

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

**“MOMENTO DECISIVO:
UMA VISÃO SOBRE A EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR EM
PORTUGAL”**

Maria Miguel Sá Tavares Lopes

Orientador:

Dr. Humberto José Silva Machado

Co-orientador:

Dr. Luís Alberto Rodrigues Alves Meira

2011/2012

Abstract

In Portugal the pre-hospital emergency services are assured by the Integrated System of Medical Emergency, which is a set of entities that work together in order to offer the best possible assistance to the victims either of accident or natural illness.

They rely upon several available services and means which are activated by a central (CODU) responsible for the triage and assessment of the phone calls, as well as sending the suitable rescue means, accompanying the rescue teams in the field and hospital contact.

On this performing area the goal is to rescue the victim, stabilize and transport it to a differentiated rescue service, as quickly as possible, assuring the safety conditions for the rescue members and the victim.

On these eighty-four hours of training practice I chose to go through all services and means which were available for me, namely basic life support unit, advanced life support unit, emergency and resuscitation medical vehicle and urgent patients' guidance central, since I consider important not only to comprehend how each of the pre- hospital services work individually but also how they work as a whole. I took part in rescuing both in trauma and sudden illness situations, at the victims' homes and on the streets.

I believe that all the people involved in the victims' rescuing assistance should know exactly all the chain that culminates at the hospital services. This was a memorable experience that allowed me to broaden my knowledge and attitude.

Resumo

Em Portugal os serviços de emergência pré-hospitalar são assegurados pelo Sistema Integrado de Emergência Médica, que é um conjunto de entidades que cooperam com o objetivo de prestar a melhor assistência possível a vítimas de acidente ou doença natural.

Contam com vários serviços e meios ao seu dispor que são ativados por uma central (CODU) responsável pela triagem e avaliação das chamadas telefónicas, com a respetiva seleção e envio dos meios de socorro adequados, acompanhamento das equipas de socorro no terreno e pelo contato com o hospital.

Nesta área de atuação o objetivo é de socorrer a vítima, estabilizá-la e transportá-la para um serviço de socorro diferenciado o mais rapidamente possível, assegurando sempre as condições de segurança quer para os socorristas quer para a própria vítima.

Nestas oitenta e quatro horas de estágio optei por percorrer todos os serviços e meios que foram colocados à disposição, nomeadamente ambulâncias de suporte básico de vida, ambulâncias de suporte imediato de vida, viatura médica de emergência e reanimação e central de orientação de doentes urgentes, uma vez que era para mim importante perceber não só cada uma destas vertentes do serviço pré-hospitalar individualmente mas o seu funcionamento enquanto um todo. Participei no socorro em situações de trauma e doença súbita, no domicílio e na via pública.

Acredito que é dever de todos os envolvidos na prestação de socorro a vítimas saber exatamente toda a cadeia que culmina nos serviços hospitalares. Este foi para mim, uma experiência memorável que me permitiu expandir conhecimentos e atitudes.

Agradecimentos

As minhas primeiras palavras de agradecimento não poderiam deixar de se destinar ao meu tutor, Dr. Humberto Machado e ao meu co-tutor Dr. Luís Meira, por terem aceite apoiar-me nesta tese, pelo seu empenho e dedicação.

A todos os profissionais do INEM, desde médicos a enfermeiros, TAE e operadores do CODU o meu obrigado, por me deixarem aprender convosco e perceber a importância do trabalho que fazem todos os dias anonimamente.

Aos pacientes que encontrei durante este estágio que, mesmo involuntariamente, tanto me ensinaram.

Uma lembrança à D. Anabela Moreira, gestora de formação do Conselho Português de Ressuscitação (CPR) pelos esclarecimentos prestados.

Por fim, à minha família, amigos e ao Miguel por tudo o apoio durante este curso. Sem vocês, não teria sido verdadeiramente possível!

Lista de Abreviaturas

AAS – ácido acetilsalicílico

ACP – Auscultação cardio-pulmonar

AHA – American Heart Association

AP – Auscultação pulmonar

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BAV – Bloqueio auriculo-ventricular

BPM – batimentos por minuto

CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CCO – Consciente, colaborante e orientado

CIAV – Centro de Informação Anti-Venenos

CIPSE – Centro de Intervenção e Planeamento para Situações de Exceção

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPM – ciclos por minuto

CPR – Conselho Português de Ressuscitação

DAE – Desfibrilhadores Automáticos Externos

DM – Diabetes Mellitus

DNI – Dinitrato de Isossorbida

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Electrocardiograma

EV – endovenoso

FiO₂ – fração inspirada de oxigénio

FC – frequência cardíaca

FR – frequência respiratória

FV – Fibrilhação Ventricular

GEM – Gabinete de Emergência Médica

HBP – Hiperplasia Benigna da Próstata

HPH – Hospital de Pedro Hispano
HSA – Hospital de Santo António
HSJ – Hospital de São João
HSS – Hospital de São Sebastião
HTA – Hipertensão Arterial
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva
IRC – Insuficiência Renal Crónica
MIE – Membro inferior esquerdo
NaCl – cloreto de sódio
OVA – Obstrução da Via Aérea
PA – Pressão Arterial
PCR – Paragem Cardio-Respiratória
PMA – Posto Médico Avançado
PSP – Polícia de Segurança Pública
SAOS – Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SCA – Síndrome Coronária Aguda
SHEM – Serviço de Helicópteros de Emergência Médica
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV – Suporte Imediato de Vida
SL - sublingual
SNA – Serviço Nacional de Ambulâncias
SpO2 – Saturação de hemoglobina medida por oximetria de pulso
TAE – Técnicos de Ambulância de Emergência
TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico
TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TOTE – Técnicos Operadores de Telecomunicações de Emergência

UMIPE – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VIC – Viatura de Intervenção em Catástrofe

VO – via oral

Índice

I. Introdução	1
II. Revisão Bibliográfica	2
1. Resenha Histórica	2
2. Serviços do INEM	3
3. Meios do INEM	3
4. Cadeia de Sobrevivência	4
5. Importância do SBV na Comunidade	5
6. Abordagem à vítima	6
III. Metodologia	7
IV. Resultados	8
V. Discussão	27
VI. Conclusão	29
VII. Bibliografia/ Referências Bibliográficas	30
VIII. Anexos	31

I - Introdução

A Unidade Curricular Dissertação/ Tese de Mestrado surge no final do curso e apresentou-se, como uma oportunidade de excelência para aprofundar não só conhecimentos teóricos, mas também capacidades práticas que me dotassem para esta nova fase da minha vida profissional que se avizinha, daí a escolha por um Relatório de Estágio.

A escolha da Medicina Pré-hospitalar partiu de um interesse já antigo e que me levou a realizar a título pessoal quatro estágios de observação no INEM durante os dois anos transatos.

Optei assim por realizar um Estágio de Observação cujo tema é **“Momento Decisivo: Uma visão sobre a Medicina Pré-hospitalar em Portugal”**. A escolha deste título recaiu na terminologia fotográfica onde o “momento decisivo” é aquele segundo onde a fotografia se define em si mesma, penso que não poderá haver melhor definição que esta para a fase em que qualquer aluno na reta final do seu curso se encontra e para o momento de profundas mudanças que o SIEM em Portugal atravessa.

Esta foi assim a oportunidade perfeita para aprofundar os meus conhecimentos teóricos sobre esta temática bem como, colmatar o que julgo ser uma falha na formação pré-graduada de um estudante de medicina que acaba o curso incapaz de saber atuar numa situação de emergência.

Este relatório encontra-se assim organizado em duas partes distintas. Uma primeira mais teórica onde se faz uma revisão bibliográfica deste tema e uma segunda onde se encontra a Metodologia utilizada, se apresentam os Resultados, Discussão e Conclusões de tudo o que foi observado durante a realização deste estágio.

II - Revisão Bibliográfica

1. Resenha histórica

Historicamente, a primeira referência nesta área surge no século XV com a criação de um grupo do Imperador Mauricius que transportava feridos.

