário: 14:55

Motivo: dispneia.

Identificação: sexo masculino, 83 anos.

Antecedentes pessoais: DM tipo 2, acidente vascular cerebral, epilepsia.

Avaliação: FR de 20 cpm, FC de 155 bpm, TA de 120/76 mmHg, temperatura de 35°C, pele pálida, pupilas sem alterações, glicemia capilar de 116 mg/dL, saturação arterial de O2 de 98% a ar ambiente. Glasgow 11.

ECG de 12 derivações compatível com fibrilhação auricular de resposta ventricular rápida.

Auscultação pulmonar sem alterações.

Actuação: acesso venoso, ECG de 12 derivações. Digoxina 0,25 mg EV, metoclopramida 10 mg EV, soro fisiológico 50+500 ml EV.

Observações: à chegada, vítima com quadro de vômitos, incapaz de permanecer em ortostatismo.

Seguimento: transporte na ambulância dos bombeiros voluntários de Pedrouços para o HSJ, triagem - laranja.

2ª activação

Horário: 16:26

Motivo: PCR.

Identificação: sexo feminino, 86 anos.

Antecedentes pessoais: doença de Alzheimer, neoplasia uterina em fase terminal.

Avaliação: PCR. Glasgow de 3, ECG de 12 derivações compatível com assistolia.

Actuação: ECG de 12 derivações.

Observações: à chegada, vítima em PCR, em SBV pelos TAE da ambulância SBV do HSJ há cerca de 5 minutos. Não foi iniciado SAV. Verificado o óbito às 16:35. Segundo familiares com recusa alimentar desde há vários dias.

Seguimento: preenchimento da ficha de verificação do óbito e chamada da autoridade ao local por impossibilidade de contactar o médico assistente para assumir a certidão de óbito.

3ª activação

Horário: 18:15

Motivo: alterações de comportamento.

Identificação: sexo masculino, 19 anos.

Antecedentes pessoais: doença psiquiátrica.

Avaliação: FR de 15 cpm, FC de 108 bpm, TA de 130/62 mmHg. Pele e pupilas sem alterações.

Glasgow 15. Saturação arterial de oxigénio a ar ambiente de 98%.

Observações: à chegada, vítima agitada mas já no seu estado neurológico habitual. Terá desenvolvido crise comportamental/agressiva, tendo agredido a mãe, a qual se encontrava no local com marcas evidentes de agressão. Última crise semelhante à cerca de dois meses.

Seguimento: transporte pela ambulância Porto 1 para o HSJ, sem acompanhamento médico,

2.1.9 - VMER do Hospital de São João – 01/02/2011 – Turno manhã – Anexo X

1ª activação

Horário: 08:59

Motivo: hipoglicemia.

Identificação: sexo feminino, 36 anos.

Antecedentes pessoais: DM insulino tratada.

Avaliação: à chegada, FR de 13 cpm, FC de 76 bpm, TA de 114/63 mmHg, pele e pupilas sem alterações, glicemia capilar de 42 mg/dl, saturação arterial de oxigénio a ar ambiente de 100%, Glasgow de 13.

Após actuação, glicemia capilar de 221 mg/dl, Glasgow 15.

Actuação: acesso venoso, glicose a 30%, 18 g EV.

Observações: à chegada, vítima consciente, desorientada, não colaborante, com glicemia capilar de 42 mg/dL. Ambulância SBV Porto 2 no local.

Seguimento: transporte pela ambulância SBV Porto 2 para o HSJ, sem acompanhamento médico.

2ª activação

Horário: 11:07

Motivo: crise convulsiva.

Identificação: sexo feminino, 3 anos.

Antecedentes pessoais: parto eutócico de termo, saudável até à data.

Avaliação: FR de 20 cpm, FC de 142 bpm, TA de 111/58 mmHg, temperatura auricular de 39°C, pele e pupilas sem alterações, glicemia capilar de 110 mg/dL, saturação arterial de oxigénio de 100% a ar ambiente, ECG em ritmo sinusal. Auscultação cardíaca sem alterações, auscultação pulmonar com roncos dispersos, abdómen sem alterações.

Actuação: O2 5 l/m, acesso venoso. Diazepam 2+1 mg EV, soro fisiológico 100 ml EV, paracetamol 250 mg rectal.

Observações: à chegada, vítima em crise convulsiva tónico-clónica generalizada há cerca de 15 minutos, tendo cedido a 3 mg de diazepam EV. Já na ambulância, e em posição lateral de segurança, episódio de vómito de conteúdo aquoso.

Seguimento: transporte pela ambulância dos BV de Ermesinde para a sala de emergência pediátrica do HSJ.

3ª activação

Horário: 13:45

Motivo: PCR.

Identificação: sexo masculino, 86 anos.

Avaliação: pele pálida, pupilas em midríase, Glasgow 3, ECG compatível com assistolia.

Actuação: ECG.

Observações: à chegada, vítima em PCR há mais de 20 minutos, em SBV pelos bombeiros voluntários de Águas Santas há cerca de 5 minutos

Seguimento: verificado o óbito e contactado médico assistente que assumiu a certidão de óbito.

2.1.10 - VMER do Hospital de São João – 01/02/2011 – Turno tarde – Anexo XI

1ª activação

Horário: 15:03

Motivo: PCR.

Identificação: sexo feminino, 83 anos.

Antecedentes pessoais: osteoartroses.

Avaliação: vítima em rigidez cadavérica, pele com cianose, pupilas em midríase.

Seguimento: verificado o óbito e contactado médico de família que assumiu a certidão de óbito.

2ª activação

Horário: 16:30

Motivo: bloqueio aurículo ventricular de 2º grau Mobitz II+tonturas+dor torácica.

Identificação: sexo feminino, 67 anos.

Antecedentes pessoais: HTA, depressão.

Avaliação: assintomática. FR de 16 cpm, FC de 60 bpm, TA de 170/40 mmHg, pele e pupilas sem alterações, Glasgow de 15.

ECG de 12 derivações com bloqueio aurículo ventricular do 1º grau.