O primeiro relato de um verdadeiro atendimento pré-hospitalar ocorreu em 1792, pelo Barão Dominique-Jean Larrey (1766-1842), cirurgião e chefe militar de Napoleão, que praticava os cuidados iniciais aos pacientes vitimados nas guerras, no campo de batalha. ⁽¹⁾

Surgiram ao longo da história diferentes modelos de sistemas de assistência pré-hospitalar. Alguns em moldes muito diferentes dos praticados atualmente no nosso país.

Dois modelos destacaram-se sendo considerados assim os mais importantes. Um, Anglo-Saxónico, “Scoop and Run” e um Franco-Germânico “Stay and Play”.⁽²⁾ Enquanto o primeiro consiste numa rápida estabilização no local, tendo como principal objetivo o rápido transporte até ao serviço de atendimento mais próximo, o segundo surgiu após se tornar evidente que muitos doentes morriam durante o transporte, apostando mais, numa melhor estabilização do doente antes do transporte. Mais recentemente surgiu um terceiro modelo que tenta conjugar as vantagens dos dois métodos anteriores, é o designado “Play and Run” que foi adotado por muitos países nomeadamente, Portugal. ⁽²⁾

Em Portugal, em 1971 foi criado o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA) e em 1980 surgiu o Gabinete de Emergência Médica (GEM) que daria origem posteriormente ao atual SIEM, que é um conjunto de entidades que cooperam com o objetivo de prestar a melhor assistência possível a vítimas de acidente ou doença natural. O INEM surgiu mais tarde, em 1981, sendo dados como extintos o SNA e o GEM. Este é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, do SIEM.

Quando se liga 112 - o Número Europeu de Emergência, a chamada é atendida pela PSP, nas centrais de emergência. Sempre que o motivo da chamada esteja relacionado com saúde, a mesma é reencaminhada para o CODU.

Atualmente, e desde 2007, o CODU - responsável pela triagem e avaliação das chamadas telefónicas, com a respetiva seleção e envio dos meios de socorro adequados, acompanhamento das equipas de socorro no terreno e pelo contacto com o hospital - cobre todo o território de Portugal Continental. O seu funcionamento é assegurado por profissionais com formação específica – médicos e técnicos.

O SIEM rege-se por seis fases, representadas classicamente pela Estrela da Vida.



Figura 1 – Estrela da Vida com diversas fases do SIEM

2. Serviços do INEM (ver anexo I)

2.1 CODU

2.2 CODU-Mar

2.3 Centro de Informação anti-veneno (CIAV)

2.4 Transporte de Recém-nascidos de alto risco

2.5 Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CACIP)

2.6 Centro de Intervenção e Planeamento para Situações de Exceção (CIPSE)

3. Meios do INEM (ver anexo II)

3.1. Motas

3.2. Ambulâncias Suporte Básico de Vida (SBV)

3.3. Ambulâncias Suporte Imediato de Vida (SIV)

3.4. Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)

3.5. Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM)

3.6. Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE)

3.7. Viatura de Intervenção em catástrofe (VIC)

3.8. Hospital de Campanha

4. Cadeia de Sobrevivência

A cadeia de sobrevivência descreve um conjunto de atitudes (elos) que se interligam para, em conjunto, alterarem o desfecho que uma paragem cardiorrespiratória (PCR).

Segundo as diretrizes da AHA (de 2010) existem atualmente 5 elos:

- 1) Pronto reconhecimento da PCR e acesso precoce ao SIEM (112)
- 2) Início precoce de Suporte Básico de Vida (SBV)
- 3) Desfibrilhação precoce
- 4) SAV precoce
- 5) Cuidados pós-PCR integrados



Figura 2 – Cadeia de sobrevivência com os seus diferentes elos

O primeiro elo é de vital importância. O reconhecimento de uma situação de PCR é o ponto de partida de toda a cadeia e pode ter de ser realizado por cada cidadão. A percepção que este gesto pode e salva vidas deve ser inculcada em todos como parte da formação cívica.

O início imediato de SBV permite duplicar ou triplicar a probabilidade de sobrevivência na PCR por FV. ⁽³⁾ Isto só se consegue se quem presencia a ocorrência souber realizar estas manobras.

Estes dois primeiros elos da cadeia de sobrevivência serão debatidos em maior pormenor de seguida.

Sabendo-se que *“por cada minuto de atraso na desfibrilhação a probabilidade de sobrevivência, à data da alta hospitalar, reduz-se em 10%–12%”*. ⁽³⁾ A desfibrilhação precoce tem sido um dos elos mais trabalhados em larga escala nos últimos anos. Programas de integração de Desfibrilhação Automática Externa (DAE) em espaços públicos tiveram início em 2009 e atualmente estes aparelhos estão presentes na maioria dos centros comerciais e também em todos os meios do INEM.

O SAV permite melhorar as expectativas de sobrevivência atuando ao nível da ventilação e da circulação. Tem o seu início no atendimento pré-hospitalar e continua-se no intra-hospitalar.

O último elo, mais recente, surgiu do reconhecimento progressivo da importância dos tratamentos na fase pós-PCR.

5. Importância do SBV na comunidade

Durante os meus estágios de observação na VMER, durante 2009 e 2010, presenciei várias situações de PCR onde muito pouco houve a fazer quando chegamos ao local, porque apesar do primeiro elo da cadeia de sobrevivência ter funcionado, quem se deparou com a ocorrência não sabia realizar SBV. Este foi o motivo que me levou a querer procurar saber um pouco mais sobre este tipo de programas e a sua aplicação prática na população em geral.

Em primeiro lugar parece-me oportuno esclarecer a designação de SBV: *“O Suporte Básico de Vida é um conjunto de procedimentos bem definidos e com metodologias padronizadas, que tem como objetivo reconhecer as situações de perigo de vida iminente, saber como e quando pedir ajuda e saber iniciar de imediato, sem recurso a qualquer dispositivo, manobras que contribuam para a preservação da ventilação e da circulação de modo a manter a vítima viável até que possa ser instituído o tratamento médico adequado e, eventualmente, se restabeleça o normal funcionamento respiratório e cardíaco.”*⁽⁴⁾

Nos países ocidentais a maioria das mortes ocorre por doença cardiovascular e *“A probabilidade de sobrevivência e recuperação nestas situações (PCR) depende da capacidade de quem presencia o acontecimento saber quando e como pedir ajuda, e iniciar de imediato SBV.”*⁽⁴⁾

Menos de 1% da população em geral sabe realizar manobras de suporte em caso de situação de colapso.⁽⁵⁾

Após realizar uma revisão de alguns artigos sobre este tema pude perceber que este é um tema debatido desde há muitos anos havendo já registos desde 1960 com um dos projetos pioneiros nesta área, *“Life-supporting First Aid”*, desenvolvido por Safar e Laerdal que pretendia criar um programa de ensino e treino de pessoas leigas nas primeiras ações a realizar em caso de presenciarem um colapso.⁽⁶⁾

Sendo que a importância deste problema é de tão longa data reconhecido, muito ainda há a fazer no sentido de melhorar este elo.

Atualmente está também reconhecido que o método para o ensino de SBV à população com o melhor rácio de custo-efetividade é o ensino de criança, existindo por tal um maior conjunto de descrições sobre esta população alvo, sendo até defendido que a aquisição destas competências deve ser considerado como parte do currículo escolar das crianças.⁽⁶⁾

Apesar de todos estes estudos serem promissores e mostrarem a utilidade do ensino de SBV, nomeadamente a crianças, todos eles citam ainda a importância da necessidade de cursos de atualização, uma vez que estas aptidões motoras tendem a declinar com o passar do tempo. ⁽⁷⁾

Um projeto de âmbito nacional foi recentemente lançado com o objetivo de divulgar a importância da cadeia de sobrevivência, enfatizando o ensino público do SBV, a campanha “Salvar Vidas”.

Este projeto organizado pelo Conselho Português de Ressuscitação (CPR), parte da evidência que a cadeia de sobrevivência não é do conhecimento de todos e que as práticas de emergência são da responsabilidade de um grupo restrito de pessoas, a classe dos profissionais de saúde em geral.

Os objetivos são de através de *spots* publicitários na televisão e rádios, roadshows por todo o país, organização de ações de formação para grandes grupos (*mass training*), incentivo à promoção empresarial de formação em SBV para os seus funcionários e ainda por formação em escolas, divulgar esta causa e criar uma onda de consciencialização para esta problemática.