Auscultação cardíaca com s1 e s2 presentes e sopro sistólico grau II/VI, auscultação pulmonar sem alterações.

Actuação: ECG de 12 derivações.

Observações: a vítima encontrava-se no Centro de Saúde. À chegada, vítima consciente, colaborante, orientada no tempo e no espaço, sem sinais de dificuldade respiratória, sem tonturas, sem dor torácica.

A doente tinha ECG de dia 28/01/2011 com bloqueio aurículo ventricular de 2º grau Mobitz tipo II e FC de 38 bpm, referindo desde há cerca de um mês dispneia para médios esforços.

Seguimento: transporte pela ambulância da Cruz Vermelha da Maia para o HSJ, sem acompanhamento médico.

2.1.11 - VMER do Hospital de São João – 02/02/2011 – Turno manhã – Anexo XII
--

1ª activação

Horário: 10:37

Motivo: hipotermia+astenia.

Identificação: sexo feminino, 81 anos.

Antecedentes pessoais: HTA.

Avaliação: FR de 8 cpm, FC de 30 bpm, TA de 70/50 mmHg. Pele com cianose, pupilas sem alterações, glicemia capilar de 210 mg/dL, saturação arterial de oxigénio a ar ambiente de 99%. Glasgow de 15.

ECG de 12 derivações com bradicardia sinusal, supra-desnivelamento do segmento ST em DII, DIII e aVF.

Gasimetria do sangue arterial com pH de 7,48, PaO₂ de 74,5mmHg, PaCO₂ de 28,1 mmHg, concentração de Bicarbonato de 20 mEq/l, NaCl de 137 mEq/L, concentração de potássio de 4,1 mEq/L, hemoglobina de 11,2 g/dl.

Actuação: desobstrução e aspiração da via aérea, O₂ 5 l/m, ventilação, entubação endotraqueal, acesso venoso 16G, pace externo, entubação naso-gástrica e lavagem gástrica, gasimetria do sangue arterial. Atropina 1mg EV, Voluven® 500 ml EV, soro fisiológico 500+500 ml EV, Etomidato 18 mg EV, Fentanilo 0,1 mg EV, Midazolam 5 mg EV, bicarbonato de sódio 80 ml EV.

Observações: a activação ocorreu para um *RendezVous* com a ambulância SIV de Amarante na saída de Baltar na A4. A vítima tinha sido encontrada no seu domicilio hipotérmica e com fadiga. A SIV de Amarante procedeu ao aquecimento da vítima, e realizou ECG onde foram encontrados supra-desnivelamentos do segmento ST em DII, DIII e aVF e bradicardia sinusal. Administraram 1,5mg de Atropina e 75mg de Clopidogrel via oral. À chegada, cerca de 30 minutos após primeiro contacto da SIV com a vítima, mantinha prostração e cianose. Feito novo ECG pela VMER com os mesmos achados da SIV.

Seguimento: transporte na ambulância da SIV de Amarante para a sala de emergência do HSJ.

2ª activação

Horário: 13:14

Motivo: lipotímia.

Identificação: sexo masculino, 88 anos.

Antecedentes pessoais: síndrome mieloproliferativo.

Avaliação: consciente, colaborante, orientado no tempo e no espaço, FR de 12 cpm, FC de 60 bpm, TA de 124/60 mmHg, pele suada, pupilas sem alterações, glicemia capilar de 140 mg/dl, saturação arterial de oxigénio a ar ambiente de 98%, ECG em ritmo sinusal.

Actuação: acesso venoso de 20G, soro fisiológico 100 ml EV.

Observações: vítima refere episódio de lipotímia à mesa após a refeição. À chegada, já recuperado e assintomático.

Seguimento: transporte pela ambulância Porto 5 para o HGSA, sem acompanhamento médico.

3ª activação

Horário: 13:40

Motivo: PCR.

Observações: saída abortada já a caminho do local por recuperação espontânea do estado de consciência da vítima.

2.1.12 - VMER do Hospital de São João – 02/02/2011 – Turno tarde – Anexo XIII

1ª activação

Horário: 14:07

Motivo: PCR.

Identificação: sexo feminino, 93 anos.

Avaliação: PCR, Glasgow 3, ECG 12 derivações compatível com assistolia.

Observações: vítima em PCR há cerca de 30 minutos, em SBV há cerca de 20 minutos pelos TAE da ambulância SBV de Rio Tinto. Não são iniciadas manobras de SAV.

Seguimento: preenchida a ficha de verificação do óbito e contactado médico assistente para assumir a certidão de óbito.

2ª activação

Horário: 15:38

Motivo: acidente de viação.

Identificação: sexo feminino, 61 anos.

Antecedentes pessoais: trombofilia hereditária.

Avaliação: sem lesões visíveis, dor torácica no local do cinto de segurança. FR de 18 cpm, FC de 92 bpm, TA de 150/43 mmHg, pele e pupilas sem alterações, Glasgow 15.

Actuação: imobilização, acesso venoso 20G, soro fisiológico 500 ml EV, Paracetamol 1000 mg EV, Fentanilo 0,1+0,05 mg EV.

Observações: à chegada, acidente de viação com três carros envolvidos, resultando numa vítima. Aparentemente acidente a baixa velocidade, em que o carro da frente terá parado bruscamente tendo-lhe embatido os dois carros que seguiam atrás. A vítima seguia no último carro.

Seguimento: transporte pela ambulância SBV Porto 2, para o HSJ, triagem - amarelo.

3ª activação

Horário: 17:15

Motivo: convulsão.

Identificação: sexo feminino, 69 anos.

Antecedentes pessoais: acidente vascular cerebral há cerca de 15 anos com hemiparésia esquerda sequelar, acamada.

Avaliação: vítima em convulsão, TA de 160/100 mmHg, pele sem alterações, ECG em ritmo sinusal.

Actuação: O2 15 l/m, acesso venoso 20G, diazepam 10+6 mg EV, Tiopental 25+25 mg EV.