6. Abordagem à vítima

6.1 Abordagem geral à vítima

A ativação dos meios de emergência ocorre em várias situações que podem ser agrupadas em dois grandes grupos, a doença súbita e o trauma.

A avaliação do local da ocorrência, nomeadamente a segurança, e a recolha de informação sobre a mesma deve ser o primeiro passo seguido de perto pelo exame objetivo da vítima e a avaliação primária (ABCDE). (ver anexo III)

6.2 Avaliação primária

Segue um padrão mnemónico: **A**irway (via aérea), **B**reathing (ventilação), **C**irculation (circulação), **D**isability (disfunção neurológica), **E**xposure (exposição). (ver anexo IV)

6.3 Necessidade de Apoio Médico

Viaturas menos diferenciadas, nomeadamente ambulâncias SBV e SIV têm situações em que devem solicitar apoio de uma VMER (ver anexo V)

III - Metodologia

Realização de Estágios de Observação em meios e serviços disponibilizados pelo INEM, nomeadamente em ambulâncias SBV na cidade do Porto, ambulância SIV na cidade de Gondomar, nas VMER do São João (cidade do Porto) e VMER Feira (cidade de Santa Maria da Feira) e no CODU na delegação Norte.

Participação no máximo de turnos permitidos, oito turnos de seis horas, num total de quarenta e oito horas, nas VMER S. João e Feira. Realização de dois turnos de seis horas, num total de doze horas na SIV Gondomar, três turnos de seis horas na ambulância SBV Porto-1, num turno de seis horas no CODU Norte. Realização de um total de oitenta e quatro horas de estágio, tendo tido ativações em todos os meios e serviços presentes.

IV - Resultados

TURNOS VMER

- 1º Turno – VMER S. João

- Inoperacionais (8h-8,30h).

- **1ª saída** (ativação às 09.02h)

CODU: Acidente de viação. Embate frontal entre dois veículos ligeiros. Duas vítimas, estando uma encarcerada.

Ocorrência: Zona industrial. Valongo.

Chegada: 09.17h

À chegada as duas vítimas já se encontravam nas ambulâncias dos bombeiros.

- 1ª vítima: Feminino, 44 anos. Condutora, conduzia com cinto de segurança. Queixava-se de dor na face anterior do tórax, flanco esquerdo e membro superior direito. Negou perda de consciência.

Antecedentes de gastrite crónica, não medicada.

Consciente, colaborante e orientada (CCO). Escala de Coma de Glasgow (ECG) 15 (4,5,6). Sem alteração pupilar. AP normal. Palpação abdominal normal. Sem TCE. FR 18 cpm. FC 78 bpm. PA 131/70mmHg. SpO₂ 99% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 103 mg/dL. Encontrava-se imobilizada com imobilizadores cervicais e plano duro (procedimentos efetuados pelos bombeiros).

Atuação: Colocação de acesso venoso periférico, NaCl 0.9% (100ml) EV em perfusão.

Seguiu de ambulância para o Hospital de S. João (HSJ), sem acompanhamento médico.

- 2ª vítima: Feminino, 28 anos. Condutora, conduzia com cinto de segurança. Foi desencarcerada. Apresentava dor na zona supra-ciliar direita, onde tinha uma ferida corto-contusa hemorrágica com 7 cm de comprimento. Apresentava ainda ferida do mesmo tipo na face anterior do joelho direito com 3 cm. Referiu perda de consciência e amnésia para o sucedido.

Sem antecedentes médicos relevantes.

CCO. ECG 15 (4,5,6). Hemodinamicamente estável. Sem alteração pupilar ou sinais de dificuldade respiratória. Exame neurológico sumário normal. AP normal. Palpação abdominal normal. Nariz e joelho direito sem crepitações. FR 16 cpm. FC 85 bpm. PA 100/79mmHg. SpO₂ 100% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 135 mg/dL. Encontrava-se imobilizada com imobilizadores cervicais e plano duro.

Actuação: Monitorização. Colocação de acesso venoso periférico, NaCl 0.9% (500ml) EV em perfusão.

Seguiu de ambulância para o HSJ, sem acompanhamento médico.

- **2ª saída** (ativação às 10.03h)

CODU: Feminino de 30 anos, convulsões desde as 6 horas. Antecedentes de epilepsia.

Ocorrência: Domicílio. Valongo.

Chegada: 10.12h

- Feminino, 33 anos. À chegada a vítima encontrava-se deitada. Presenciamos três convulsões parciais complexas do membro superior direito e face que cederam á medicação instituída.

Antecedentes de epilepsia (1996), medicada com Castilium® e Tegretol® 250 mg, cuja dose foi ajustada em Setembro. Seguida por Neurologia no HSJ.

CCO. ECG 15 (4,5,6). FR 22 cpm. FC 110 bpm. PA 147/92mmHg. SpO₂ 99% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 110 mg/dL. Temperatura auricular de 36,5°C.

Atuação: Colocação de acesso venoso periférico, Diazepam (5+5+2 mg), NaCl 0.9% (100ml+500ml) EV em perfusão.

Seguiu de ambulância para o HSJ, com acompanhamento médico.

- **3ª saída** (ativação às 11.40h)

CODU: Masculino, 75 anos, dor torácica.

Ocorrência: Domicílio. Maia.

Chegada: 11.55h

- Masculino, 77 anos. À chegada a vítima encontrava-se a ser transportada para a ambulância. Referiu dor epigástrica e pré-cordial com irradiação para a omoplata esquerda desde a noite anterior, associada a náuseas desde há duas horas.

Antecedentes de DPOC e HBP. Possuidor de pacemaker (patologia ?) Seguido no Hospital de Pedro Hispano (HPH).

CCO. ECG 15 (4,5,6). FR 16 cpm. FC 75 bpm. PA 132/92mmHg. SpO₂ 95% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 105 mg/dL. Pulsos pediosos, dorsais e femorais presentes e simétricos. AP com crepitações basais esquerdas. Palpação abdominal com dor sem defesa na zona epigástrica.

Atuação: Monitorização: ECG-12D com múltiplas extrassístoles ventriculares com bloqueio fascicular anterior. Colocação de acesso venoso periférico, Morfina (2mL) EV, AAS (250 mg), VO e Metoclopramida (10mg) EV, NaCl 0.9% (500ml) EV em perfusão.

Seguiu de ambulância para o HPH, com acompanhamento médico.

Este foi o primeiro turno que realizei na VMER do S. João. Pela primeira vez presenciei uma situação de trauma, sendo esta multivítimas. Pude ver a abordagem inicial a estas vítimas; foi muito elucidativo ver a aplicação do ABCDE e a triagem dos doentes (ver anexo XII).

A segunda saída foi referente a uma crise convulsiva. Esta foi a primeira vez que presenciei crises parciais complexas. Foi-me explicado que fármacos existem na VMER para este tipo de situações nomeadamente, o Midazolam, Tiopental e Propofol, além do Diazepam que foi utilizado nesta doente.

A terceira saída foi de uma dor epigástrica/pré-cordial que devido a inexatidão dos sintomas e pelo ECG-12D, cujas alterações dificultavam a análise, foi encarado como um SCA, tendo sido aplicado o respetivo protocolo. (ver anexo X)

Em todas estas ativações foi-me permitido fazer avaliação dos sinais vitais, medição da glicemia e exame objetivo. Pude ainda realizar o ECG-12D e participar na sua interpretação.

- 2º Turno – VMER Feira

- **1ª saída** (ativação às 08.20h)

- CODU: Masculino 60 anos, dispneia.

- Ocorrência: Domicílio. Esmoriz.

- Chegada: 08.30 h

- Masculino, 63 anos. À chegada a vítima encontrava-se a ser transportada para a ambulância.

- Queixava-se de dispneia e apresentava-se prostrada.

- Antecedentes de DM tipo 2 insulino-dependente, carcinoma do pulmão (2006), IRC. Recorreu ao Hospital de São Sebastião (HSS) por hipoglicemia e agravamento de dispneia.

- Medicado com Lisinopril 20mg, Carvedilol 6.25mg, Amlodipina 10 mg e Insulina (18 unidades de manhã e 18 à noite).

- CC embora confuso. ECG 15 (4,5,6). FR 24 cpm. FC 71 bpm. PA 169/79mmHg. SpO₂ 92% (FiO₂=21%) que passou a 100% após nebulização instituída. Glicemia capilar 57 mg/dL que passou a 109mg/dL após administração de glicose hipertónica.

- Atuação: Colocação de acesso venoso periférico, administração de duas ampolas de glicose hipertónica a 30% (40 mg), NaCl 0.9% (50ml) EV em perfusão, soro glicosilado 5% (500 ml) EV em perfusão, Morfina 1mg/ml (6 ml), Hidrocortisona (400 mg). Nebulização com SF e Combivent® a 6L/min.

- Seguiu de ambulância para o HSS, sem acompanhamento médico.

- **2ª saída** (ativação às 10.40h)

CODU: Masculino de 70 anos, PCR.

Ocorrência: Domicílio. Fiães.

Abortada.

Neste turno foi-me possível observar a atuação perante dois quadros distintos que se encontravam presentes nesta mesma vítima, a hipoglicemia e a dispneia agravada.

Pude ainda fazer avaliação dos sinais vitais e a medição de glicemia.

• 3º Turno – VMER S. João

- **1ª saída** (ativação às 08.11h)

CODU: Feminino de 70 anos, diabética, inconsciente na via pública.

Ocorrência: Rua do Almada, Porto.

Abortada.

- **2ª saída** (ativação às 09.10h)

CODU: Masculino de 66 anos, DM tipo 2 insulino-dependente, hipoglicemia com alteração do estado de consciência.

Ocorrência: Rua Justino Teixeira, Porto.

Chegada: 09.19h

- Masculino, 66 anos. À chegada a vítima encontrava-se deitada no leito com os olhos abertos e murmurando sons.

Antecedentes de DM tipo 2 insulino-dependente e cardiomiopatia dilatada. Esposa refere recusa alimentar, tendo já recorrido anteriormente a glucagão por hipoglicemia.

Consciente mas desorientado. ECG 10 (4,1,5). FR 12 cpm. FC 70 bpm. PA 136/79mmHg. SpO₂ 96% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 46 mg/dL que passou a 232 mg/dL após terapêutica. Pálido e hipersudorético.

Atuação: Colocação de acesso venoso periférico, administração de quatro ampolas de glicose a 30% (40 mg).

Neste turno vi mais uma vez a atuação perante uma hipoglicemia e a importância que a educação dos doentes tem para evitar situações semelhantes.

• 4º Turno – VMER S. João

- **1ª saída** (ativação às 14.09h)

CODU: Feminino, 40 anos, ex-toxicodependente, intoxicação por benzodiazepinas.

Ocorrência: Maia.

Chegada: 14.15h

- Feminino, 43 anos. À chegada a vítima encontrava-se deitada na ambulância. Antecedentes de toxicod dependência em uso de metadona. Referiu ter sido vítima de agressões pelo companheiro. Sem lesões visíveis. Afirmou ter ingerido sessenta comprimidos de diazepam 10 mg cerca de vinte minutos antes da nossa chegada. CCO. Muito ansiosa. ECG 15 (4,5,6). FR 17 cpm. FC 62 bpm. PA 112/60mmHg. SpO₂ 94% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 101 mg/dL. Atuação: Colocação de sonda nasogástrica e aspiração de conteúdo gástrico, que se revelou infrutífero. Lavagem gástrica com administração de 500mL de NaCl 0,9% pela sonda e aspiração. Foi feito o contato com a assistente social. Seguiu para o HSJ sem acompanhamento médico.

- **2ª saída** (ativação às 14.56h)

CODU: Feminino, 80 anos, dispneia.

Ocorrência: Rua João I, Rio Tinto.

Chegada: 15.06h

- Feminino, 83 anos. À chegada a vítima encontrava-se sentada, com evidente esforço respiratório, polipneica e com tiragem supra-clavicular. Antecedentes de HTA, IRC e hipertiroidismo. Seguida no HPH. A neta refere agravamento de dispneia basal desde terça-feira. CCO. ECG 15 (4,5,6). FR 30 cpm. FC 84 bpm. PA 174/85mmHg. SpO₂ 91% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 98 mg/dL. Temperatura auricular 36,7°C. Atuação: Nebulização com NaCl a 0,9%, Atrovent e Salbutamol a 6L/min. Segue para o HPH a pedido da família após aprovação pelo CODU, sem acompanhamento médico.

- **3ª saída** (ativação às 18,14h)

CODU: Feminino, idade desconhecida, crise convulsiva?

Ocorrência: FARMACIA, Amial.

Chegada: 18,16h.

- Feminino, 39 anos. À chegada a vítima encontrava-se deitada, consciente abrindo os olhos à chamada.

Antecedentes de Depressão Major, hipotiroidismo e tentativas de suicídio prévias.

Acompanhantes referem perda de consciência posterior ao início do trémulo.

Presenciamos episódio de trémulo generalizado associado a alteração do estado de consciência com contração ocular voluntária. FR 23 cpm. FC 92 bpm. PA 107/54mmHg. SpO₂ 96% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 110 mg/dL.

Atuação: Acesso venoso periférico. NaCl a 0,9%, (100ml), EV.

Segue para o HSJ, sem acompanhamento médico.

-4ª saída (ativação às 18,49h)

CODU: Feminino, 80 anos, PCR.

Ocorrência: Lar, Bonfim.

Chegada: 18,54h.

- Feminino, 88 anos. À chegada a vítima encontrava-se deitada, estando dois TAE's a realizar manobras de SBV com DAE.

Antecedentes desconhecidos.

A vítima apresentava livores, encontrava-se em midríase fixa e estava sem sinais evidentes de circulação.

Manobras interrompidas por ordem médica, foi feita a avaliação de ritmo encontrando-se em assistolia.

Declarado o óbito às 19,57h.

Contatado o médico assistente que se prontificou a passar a certidão de óbito.

A primeira saída tratou-se de uma possível intoxicação por benzodiazepinas. Em casos de intoxicação a avaliação do estado de consciência e do tempo de ingestão dos fármacos é de vital importância. Neste caso a vítima encontrava-se CCO não havendo por tal necessidade de realizar um antagonista (Flumazenil), optando-se pela lavagem gástrica.

Na terceira saída a informação do CODU era para uma crise convulsiva, no entanto no local foi possível perceber que esta era mais provavelmente uma crise conversiva.

Na última e devido aos sinais evidentes de morte foram interrompidas as manobras de SBV. Para mim foi importante acompanhar o médico na notificação à família.

• 5º Turno – VMER S. João

- **1ª saída** (ativação às 09.00h)

CODU: Masculino, 50 anos, dor pré-cordial.

Ocorrência: Domicílio. Leça do Balio.

Chegada: 09.09h

- Masculino, 50 anos. À chegada a vítima encontrava-se sentado, pálido e muito ansioso. Antecedentes de HTA, EAM (2009), cateterismo cardíaco?, DPOC, dislipidemia. Refere início de dor retrosternal há dois dias, irradiando para o MSE de curta duração, sem relação com o esforço e com alívio espontâneo. Desde as 5h agravamento da intensidade da dor associada a hipersudorese e náuseas.

CCO. ECG 15 (4,5,6). FR 27 cpm. FC 105 bpm. PA 153/101mmHg. SpO₂ 100% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 136 mg/dL. AC com taquicardia, AP com broncospasmo discreto.

Atuação: Monitorização: ECG-12D com alterações de repolarização em aVR, V1 e V2, sem elevação de segmento ST, taquicardia sinusal. Colocação de acesso venoso periférico, Morfina (2+2+2mL) EV, AAS (250 mg) VO, Metoclopramida (10mg) EV, DNI (5mg) SL, Diazepam (10mg) SL, Hidrocortisona (200mg) EV, Salbutamol em nebulização, NaCl 0.9% (100ml) EV em perfusão. Oxigénio a 4L/min.

Seguiu de ambulância para o HPH, com acompanhamento médico.

- **2ª saída** (ativação às 12,30h)

CODU: Masculino, 64 anos, inconsciente. Antecedentes DM.

Ocorrência: Domicílio. Campanhã.

Chegada: 12,36h.