Observações: à chegada, vítima em crise convulsiva com componente facial e hemicorpo de duração superior a 30 minutos. Familiar refere que a vítima sofreu queda em escadas há 3 dias, não tendo recorrido ao serviço de urgência.

Seguimento: transporte pela ambulância SBV Porto 2 para a sala de emergência do HGSA.

2.1.13 - VMER do Hospital de São João – 05/02/2011 – Turno manhã – Anexo XIV
--

1ª activação

Horário: 8:40

Motivo: convulsão.

Identificação: sexo feminino, 48 anos.

Antecedentes pessoais: doença de Addison, DM tipo 1, HTA.

Avaliação: à chegada, FR de 16 cpm, FC de 82 bpm, TA de 159/91 mmHg, glicemia capilar de 30 mg/dL, saturação arterial de oxigénio a ar ambiente de 96%, pele pálida, pupilas em midríase, Glasgow 6, ECG de 12 derivações em ritmo sinusal.

Após actuação, glicemia capilar de 113 mg/dL.

Actuação: acesso venoso 20G, glicose 30% 5x6 g EV.

Observações: à chegada, vítima inconsciente, caída ao lado da cama com movimentos tónico clónicos dos membros. Vítima já conhecida como tendo episódios frequentes de hipoglicemias severas. Após estabilização percebe-se que vítima não cumpre dosagens de medicação nem alimentação.

Seguimento: decisão médica de não transporte, uma vez que a vítima se encontrava estável e com supervisão de familiares.

2ª activação

Horário: 11:10

Motivo: hemorragia digestiva.

Identificação: sexo masculino, 78 anos.

Antecedentes pessoais: HTA, depressão.

Avaliação: FR de 14 cpm, FC de 63 bpm, TA de 95/53 mmHg, saturação arterial de oxigénio a ar ambiente de 99%, Glasgow 15, ECG de 12 derivações em ritmo sinusal. Auscultação pulmonar sem alterações.

Actuação: O2 15 l/m, acesso venoso 20G, Nacl 99% 500 ml EV (aquecido), aquecimento.

Observações: episódio de rectorragias abundantes a que se seguiu prostração. À chegada dos bombeiros, vítima prostrada, hipotensa e hipotérmica.

Seguimento: transporte pelos BV da Maia para o HSJ, sem acompanhamento médico.

3ª activação

Horário: 12:08

Motivo: prostração intensa.

Identificação: sexo feminino, 96 anos.

Antecedentes pessoais: Insuficiência cardíaca, múltiplos acidentes vasculares cerebrais, acamada, totalmente dependente para as actividades de vida diária.

Avaliação: FR de 25 cpm, FC de 60 bpm, TA de 70/40 mmHg, pele e pupilas sem alterações, Glasgow 3.

Seguimento: após conversa com filho e explicação do prognóstico da situação, este recusa transporte para o hospital.

4ª activação

Horário: 12:50

Motivo: PCR.

Identificação: sexo feminino, 84 anos.

Antecedentes pessoais: insuficiência cardíaca, HTA.

Avaliação: PCR, ECG de 12 derivações em assistolia.

Actuação: ECG de 12 derivações.

Resumo: à chegada vítima em PCR há cerca de 20 minutos. Não foram iniciadas manobras de SBV nem de SAV.

Seguimento: preenchimento da ficha de verificação do óbito e chamada da autoridade ao local por impossibilidade de contactar o médico assistente para assumir a certidão de óbito.

5ª activação

Horário: 13:30

Motivo: alteração no estado de consciência.

Identificação: sexo masculino, 62 anos.

Antecedentes pessoais: DM insulino tratada.

Avaliação: à chegada, agitação psicomotora. FR de 13 cpm, FC de 63 bpm, TA de 169/82 mmHg, pele com cianose, pupilas sem alterações, glicemia capilar de 26 mg/dl, Glasgow 3.

ECG de 12 derivações em ritmo sinusal.

Após actuação, glicemia capilar de 168 mg/dl e Glasgow de 15.

Actuação: Glicose 30% 3 ampolas EV, glicose 10% 500 ml EV.

Observações: após exercício físico, alteração do estado de consciência, com agitação psicomotora que motivou pedido de ajuda por parte dos populares que se encontravam no local. À chegada da equipa TAE da ambulância Maia 1, glicemia capilar de 26 mg/dL, sem capacidade para deglutir.

Seguimento: transporte pela ambulância Maia 1 para o HGSA, sem acompanhamento médico.

1ª activação

Horário: 14:59

Motivo: alteração no estado de consciência+dispneia.

Identificação: sexo feminino, 90 anos.

Antecedentes pessoais: HTA, acamada e totalmente dependente para as actividades de vida diária, síndrome demencial.

Avaliação: FR de 24 cpm, FC de 55 bpm, TA de 72/40 mmHg, temperatura auricular de 34,6 °C, pele pálida, glicemia capilar de 83 mg/dL, Glasgow 4, ECG de 12 derivações em ritmo sinusal.

Actuação: ECG de 12 derivações.

Observações: vítima acamada, com prostração e anúria nas últimas 24 horas. Terá iniciado há onze horas atrás quadro de dispneia com agravamento progressivo, motivo pelo qual foi pedido auxílio.

Seguimento: foi explicado o prognóstico da vítima ao familiar o qual recusou transporte hospitalar da vítima.

2ª activação

Horário: 15:55

Motivo: alteração no estado de consciência+hemiparésia.

Identificação: sexo feminino, 90 anos.

Antecedentes pessoais: fibrilhação auricular, hipotiroidismo, DM tipo 2, úlcera gástrica.

Avaliação: afasia, défices motores á direita, desvio da comissura labial e desvio conjugado do olhar para a esquerda. FR de 14 cpm, FC de 59 bpm, TA de 152/82 mmHg, Glasgow de 10.

ECG de 12 derivações com fibrilhação auricular.

Actuação: ECG de 12 derivações.

Observações: vítima com história de fibrilhação auricular, não hipocoagulada. Familiares referem que a doente se terá queixado de cefaleias, tendo posteriormente ficado afásica. História de hemorragia por úlcera gástrica em Janeiro de 2011 o que impossibilitou activação da via verde do AVC.

Seguimento: transporte pelos Bombeiros Voluntários de Leça para o Hospital Pedro Hispano, sem acompanhamento médico.

3ª activação

Horário: 18:20

Motivo: síncope.

Identificação: sexo masculino, 67 anos.

Antecedentes pessoais: hiperplasia benigna da próstata, insuficiência respiratória.

Avaliação: FR de 15 cpm, FC de 86 bpm, TA de 112/70 mmHg, glicemia capilar de 119 mg/dl, saturação arterial de oxigénio a ar ambiente de 93%, Glasgow 14, ECG de 12 derivações com bloqueio incompleto do ramo direito, ritmo sinusal.

Actuação: O2 4 l/m, ECG de 12 derivações.

Observações: vítima refere ter sentido tonturas e astenia com perda momentânea da consciência. Vários episódios passados semelhantes ao actual sem nunca ter realizado estudo para determinar a causa.

Seguimento: transporte pela ambulância dos BV de Valongo para o HSJ, sem acompanhamento médico.

4ª activação

Horário: 19:39

Motivo: dispneia.

Identificação: sexo masculino, 73 anos.

Antecedentes pessoais: doença pulmonar obstrutiva crónica, hipertensão pulmonar, tromboembolismo pulmonar, enfarte agudo do miocárdio.

Avaliação: vítima incapaz de pronunciar frases inteiras, com tiragem intercostal, pele suada.

À chegada, FR de 28 cpm, FC de 131 bpm, TA de 200/100 mmHg, glicemia capilar de 152 mg/dL, saturação arterial de oxigénio a ar ambiente de 70%, Glasgow 15, ECG de 12 derivações em ritmo sinusal. Auscultação pulmonar com sibilos inspiratórios bilaterais.

Após actuação, FR de 20 cpm, FC de 100 bpm.

Gasimetria do sangue arterial com pH de 7,35, PaO2 de 53 mmHg, PaCO2 de 36,7 mmHg, concentração de bicarbonato de 20,6 mEq/l.

Actuação: Gasimetria do sangue arterial, O2 6 l/m, acesso venoso. Brometo de ipratrópio 20 mg em nebulização, Salbutamol 0,25 mg em nebulização, Hidrocortisona 200 mg EV, soro fisiológico 0,9% 200 ml EV.

Observações: à chegada, vítima na casa de banho, com dispneia intensa iniciada ao defecar.

Seguimento: transporte na ambulância Porto 1 para o HGSA, triagem - laranja.

2.2 Análise das activações

O estágio terminou com um total de quarenta activações, ocorrendo sete na ambulância SBV Porto 2, cinco na ambulância SIV de Gondomar e vinte e oito na VMER do Hospital de São João.

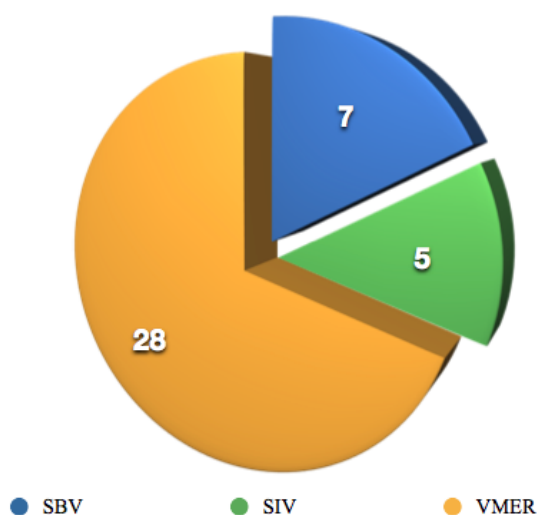


Gráfico 1 – Número de activações consoante o meio utilizado

Das quarenta activações a grande maioria foi devida a doença súbita, como se verifica no gráfico 2. Dentro deste grupo, oito das activações foram paragens cardio-respiratórias, das quais apenas uma foi revertida. Contudo, a percentagem de PCR revertidas é bastante inferior a estes 12,5% (1 PCR revertida em cada 8) obtidos durante o estágio. O registo nacional de PCR de 23 de Janeiro de 2007 a 22 de Janeiro de 2009, publicado no jornal o Público no dia 6 de Dezembro de 2009, contou com um universo de 1658 pessoas vítimas de PCR dos quais apenas 40 (cerca de 2%) chegaram ao hospital com sinais de vida (www.publico.pt). Para a maior taxa de sucesso nas reversões das PCR é de facto bastante relevante o reconhecimento imediato da gravidade da situação bem como a activação imediata do sistema de emergência através do número 112 permitindo deste modo a rápida chegada de ajuda diferenciada com possibilidade de SBV, desfibrilhação imediata, assim como de SAV (*in* Manual de Suporte Avançado de Vida, 2007). É de facto relevante salientar a importância de uma manobra bastante simples como o SBV, o qual ao possibilitar alguma manutenção da circulação e oxigenação até à chegada de ajuda permite um maior sucesso na recuperação e sobrevivência das vítimas de PCR (Lance, *et al*, 2007). Contudo, para se evitar danos irreversíveis as manobras de SBV devem ser iniciadas dentro de 4 minutos após a ocorrência de PCR, o que corrobora uma vez mais a importância do SBV precoce

por leigos já que muitas vezes não é possível a chegada ao local de ajuda diferenciada num intervalo de tempo tão curto (Eisenburger *et al*, 1999). Como nas PCR extra-hospitalares a desfibrilhação precoce, caso indicado, é fundamental e deverá ocorrer nos primeiros 3 minutos após a chamada para o 112, isto demonstra a importância do uso de desfibriladores automáticos externos em locais públicos, uma vez que este intervalo de tempo muitas vezes não é possível para a chegada ao local de um meio do INEM (*in* Manual de Suporte Avançado de Vida, 2007). Se a desfibrilhação ocorrer nos primeiros 5 a 7 minutos após a paragem, a taxa de sobrevivência é de 35-45% (www.americanheart.org).