- Masculino, 64 anos. À chegada a vítima encontrava-se sentado, a ser avaliado por um TAE.

Antecedentes de DM tipo II não-insulinodependente e patologia psiquiátrica não especificada.

Vítima nega queixas.

A esposa refere que o marido “não respondia nem abria os olhos”. Terá havido uma discussão entre ambos.

CCO. ECG 15 (4,5,6). FR 16 cpm. FC 72 bpm. PA 126/90mmHg. SpO₂ 98% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 102 mg/dL.

- **3ª saída** (ativação às 13.00h)

CODU: Intoxicação por monóxido de carbono. Rendez-vous com SIV.

Ocorrência: Rotunda à saída da A3.

Chegada: 13,15h.

- Masculino, 40 anos.

Encontrado num quarto com uma braseira ligada e uma carta despedida. À chegada da SIV saturação de oxigénio de 80% e ECG 3, revertendo para 10 após colocação em oxigénio.

À nossa chegada ECG de 14, consciente mas com períodos de confusão. Miótico. FR 19 cpm. FC 97 bpm. PA 136/115mmHg. SpO₂ 96% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 187 mg/dL. ACP normal.

Gasimetria arterial (Hudson): PCO₂ de 48,6; PO₂ de 239; pH de 7,25; HCO₃ de 21,5.

Atuação: Colocação de acesso venoso periférico, oxigénio em máscara de alto débito (15L/min), Metoclopramida (10mg) EV, NaCl 0.9% (100ml) EV em perfusão.

Seguiu de ambulância para o HPH após contato com equipa de camara hiperbárica, com acompanhamento médico.

A primeira ativação foi para um SCA típico, tendo sido aplicado o protocolo respetivo (ver anexo X).

A terceira ativação era para uma intoxicação voluntária por monóxido de carbono, pude debater com os técnicos a importância da gasimetria arterial na emergência pré-hospitalar e dos procedimentos a realizar nestas situações.

- 6º Turno – VMER S. João

- Inoperacionais (14h-16,10h).

- **1ª saída** (ativação às 18,58h)

CODU: Masculino, 91 anos, inconsciente.

Ocorrência: Domicílio. Ermesinde.

Chegada: 19.03h.

- Masculino, 91 anos. À chegada a vítima encontrava-se deitado.

Antecedentes de HTA e FA.

Família desconhece tempo de inconsciência.

Inconsciente. ECG 3 (1,1,1). A vítima apresentava livores, encontrava-se em midríase fixa e estava sem sinais evidentes de circulação.

Atuação: Monitorização: ECG-12D Assistolia. Não foram iniciadas manobras de SAV. Óbito declarado às 19,09h Foi contato o médico assistente da vítima que se prontificou para passar a certidão de óbito.

• 7º Turno – VMER S. João

- **1ª saída** (ativação às 9,30h)

CODU: Feminino, 100 anos, dispneia.

Ocorrência: Cedofeita.

Chegada: 09.35h

- Feminino, 100 anos. À chegada a vítima encontrava-se no leito, consciente mas prostrada.

Antecedentes de o ICC e FA. Dependente para as AVD.

Cuidadora refere agravamento de dispneia e prostração desde o dia anterior. Hoje sem falar.

Consciente. Suada, pálida. ECG 9 (3,1,5). FR 35 cpm. FC 86 bpm. PA 123/70mmHg. SpO₂ 90% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 113 mg/dL. AP com estase pulmonar. Sinais de má perfusão periférica. Anisócoria. Gasimetria arterial (Hudson): PCO₂ de 52,7; PO₂ de 76; pH de 7,211; K⁺ de 6,6.

Atuação: Monitorização: ECG-12D com bloqueio bifascicular e extrassístoles ventriculares. Colocação de acesso venoso periférico, Furosemida (20mg) EV, Gluconato de cálcio (1 ampola) EV, NaCl 0.9% (100+100+500ml) EV em perfusão.

Seguiu de ambulância para o HSJ, com acompanhamento médico.

- **2ª saída** (ativação às 11,15h)

CODU: Feminino, 85 anos, prostração.

Ocorrência: Bonfim.

Chegada: 11,25h

- Feminino, 87 anos. À chegada a vítima encontrava-se no leito.

Antecedentes de Insuficiência venosa. Dependente AVD.

Cuidadora refere agravamento prostração desde esta manhã.

CC mas desorientada no espaço. Suada e quente ao toque. ECG 14 (4,4,6). FR 25 cpm. FC 97 bpm. PA 127/64mmHg. SpO₂ 92% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 172 mg/dL. Temperatura auricular 38,4°C. ACP sem alterações.

Atuação: Colocação de acesso venoso periférico, Paracetamol (1g) EV, oxigénio a 6L/min.

Seguiu de ambulância para o HSJ, sem acompanhamento.

- **3ª saída** (ativação às 12,40h)

CODU: Feminino, 67 anos, hipoglicemia.

Ocorrência: Águas Santas.

Chegada: 12,50h

- Feminino, 67 anos. À chegada a vítima encontrava-se no leito. Antecedente de DM insulino-dependente, Ca mama, HTA. Familiar refere prostração. Consciente mas não colaborante. Suada, pálida. ECG 13 (4,3,6). FR 12 cpm. FC 83 bpm. PA 136/88 mmHg. SpO₂ 95% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 24 mg/dL..
Atuação: Colocação de acesso venoso periférico, administração de seis ampolas de glicose hipertônica a 30% (120 mg) EV.

- **4ª saída** (ativação às 13,30h)

CODU: Masculino, 43 anos, hipoglicemia.

Ocorrência: Maia.

Chegada: 13,39h

- Masculino, 43 anos. À chegada a vítima encontrava-se sentada. Antecedente de DM insulino-dependente, HTA, IRC em hemodiálise. Familiar refere alteração do estado de consciência. Consciente mas não colaborante. ECG 13 (4,3,6). FR 18 cpm. FC 70 bpm. PA 156/71 mmHg. SpO₂ 96% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 59 mg/dL.
Atuação: Colocação de acesso venoso periférico, administração de três ampolas de glicose hipertônica a 30% (120 mg) EV.

Durante a primeira ativação tive oportunidade de discutir com a médica as diretrizes para a realização de SAV.

• 8º Turno – VMER S. João

- **1ª saída** (ativação às 15,43h)

CODU: Masculino, 54 anos, dispneia.

Ocorrência: Matosinhos.

Chegada: 16h

- À chegada a vítima já tinha sido transportada pelos bombeiros. Reportado.

- **2ª saída** (ativação às 16,25h)

CODU: Masculino, 88 anos, dispneia.

Ocorrência: Pedrouços.

Chegada: 16.35h

- Feminino, 88 anos. À chegada a vítima encontrava-se sentada.
Antecedentes de ICC, FA, bronquite.
Queixava-se de dispneia.
CCO. ECG 15 (4,5,6). FR 25 cpm. FC 125 bpm. PA 98/61mmHg. SpO₂ 97% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 152 mg/dL. AP com estase pulmonar basal.
Atuação: Monitorização: ECG-12D com FA de resposta ventricular rápida. Colocação de acesso venoso periférico, Furosemida (20mg) EV, Digoxina (1,25mg) EV, NaCl 0.9% (100) EV em perfusão.
Seguiu de ambulância para o HSJ, com acompanhamento médico.

- **3ª saída** (ativação às 18,38h)

CODU: Masculino, 6 anos, dispneia e dor torácica.

Ocorrência: Rua da Alegria.

Chegada: 18,44h

- Masculino, 6 anos. À chegada a vítima encontrava-se sentada.
Sem antecedentes.
Mãe refere queixa de dor pré-cordial e dispneia. Criança nega queixas.
CCO. ECG 15 (4,5,6). FR 18 cpm. FC 117 bpm. PA 97/63mmHg. SpO₂ 95% (FiO₂=21%). Temperatura auricular 37,7°C. AP estertores basais ligeiras.
Atuação: Seguiu de ambulância para o HSJ, sem acompanhamento médico.

Neste turno foi interesse ver a atuação numa taquiarritmia como a FA, os fármacos a utilizar considerando que esta vítima possuía problemas respiratórios crónicos concomitantes.

A última ativação foi a primeira que tive com crianças na VMER e tornou mais uma vez a utilização indevida deste meio.

TURNOS CODU

- 1º Turno – Delegação do Norte

Durante este turno foi-me possível ver duas das três zonas existentes no CODU – o rececionamento de chamadas e o direcionamento de meios. Infelizmente nenhum médico se mostrou disponível para me acompanhar e explicar em que consiste o seu trabalho neste centro.

No rececionamento de chamadas foi-me possível observar o trabalho dos operadores na triagem de doentes e na passagem de dados dos meios no local.

Entre as 8h e as 11,30h recebemos quatro chamadas referentes a trauma e dezasseis referentes a doença natural. Destas, catorze foram para triagem de doentes, seis para passagem de dados e duas por dificuldade por parte dos bombeiros em encontrar o local. As vítimas distribuíram-se equitativamente entre os sexos.

No direcionamento dos meios pude observar a seleção dos meios mais adequados e mais próximos do local e a importância de terminar os eventos passados.

TURNOS SBV

- 1º Turno – Porto I

- **1ª saída** (ativação às 08.52h)

CODU: Masculino de 55 anos, dor torácica.

Ocorrência: S. Bento.

Chegada: 08.56 h

- Masculino, 55 anos. À chegada a vítima encontrava-se de pé. Queixava-se de dor torácica e náuseas. Antecedentes de angina de peito, dislipidemia e HTA. Pacemaker (2007). CCO. FR 22 cpm. FC 60 bpm. PA 137/67mmHg. SpO₂ 99% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 111 mg/dL. Foi ativada a VMER pelo CODU. Atuação (VMER): Colocação de acesso venoso periférico, administração de Diazepam (5mg) EV, NaCl 0.9% (100ml) EV em perfusão. Seguiu de ambulância para o HSA, sem acompanhamento médico.

- **2ª saída** (ativação às 10.45h)

CODU: Feminino, 57 anos, queda.

Ocorrência: Domicílio. Sé.

Chegada: 10,55 h.

- Feminino, 57 anos. À chegada a vítima encontrava-se sentada. Queixava-se de astenia associada a vômitos. Antecedentes de neoplasia da vesícula metastizada e HTA. Realizou quimioterapia 3 dias antes. CCO. FR 16 cpm. FC 77 bpm. PA 143/74mmHg. Temperatura axilar 35,3°C. SpO₂ 99% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 102 mg/dL. Palidez cutânea e mucosa. Seguiu para o HSA, sem acompanhamento.

- **3ª saída** (ativação às 13,30h)

CODU: Masculino, 84 anos, queda.

Ocorrência: Domicílio.

Chegada: 13,45 h.

- Masculino, 84 anos. À chegada a vítima encontrava-se sentada. Manifestava disartria e agitação psicomotora, que segundo a família não é comum. Agravamento do processo demencial já instalado. Antecedentes de neoplasia da bexiga, HBP, ICC, HTA e próteses bilaterais da anca. Aguarda consulta de Neurologia no HSA. CCO. FR 16 cpm. FC 90 bpm. PA 138/72mmHg. Temperatura axilar de 35,4°. SpO₂ 99% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 105 mg/dL. Seguiu para o HSA, sem acompanhamento.

Neste primeiro turno do SBV fui confrontada com situações de mais rápida resolução, sendo em alguma delas só necessário o transporte para uma unidade hospitalar. Na primeira saída a VMER foi ativada e essa ativação não foi comunicada ao meio que já se encontrava no local.

Na terceira ativação o mais complicado foi explicar à família desta vítima, que se encontra num estado já demenciado a importância de ele ser avaliado numa unidade hospitalar.

Foi-me permitido fazer avaliação dos sinais vitais, medição da glicemia e exame objetivo.

• 2º Turno – Porto I

- **1ª saída** (ativação às 16.30h)

CODU: Masculino, 60 anos, Lipotímia e dor torácica.

Ocorrência: Caritas – Bonfim.

Chegada: 16,33 h

- Masculino, 59 anos. À chegada a vítima encontrava-se sentada.
Sem queixas.
Antecedentes de DM (sic).
Mostra desconfiança perante os Serviços de Saúde.
CCO. FR 18 cpm. FC 80 bpm. PA 123/70mmHg. SpO₂ 99% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 532 mg/dL. Temperatura axilar: 35,4°C.
Recusou ida ao hospital. Foi-lhe explicado os riscos inerentes à sua clínica e foi aconselhado a procurar o seu médico assistente. Assinou termo de responsabilidade.

- **2ª saída** (ativação às 18,35h)

CODU: Masculino, 50 anos, dor após ter entrado na cama. Antecedentes de prótese da anca.

Ocorrência: Albergos, Porto.

Chegada: 19,15 h.

- Masculino, 45 anos. À chegada a vítima encontrava-se em decúbito lateral. Referia dor localizada à anca esquerda associada a deformidade evidente.
Colocação de prótese da anca esquerda em Outubro.
CCO. FR 16 cpm. FC 63 bpm. PA 123/78mmHg.
Foi feita a imobilização com maca de vácuo.
Seguiu para o HSA, sem acompanhamento.

- **3ª saída** (ativação às 19,59h)

CODU: Feminino, 92 anos, síncope.

Ocorrência: Bonfim.

Chegada: 20,05 h.

- Feminino, 92 anos. À chegada a vítima encontrava-se no chão em decúbito dorsal.
Antecedentes de Parkinson, Alzheimer, Doença coronária, dislipidemia e HTA.
Consciente, prostrada, com sinal de prega cutânea superior a 3 segundos - desidratada, reagindo somente a estímulos dolorosos. ECG 9 (2,2,5) FR 15 cpm. FC 57 bpm. PA 96/57mmHg. SpO₂ 96% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 82 mg/dL.

Seguiu de ambulância para o HSJ, sem acompanhamento.

Neste turno pude presenciar uma recusa de transporte por parte de um doente.

A segunda saída foi de um deslocamento de uma prótese de anca e sobre os modos de imobilização. Neste caso optou-se pela utilização da técnica de imobilização com vácuo.

• 3º Turno – Porto I

- **1ª saída** (ativação às 14.00h)

CODU: Masculino, 9 anos, Fratura.

Ocorrência: Escola primária, Miragaia.

Chegada: 14,05 h

- Masculino, 9 anos. À chegada a vítima encontrava-se sentada. Queixava-se de dor no ombro direito após queda. CCO. Sem edema, deformidade ou perda de mobilidade. Seguiu para o HSJ acompanhado pela mãe.

- **2ª saída** (ativação às 15.10h)

CODU: Feminino, idade desconhecida, cefaleias intensas.

Ocorrência: Domicílio, Cedofeita.

Chegada: 15,13 h

- Feminino, 61 anos. À chegada a vítima encontrava-se deitada. Queixava-se de perda de equilíbrio e cefaleias intensas. Antecedentes de patologia degenerativa da coluna e patologia psiquiátrica (sic). CCO. FR 16 cpm. FC 56 bpm. PA 124/72mmHg. Glicemia capilar 113 mg/dL. Palidez cutânea. Seguiu para o HSA, sem acompanhamento médico.

- **3ª saída** (ativação às 16,36h)

CODU: Masculino, 30 anos. Crise convulsiva.

Ocorrência: Via pública, Avenida dos Aliados.

Chegada: 16,40h

- Masculino, 37 anos. À chegada a vítima encontrava-se em decúbito lateral. Sem queixas. Apresentava ferida corto-contusa na região occipital. Antecedentes de HIV, Hepatite C, esquizofrenia.

CC mas desorientado no tempo. FR 19 cpm. FC 78 bpm. PA 104/62mmHg. Glicemia capilar 108 mg/dL. Hipersudorese difusa.

Seguiu para o HSA, sem acompanhamento médico.

Durante a triagem referiu náusea e teve episódio de vômito alimentar.

- **4ª saída** (ativação às 17.38h)

CODU: Masculino, 77 anos, dispneia.

Ocorrência: Domicílio, Aldoar.

Chegada: 17,51 h

- À chegada já se encontrava a vítima uma equipa da Cruz Vermelha. Reportado.

- **5ª saída** (ativação às 18.30h)

CODU: Masculino, 81 anos. Dor abdominal intensa.

Ocorrência: Domicílio, Miragaia.