À chegada ao local, todas as vítimas de PCR dos turnos de VMER encontravam-se em assistolia. Segundo as estatísticas da American Heart Association acerca das PCR em meio pré-hospitalar, na análise do ritmo inicial 20-38% das vítimas encontra-se em fibrilhação ventricular (www.americanheart.org). Contudo, se o ritmo fosse analisado no momento do colapso esse número seria bastante maior, podendo este facto talvez ser justificado devido a que quando a equipa de emergência chega ao local o ritmo já evoluiu para assistolia (Ring, *et al*, 2009).

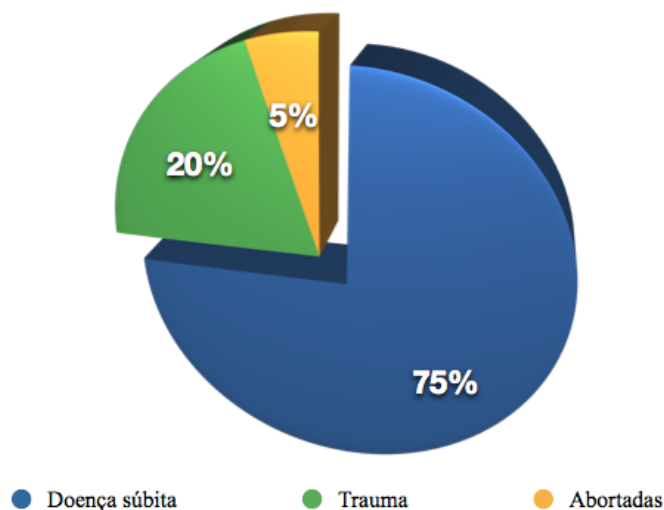


Gráfico 2 - Motivo da activação

Em relação às vítimas transportadas para o serviço de urgência, é importante salientar a distinção em relação à gravidade dos doentes perante o meio utilizado. Como se pode observar no gráfico 3, nas activações da VMER a grande maioria das vítimas foi triada com vermelho, seguindo todas para a sala de emergência. Em alguns casos, nos turnos de VMER o transporte hospitalar ocorreu sem acompanhamento médico, e nesses casos não foi possível saber a triagem, contudo a maioria desses episódios provavelmente terá sido triado com amarelo ou laranja. Em oposição

aos turnos de VMER, nos turnos de SBV e SIV a maioria das vítimas foi triada com amarelo, reflectindo assim as diferentes gravidades dos doentes de acordo com o meio utilizado. De referir ainda que todos os óbitos, total de seis, ocorreram durante os turnos de VMER.

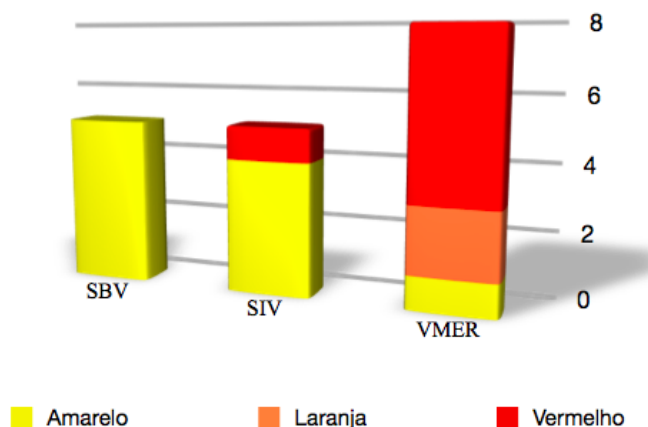


Gráfico 3 - Triagem de Manchester de acordo com o meio utilizado

Como se observa no gráfico 4, a faixa etária que mais frequentemente necessitou dos meios do INEM encontra-se acima dos 60 anos, podendo reflectir o aumento da prevalência de doença súbita em idades mais avançadas.

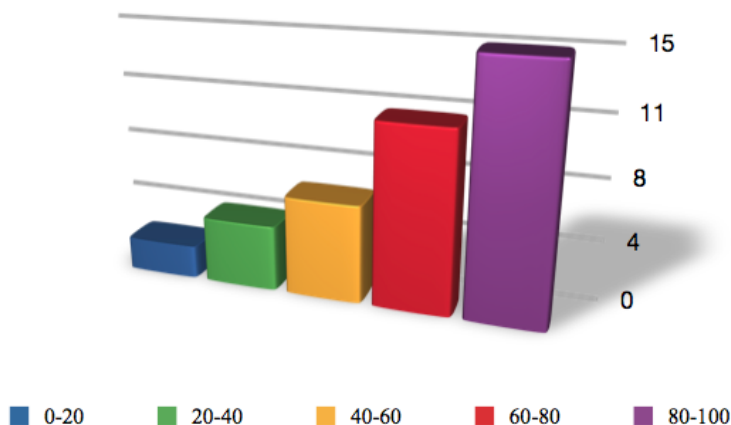


Gráfico 4 - Idade das vítimas

Quanto à distribuição pelo sexo, esta foi equivalente, sendo que em 47% das saídas foram para vítimas do sexo masculino e 53% para vítimas do sexo feminino, como mostra o gráfico 5.