Chegada: 18,43 h

- Masculino, 81 anos. À chegada a vítima encontrava-se deitada. Queixava-se de cefaleias. Antecedentes de neoplasia do reto, tendo realizado radioterapia recentemente. Cuidadora refere recusa alimentar há 4 dias e episódio de delírio no dia anterior (?). CCO. FR 21 cpm. FC 104 bpm. PA 140/94mmHg. Temperatura axilar de 36°C. Sem dor à palpação abdominal. Seguiu para o HSA, sem acompanhamento médico.

- **6ª saída** (ativação às 19.37h)

CODU: Feminino, 85 anos, OVA parcial resolvida agora com dispneia.

Ocorrência: Domicílio, Cedofeita.

Chegada: 19,41 h

- Feminino, 86 anos. À chegada a vítima encontrava-se no leito com más condições de higiene. Polipneica e sibilante. Antecedentes de HTA, FA, IRC, ICC, AVC (sequelas: afasia, espasticidade). Esteve no HSJ na semana anterior por infeção respiratória tendo sido prescrito antibioterapia ainda em curso. A cuidadora refere recusa alimentar e obstipação desde o início da antibioterapia e agravamento da patologia respiratória (“engasga-se muitas vezes”).

Consciente, não colaborante. FR 28 cpm. FC 112 bpm. PA 128/82mmHg. Glicemia capilar 178 mg/dL.

Seguiu para o HSJ, sem acompanhamento médico.

A ativação mais interessante neste turno foi a de uma crise convulsiva na via pública. Além da crise convulsiva deparamo-nos ainda com um pequeno TCE. Devido aos antecedentes da vítima foi importante reforçar as medidas de proteção individual e relembrar os riscos de contato neste tipo de saídas.

TURNOS SIV

- 1º Turno – Gondomar

- **1ª saída** (ativação às 09.50h)

CODU: Masculino, 51 anos, queda em altura.

Ocorrência: Obra. Gondomar.

Chegada: 10,05 h

- Masculino, 51 anos. À chegada a vítima encontrava-se a caminhar. Queixava-se de dor na grade costal esquerda. Refere ter caído de costas batendo primeiro com o braço esquerdo de uma altura de um metro. Antecedentes de SAOS, dislipidemia e DM tipo 2 não-insulino dependente. CCO. Dor na grade costal esquerda, sem crepitações ou deformidade. Escoriação no braço esquerdo. Negava dispneia ou TCE. FR 17 cpm. FC 72 bpm. PA 156/96mmHg. SpO₂ 97% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 130 mg/dL. Dor: 6/10. ACP sem alterações. Atuação: Colocação de acesso venoso periférico, administração de Paracetamol (1gr) EV – após validação por médico regulador do CODU. Seguiu de ambulância para o HSA.

- **2ª saída** (ativação às 11.42h)

CODU: Masculino, 67 anos, palpitações.

Ocorrência: Domicílio. Gondomar.

Chegada: 11,51 h

- Masculino, 67 anos. À chegada a vítima encontrava-se em decúbito dorsal. Antecedentes de EAM (2004), cateterismo, HTA, DM não-insulino dependente.

Refere palpitações com início às 3,30h. Negava dispneia ou dor torácica. CCO. Palidez cutânea e astenia. FR 18 cpm. FC 141 bpm. PA 110/67mmHg. SpO₂ 97% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 320 mg/dL. Temperatura axilar 35°C.

Atuação: Realização de ECG-12D (Bloqueio de Ramo direito, com taquiarritmia ectópica com BAV de 1ºG). Colocação de acesso venoso periférico, NaCl 0.9% (50ml) EV em perfusão.

Seguiu para o HSJ, sem acompanhamento.

Durante este turno pude ver mais uma situação de trauma e o protocolo que se deve seguir nestas situações no contexto de SIV. Foi-me possível perceber a dinâmica da aprovação da medicação a instituir pelo médico regulador do CODU para que a mesma seja útil para o doente.

Nas duas ativações foi-me permitido fazer avaliação dos sinais vitais, medição da glicemia e exame objetivo. Pude ainda auxiliar na realização do ECG-12D e participar na sua interpretação.

- 2º Turno – Gondomar

- **1ª saída** (ativação às 14,55h)

- CODU: Masculino, 72 anos, dispneia. Antecedente de EAM.

- Ocorrência: Domicílio. Rua da Abelheira.

- Chegada: 15,10 h

- Masculino, 52 anos. À chegada a vítima encontrava-se a caminhar. Queixava-se de dor pré-cordial intermitente em moideira, sem irradiação, fatores agravantes ou de alívio. Com horas de evolução que não cedeu aos nitratos SL, tendo sido o último episódio de dor antes de ligar para o 112. Antecedentes de EAM e DM tipo 2 não insulino-dependente. Não realiza os planos terapêuticos. CCO. FR 15 cpm. FC 66 bpm. PA 249/128 mmHg. SpO₂ 97% (FiO₂=21%). Glicemia capilar 230 mg/dL. AP: ligeiras crepitações bi-basais. Atuação: Realização de ECG-12D (inversão de ondas T não se podendo excluir um SCA da parede antero-lateral). Colocação de acesso venoso periférico. Administração de Furosemida (20mg), EV, NaCl 0.9% (50ml) EV em perfusão. AAS (325mg) VO – após validação por médico regulador. Seguiu para o HSA, sem acompanhamento.

Com esta chamada ficou claro para mim que nem sempre a informação transmitida pelo CODU corresponde à realidade. Neste caso, nem a idade do doente, nem a queixa sintomática correspondiam ao que encontramos no local com a vítima.

V - Discussão

No período em que foram acompanhados os meios de socorro houve um total de cinquenta e sete ativações. A VMER durante as quarenta e oito horas foi ativada vinte e duas vezes (sendo que vinte foram pela VMER – S.João e duas foram pela VMER – Feira), a ambulância SIV (doze horas) teve três ativações, a ambulância SBV (dezoito horas) teve doze ativações e, por fim, no CODU presenciei vinte atendimentos de chamadas.

Relativamente à etiologia das ativações, quarenta e cinco foram de doença súbita e onze de trauma. De registar também que neste período houve quatro ativação abortadas.

Algumas das ativações merecem um destaque especial.

Uma vez que o EAM é uma das principais causas de morte em Portugal a importância da abordagem da dor torácica e de potenciais SCA na emergência pré-hospitalar reveste-se de maior relevo.

O rápido reconhecimento dos sintomas e a ativação precoce dos meios de emergência é um fator de redução da mortalidade e morbidade associados a este tipo de patologia. ⁽⁷⁾ Outros fatores são igualmente importantes como a avaliação pré-hospitalar com ECG-12D, a presença de protocolos sobre a abordagem ao SCA e a administração de terapêutica fibrinolítica ou a ativação direta pelos meios de emergência de serviços de reperfusão coronária. ⁽⁹⁾

Durante este estágio tive quatro ativações por dor torácica, cinco por dispneia e três por PCR. Vi a aplicação dos protocolos por SCA (ver anexo X).

Numa das ativações por PCR, encontrava-se uma equipa de TAE's a realizar SBV com DAE (ver anexos VII e VII). Infelizmente nenhuma das ativações foram realizadas manobras de SAV (ver anexo IX).

Outra situação que foi muito interessante de presenciar foram os casos de politraumatizados, nomeadamente a colisão frontal entre dois veículos e a queda em altura de uma vítima.

No acidente de viação à nossa chegada as vítimas já se encontravam com imobilização da coluna vertebral com imobilizadores cervicais e laterais e em plano duro. Foi efetuada a avaliação da permeabilidade da via aérea, não sendo necessária qualquer medida adicional. Foram encontrados dois acessos venosos, colocadas em oxigenoterapia e as partes visíveis do corpo foram avaliadas em busca de lesões que pudessem ter passado despercebidas.

De relatar ainda a situação por intoxicação por monóxido de carbono. Nesta ativação não fomos chamados ao local mas sim a realizar um rendez-vous com uma SIV devido ao estado de consciência da vítima.