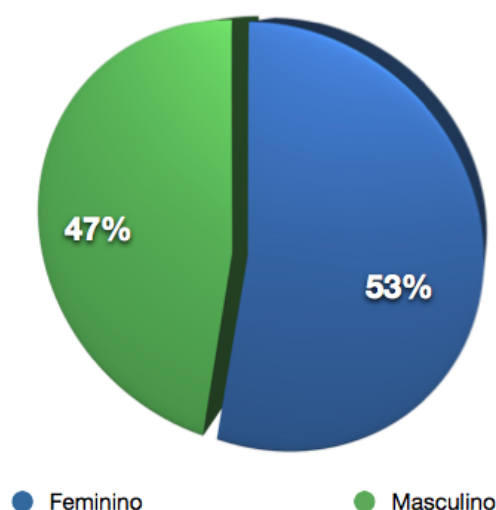


Gráfico 5 - Sexo das vítimas

Quanto à utilização de corredores integrados de urgência/emergência (vias verdes), apesar de nenhum ter sido activado, estes são de facto uma mais valia para a vítima ao permitir uma melhoria da acessibilidade e um tratamento mais eficaz, em situações onde o tempo é um factor fundamental, como no caso das vítimas de AVC e EAM. O seu sucesso depende do contacto através do 112 por parte da vítima, do diagnóstico na fase pré-hospitalar assim como do encaminhamento para os hospitais mais adequados por parte do INEM. (*in* Documento orientador sobre vias verdes do EAM e AVC, 2007). Apesar de na segunda activação do turno da tarde do dia 05/02/2011 da VMER do HSJ, a hipótese de diagnóstico muito provavelmente ser um AVC, a via verde do AVC não foi activada devido a ocorrência de episódio de úlcera gastrointestinal há menos de três meses, sendo uma contra-indicação geral para terapêutica fibrinolítica.

Em relação aos diferentes meios utilizados durante o estágio, o primeiro foi a ambulância SBV. Antes da primeira saída foi dado a conhecer o funcionamento e articulação entre os vários elementos do INEM, bem como o material a cargo de uma ambulância SBV. Foi também fornecida informação por parte dos TAE sobre o protocolo de SBV, o funcionamento do DAE, bem como todos os procedimentos básicos rotineiros por parte dos tripulantes de uma ambulância de SBV como medição de sinais vitais, pesquisa de glicemia capilar e transporte de vítimas.

O estágio na ambulância SIV, permitiu o conhecimento de um meio intermédio entre a ambulância SBV e a VMER. Ao possuir um enfermeiro na equipa já é possível a administração

de alguns fármacos EV, pedindo contudo autorização ao médico do CODU para tal procedimento. Nos casos em que não há VMER disponível ou em que a VMER possa demorar mais tempo a chegar ao local, este meio permite uma correcta estabilização de doentes que necessitem de cuidados mais diferenciados que os doentes a cargo das ambulâncias de SBV. Na primeira activação do turno de SIV de Gondomar do dia 20/12/2010, em que a VMER se encontrava indisponível, a SIV funcionou quase como uma VMER, tendo administrado alguns fármacos que numa ambulância SBV não seria possível.

No estágio de VMER, a activação mais marcante foi a PCR revertida na segunda activação do turno de VMER na manhã do dia 30/01/2011. Esta activação possibilitou a observação em tempo real do algoritmo de SAV, salientando a importância de todo o trabalho de equipa bem como a destreza necessária para aplicar de forma rápida e automática os conhecimentos médicos à vítima, no menor intervalo de tempo possível, e com completa abstracção de um ambiente envolvente bastante agitado, com constante pressão psicológica por parte dos familiares. De facto com a correcta e rápida utilização de vários elos da cadeia de sobrevivência bem como através de um notável trabalho de equipa foi possível salvar uma vida que de outro modo muito provavelmente evoluiria para o óbito.

A propósito da interacção entre os diferentes meios do SIEM, esta esteve sempre presente durante todo o estágio. Na maioria das activações da VMER outro meio era chamado ao local para auxílio da equipa bem como para o transporte da vítima, nomeadamente ambulâncias SBV, ambulâncias SIV, ambulâncias dos bombeiros e ambulâncias da cruz vermelha. A PSP, foi chamada ao local no caso de óbitos em que não foi possível o contacto com o médico de família bem como em situações de acidente de viação. Em diversas activações, à chegada da VMER ao local, os TAE ou BV já se encontravam no local a auxiliar a vítima, nomeadamente em algumas situações a realizar manobras de SBV. De facto a organização de todo o SIEM desde o telefonema até à chegada do meio ao local, bem como depois através do transporte até ao hospital é bastante notável, sendo que só através desta organização se torna possível a correcta prestação de cuidados ao doente urgente/emergente.

Durante o estágio foi também possível a observação do stress a que os profissionais de emergência médica pré-hospitalar estão sujeitos. Mal ocorre uma activação, o stress começa logo na viagem, em que a adrenalina e os perigos da condução em marcha de emergência são constantes, resultado por vezes em acidentes de viação, como no caso da primeira activação do turno de manhã do dia 30/11/2010 da VMER do HSJ. Já no local, a actuação é muitas vezes uma

corrida contra o tempo e a decisão tomada pode decidir entre a vida e a morte da vítima, sendo todo este ambiente agravado pelas frequentes situações de pressão por parte dos familiares e espectadores. Acrescido ao facto de lidar com situações em que a morte é frequente e em que o desgaste físico e mental fazem parte da rotina, não é de admirar que a área de emergência pré-hospitalar se encontre em primeiro lugar na lista das profissões com maiores índices de stress (Dália, *et al*, 2007).

Por fim, outro aspecto relevante é a má utilização do número 112. Em algumas activações o motivo da chamada não se encontrava correcto, tendo os meios INEM sido utilizado como simples meios de transporte. Um exemplo é a segunda activação do turno da tarde do dia 01/02/2011 de VMER do HSJ, em que a informação prestada por parte de quem utilizou o número 112 não se encontrava de acordo com os verdadeiros sintomas do doente, tendo a VMER sido requisitada para uma activação que não se justificava. Outro problema ainda referente ao 112 é a elevada quantidade de chamadas falsas. De acordo com a publicação do dia 02/12/2010 do Jornal de Notícias, cerca de 70% dos telefonemas para o 112 são falsos ou então pessoas que exageram os sintomas para conseguirem uma ambulância gratuita (www.jn.pt). Este tipo de obstáculos, podem dificultar seriamente o trabalho dos profissionais do INEM, podendo resultar em situações dramáticas.

3. CONCLUSÕES

No final do estágio, os objectivos podem considerar-se alcançados. Assim sendo, o estágio no INEM permitiu aprofundar um conhecimento até à data bastante escasso, no âmbito da emergência médica a nível pré-hospitalar. De facto, o que decorre no pré-hospitalar, desde que o doente tem o primeiro sintoma até à chegada ao hospital, é uma realidade bastante diferente da do dia-a-dia nas enfermarias hospitalares. Através deste estágio, foi, sem dúvida possível observar isso mesmo e adquirir um conhecimento mais alargado dessa mesma realidade.

Os vários protocolos aplicados em diferentes activações permitiram ainda uma aquisição de novos conhecimentos, bem como algumas noções importantes de como reagir face a situações diversas, revelando-se bastante enriquecedor quer a nível pessoal, quer profissional.

Para finalizar, a realização deste relatório de estágio foi de facto um privilégio, permitindo expandir o horizonte do mundo que é a medicina e que, até então, se encontrava limitado à sua vertente hospitalar, estimulando ainda mais o interesse por um futuro relacionado com a emergência médica pré-hospitalar.

4. BIBLIOGRAFIA

Dália M, Figueiras MJ. A perturbação pós-stress traumático nos socorristas de emergência pré-hospitalar: influência do sentido interno de coerência e da personalidade. *Psicologia, saúde e doenças*, 2007, 8 (1), 95-108.

Eisenburger, P, Safar, P. Life supporting first aid training of the public—review and recommendations. *Resuscitation* 41 (1999) 3-18.

Lance B, Robert A, Paul E, et al. A Reappraisal of Mouth-to-Mouth Ventilation During Bystander-Initiated Cardiopulmonary Resuscitation. 1997.

Ring M, Herlitz J, Hollenberg J, Rosenqvist M, Svensson L. Out of hospital cardiac arrest outside home in Sweden, change in characteristics, outcome and availability for public access defibrillation. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2009, 17:18.

Versão portuguesa das recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council da responsabilidade do Conselho Português de Ressuscitação.

Alto comissariado da Saúde. Documento orientador sobre vias verdes do enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. 2007.

INEM. Manual de Suporte Avançado de Vida. 2007.

Diário da república, 1ª série, nº 103. Decreto de lei nº 220, 29 de Maio de 2007.

FONTES ELECTRÓNICAS:

American Heart Association, consultado em 22/04/2011, disponível em [www <url: http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4481>](http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4481),
<url: <http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1136822850501OutofHosCA06.pdf>>.

INEM online, consultado em 09/04/2011, disponível em www <url: <http://www.inem.pt>>, < http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28164> < http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28186> < http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28175> < http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27933> < http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27944> < http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27955> < http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27966> < http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27977> < http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27922> < http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27999> < http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28021>.

Jornal de Notícias, consultado em 22/04/2011, disponível em www <url: http://www.jn.pt/PaginaInicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=1492787&page=-1>.

Jornal O Público, consultado em 22/04/2011, disponível em www <url: http://www.publico.pt/Sociedade/so-dois-por-cento-de-vitimas-de-paragem-cardiorespiratoria-chegam-vivas-ao-hospital_1412808>.

5. ANEXOS

Anexo I

Data: __/__/__

Meio: _____

Horário da activação: ____:____

Motivo da chamada: _____

Local: _____

Identificação: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Sinais e sintomas: _____

Antecedentes pessoais: _____

Hábitos farmacológicos: _____

Observação do doente: FR _____, Pulso _____, TA ____/____, T° _____,
pele _____, pupilas _____, glicemia _____, SaO2 _____,
estado de consciência _____.

Actuação: _____

Transporte: _____ Destino: _____ Triagem: _____

Resumo: _____

Observações: _____



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Rui Manuel de Almeida Ramos

OBJECTIVOS: Relatório de estágio no INEM no âmbito de tese de estrutura

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Pacheco

Data: 23/11/2014 Turno: Manhã Tarde Meio: SBV Posto 2

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

Assinaturas: O Estagiário Rui Ramos

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo *[Handwritten Signature]*

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- 09:44 → síncopa
- 11:29 → melancolia

O estagiário mostrou-se interessado e motivado, sendo disponível para todas as tarefas. Demonstrou excelente trabalho de equipa e aplicação prática dos conhecimentos técnicos.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Rui Manuel de Almeida Ramos

OBJECTIVOS: Relatório de estágio no INEM no âmbito de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Pacheco

Data: 23/11/2024 Turno: Manhã Tarde Meio: SBV Ponte 2

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

Assinaturas: O Estagiário Rui Ramos

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo: *[Signature]*

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- 14:39 → queda
 - 15:25 → atropelamento
 - 16:37 → queda
 - 17:17 → síncope
 - 18:48 → acidente de viação

Mantém postura extremamente profissional, mostrada a vontade e com as tarefas e excelente relação com o doente e equipa de TAE's.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Rui Ramal de Almeida Ramos

OBJECTIVOS: Estágio Relatório de estágio no âmbito de tese de Restabelecimento

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Pacheco

Data: 30/11/2010 Turno: Manhã Tarde Meio: V.P.E.R.

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

Assinaturas: O Estagiário Rui Ramos

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- 10:09 → obr torácica (abortada)
 - 13:35 → alteração no estado de consciência

Demons-trar interesse e ser integrado no trabalho executado por esta VMEI.
 João Diogo J. Silva
 45257



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Rui Daniel de Almeida Ramos

OBJECTIVOS: Relatório de estágio no âmbito de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Pacheco

Data: 30/11/2019 Turno: Manhã Tarde Meio: V.D.E.R.

Nº DE ACTIVAÇÕES: 01 Doença Súbita: 01 Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Rui Ramos

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo *[Signature]*

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- 19:54 -> peri-paragem cardio-respiratória

Manifestou interesse nas actividades
específicas e bom relacionamento
com a equipa.

[Signature]
04/12/19



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Rui Manuel de Almeida Ramos

OBJECTIVOS: Relatório de estágio no âmbito de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Pacheco

Data: 1/12/2010 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV Gombomem

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

Assinaturas: O Estagiário Rui Ramos

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Eng. Daniel G.P.

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

-14:40 → acidente de viação

Apresentação do meio SIV de me forme de activação. Realização de check-list de ambulância e de necessidades de coordenação com exploração do material pertencente à respectiva central. Tivemos 1 saída, onde o estagiário colaborou na imobilização da vítima de trauma. O estagiário demonstrou uma postura de interesse revelando muito gosto pelo ambiente pré-hospitalar e ambiente emergente.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Rui Manuel de Almeida Ramos

OBJECTIVOS: Relatório de estágio no âmbito de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Pacheco

Data: 20/12/2010 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV GDM

Nº DE ACTIVAÇÕES: 4 Doença Súbita: 2 Trauma: 2 Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Rui Ramos

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Verónica Martins

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

- 08:36 → alteração no estado de consciência
 - 11:05 → queda
 - 12:49 → hemorragia por clava varicosa.
 - 14:24 → queda

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

→ Apresenta bom Espírito de
 equipe. _____
 → participou activamente nas
 saídas. _____
 → colaborou na check list
 e funções logísticas. _____
 _____ VAM



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Rui Manuel Azeite Ramos

OBJECTIVOS: Realizar base médica

Coordenador do Estágio: Henrique Rebelo

Data: 2011/01/20 Turno: Manhã Tarde Meio: VITER S. João

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

Assinaturas: O Estagiário Rui Ramos

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Cláudia Almeida (43378)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- 11:07 → PCR
- 13:10 → PCR

O presente estágio cumprimos os objetivos a que se propôs:

- trabalho de equipe em emergências médicas
- familiarização com os protocolos de VITER
- aquisição prática de conhecimentos técnicos

Cláudia Almeida (43378)



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Rui Manuel Almeida Ramos

OBJECTIVOS: Realizar testes médicos

Coordenador do Estágio: Américo Almeida

Data: 2011/01/30 Turno: Manhã Tarde Meio: UTER S-60

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

Assinaturas: O Estagiário Rui Ramos
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Américo Almeida (43378)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

- 14:55 → dispneia
- 16:26 → PCR
- 18:19 → alterações de comportamento

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- O estagiário cumpriu os objectivos a que se propôs:
- trabalho de equipa em emergência médica
 - familiarização c/ os protocolos de actuação de UTER
 - obtenção prática de conhecimentos teóricos

Américo Almeida (43378)



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Rui Manuel de Almeida Ramos

OBJECTIVOS: Relatório do estágio no âmbito de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Pacheco

Data: 01/02/11 Turno: Manhã Tarde Meio: VMER S-JOÃO

Nº DE ACTIVAÇÕES: 03 Doença Súbita: 03 Trauma: — Outras: — Abortadas: —

Assinaturas: O Estagiário Rui Ramos
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Alexandra Baptista

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- 08:59 → hipoglicemia
 - 11:07 → crise convulsiva
 - 13:45 → PCR

O Rui demonstrou muito interesse e participou activamente em todos os aspectos inerentes a um turno de VMER.

01/02/11

 40907



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Rui Manuel de Almeida Ramos

OBJECTIVOS: Relatório de estágio no âmbito de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Pacheco

Data: 01/02/2011 Turno: Manhã Tarde Meio: VNER S. João

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

Assinaturas: O Estagiário Rui Ramos

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

estágio hipotético
 - 15:03 → PCR
 - 16:30 → bloqueio AV 2º grau Mobitz II +
 taquicardias + dor torácica

O Rui demonstrou muito interesse e participou activamente em todos os aspectos inerentes a um turno de VNER

01/02/2011

[Handwritten Signature]
 40907



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Rui Manuel de Almeida Ramos

OBJECTIVOS: Relatório de estágio no âmbito de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Dachech

Data: 2/2/2011 Turno: Manhã Tarde Meio: VITER. S. João

Nº DE ACTIVACÕES: 3 Doença Súbita: 2 Trauma: Outras: Abortadas: 1

Assinaturas: O Estagiário Rui Ramos

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo António de Sousa Gomes de Aboim

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- 10:37 → hipotermia + esteira
 - 13:14 → lipotimia
 - 13:40 → PCR

Junta se interessado e elabora no trabalho de equip.
 Boa demonstrar de Emergência em Hospitalar
 António



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Rui Manuel de Almeida Ramos

OBJECTIVOS: Relatório de estágio no âmbito de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Da Chacha

Data: 2 / 2 / 2011 Turno: Manhã Tarde Meio: V.I.E.R. S. João

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

Assinaturas: O Estagiário Rui Ramos

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Maria de Fátima Afonso de Abreu

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- 14:07 -> PCR
 - 15:38 -> acidente de viação
 - 17:15 -> convulsão

Boa integração no trabalho da equipa.

[Signature]



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Rui Manuel de Almeida Ramos

OBJECTIVOS: Relatório de estágio no âmbito de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Pacheco

Data: 5/2/2017 Turno: Manhã Tarde Meio: VMEB

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

Assinaturas: O Estagiário Rui Ramos

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo João Diogo TAPA

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- 08:40 - convulsão
 - 11:10 - hemorragia digestiva
 - 12:08 - prostração intensa
 - 12:50 - PCR
 - 13:30 - alteração no estado de consciência

Bom sentido clínico, interesse e estabelecimento de trabalho realizado pela VMEB. Integrou no espírito de equipa.

João Diogo T. Tapa
 4545



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Rui Manuel de Almeida Ramos

OBJECTIVOS: Relatório de estágio no âmbito de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Pacheco

Data: 5/12/2011 Turno: Manhã Tarde Meio: VMEB

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

Assinaturas: O Estagiário Rui Ramos
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Dr. Diogo Maia

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

-14:59 -> alteração no estado de consciência + dispneia

-15:55 -> alteração no estado de consciência + hupiraxia

-18:20 -> síncope

-19:39 -> dispneia

Revela boa integração na equipa médica da VMEB. Interesse pelo trabalho efectuado. Conhecimentos teóricos sobre a estrutura e boa colaboração. Bom relacionamento com os doentes.

Dr. Diogo Maia
45253