Em situações de intoxicação deve ser procurado no local produtos que possam ter sido ingeridos, tentar perceber o tempo de exposição ao agente e a via de ingestão. Neste caso específico, apesar de ser evidente uma das fontes de intoxicação é importante procurar no local outras potenciais fontes. O mesmo foi realizado pela equipa SIV que se deslocou ao local.

Deve haver nestes casos uma especial atenção à via aérea devendo ser antecipado a possibilidade de edema.

Esta discussão não ficaria completa sem uma análise crítica do meu estágio.

Em relação aos objetivos específicos propostos, todos foram cumpridos.

Após este estágio pude perceber que alguns dos atos que me propus realizar eram demasiado ambiciosos e fugiam ao que me é permitido realizar num estágio de observação (nomeadamente entubação endotraqueal, colocação de acessos venosos periféricos). Outros não foram cumpridos porque não surgiram vítimas nessa situação (avaliação de choque e AVC).

O número reduzido de horas que me foi permitido realizar é uma das principais críticas que posso referir. Penso que seria uma mais-valia para todos a criação de um protocolo institucionalizado entre o INEM e as instituições de ensino de forma a permitir aos seus alunos a realização de estágios mais alargados e mais enriquecedores.

Presenciei duplicação de meios no local, tendo sido ativada uma VMER sem que para tal houvesse necessidade ou ainda a ativação de duas ambulâncias para o mesmo local.

Em relação aos meios informáticos pude perceber que muitas vezes o computador existente nos meios não é utilizado, seja por impossibilidade técnica ou por os técnicos do INEM não terem experiência na sua utilização.

Foi ainda interessante perceber que a alteração que houve nos CODU no atendimento das chamadas (passaram a ser nacionais em vez de regionais) trouxe algumas dificuldades acrescidas para os operadores.

VI - Conclusão

Este estágio foi muito enriquecedor para mim, mostrando mais uma vez a importância que tem, todos os intervenientes no cuidado aos doentes estarem envolvidos neste processo como um todo.

Presenciei uma grande variedade de ativações, desde a doença súbita ao trauma. Observei a ligação entre os vários meios de suporte às vítimas e a forma como a sua coordenação é importante.

Particpei nas check-list diárias, na monitorização de doentes, nas manobras de reanimação, na preparação de fármacos, transporte de monitores e sacos de material para os locais de ocorrência, acompanhei vítimas até aos hospitais e observei a notificação de famílias.

Além da mais-valia evidente que este estágio teve na minha formação profissional, destaco a importância na minha formação pessoal, tendo sido uma experiência enriquecedora a todos os níveis.

O carinho e dedicação que pude presenciar são muitas vezes camuflados sob uma capa de seriedade e profissionalismo que permite a estes técnicos suportarem dia após dia a difícil tarefa que desempenham.

VII - Bibliografia

- (1) Advameg Inc. Discoveries in Medicine. Morse SS. [serial online] 2009 Jan-Mar [cited 2012 Jan 08]; Disponível em: URL: <http://www.discoveriesinmedicine.com/General-Information-and-Biographies/Larrey-Dominique-Jean.html>
- (2) Mateus B. Emergência Médica Pré-hospitalar – que realidade. 1st ed. Camarate: Lusociência; 2007.
- (3) Field JM, Hazinski MF, Sayre MR, Chameides L, Schexnayder SM, Hamphill R et al. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010;122:S640-656.
- (4) Madeira S, Porto J, Henriques A, Nieves F, Pinto N, Henriques G et al. Manual de Suporte Avançado de Vida. 2nd ed. Lisboa: Departamento de Formação do INEM; 2011.
- (5) Connolly M, Toner P, Connolly D, McCluskey DR. The 'ABC for life' programme - teaching basic life support in schools. *Resuscitation* 2007;72(2):270-9.
- (6) Eisenburger P, Safar P. Life supporting first aid training of the public-review and recommendations. *Resuscitation* 1999;41(1):3-18.
- (7) Maconochie I, Simpson S, Bingham B. Teaching children basic life support skills. *BMJ* 2007; 334(7605): 1174.
- (8) Gouveia VA, Victor EG, Lima SG. Pre-hospital attitudes adopted by patients faced with the symptoms of acute myocardial infarction. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2011; 1080-87.
- (9) Camp-Rogers T, Dante S, Kontos MC, Michael C, Roberts CS et al. The impact of prehospital activation of the cardiac catheterization team on time to the treatment for patients presenting with ST-segment-elevation myocardial infarction. *American Journal of Emergency Medicine* 2010; 29(9):1080-1087.
- (10) Ramos R. INEM cria número único para bombeiros de todo o país. *Jornal I* 2011 Ag 28;Sect. Emergência Médica.

ANEXOS

ANEXO I

1. Serviços do INEM

1.1 Centro de Orientação de Doentes Urgentes

O CODU é responsável pela medicalização do 112, sendo da sua competência o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro.

A seleção dos meios é criteriosa respondendo a um conjunto de parâmetros: estado clínico da vítima, proximidade e acessibilidade ao local em que a vítima se encontra. Regem-se por uma lista criteriosa de prioridade:

- 0 – Acionamento direto de VMER e Ambulância (PCR);
- 1 – Acionamento de VMER e Ambulância;
- 2 – Proposta de acionamento de VMER e Ambulância;
- 3 – Acionamento de Ambulância;
- 4 – Proposta de acionamento de Ambulância;
- 5 – Proposta de outro tipo de transporte;
- 6 – Proposta de observação de médico/médico assistente;
- 7 – Proposta de aconselhamento a permanecer no domicílio;
- 8 – Prioridade inicial da Triagem;
- 9 – Acionamento direto de Ambulância (Inconsciente ou acidente de viação).

Criada em 1987 a primeira delegação, em Lisboa, existem atualmente quatro delegações regionais: Lisboa, Coimbra, Porto e Faro. Desde Agosto de 2011 que o CODU passou a ter um número único para atendimento interno das chamadas de emergência, isto é, a partir dessa data os bombeiros e Cruz Vermelha não entram em contacto direto com cada uma das delegações regionais, mas sim com quem estiver disponível há mais tempo para atender a sua chamada. Esta medida tem como objetivo agilizar todo o mecanismo de atendimento e direcionamento de chamadas, melhorando assim a eficiência dos vários centros. ⁽¹⁰⁾

O atendimento é feito por Técnicos Operadores de Telecomunicações de Emergência (TOTE), mas espera-se que brevemente esta designação seja alterada e seja criada uma nova categoria dentro do INEM, os Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH) que substituirão os TOTE e os TAE, criando assim profissionais que num sistema de rotatividade desempenham funções de atendimento de chamadas e de socorro direto às vítimas.

Desde 2010 os enfermeiros deixaram de exercer funções neste serviço do INEM.

1.2 CODU-mar

Este meio tem como funções prestar aconselhamento médico a situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações através de uma equipa de médicos que garante os cuidados a prestar, procedimentos e terapêutica a administrar à vítima, podendo também acionar a evacuação do doente, organizar o acolhimento em terra, e encaminhá-lo para o serviço hospitalar adequado.

Sendo Portugal um país com uma grande extensão costeira este torna-se um meio de vital importância.

1.3 Centro de Informação antivenenos (CIAV)

Surgiu em Junho de 1982 no seguimento de um projeto privado (de 1963). Este é um centro vocacionado para prestar informações referentes a intoxicações, o seu diagnóstico, terapêutica e prognóstico. Tem como público-alvo não só a população em geral mas também os profissionais de saúde numa forma de colaboração multidisciplinar na assistência a vítimas.

Está ainda ativamente envolvido em projetos de educação para a população de forma a incentivar a prevenção tão importante nesta área de atuação.

Pode ser acionado através de um número próprio (808250143) mas pode ser também contactado através do direcionamento do 112. Funciona vinte e quatro horas, todos os dias do ano, sendo o atendimento prestado por um médico especializado na área da toxicologia.

1.4 Transporte de Recém-nascidos de alto risco

Este foi um subsistema criado em 1987 e que é vocacionado para recém-nascidos em situação de risco, bem como prematuros, permitindo transportá-los para hospitais onde existam unidades de Neonatologia. Os transportes realizados são inter-hospitalares e estas ambulâncias são tripuladas por um médico especialista, um enfermeiro e um tripulante de ambulâncias de socorro.

Este serviço funciona em todo o país vinte e quatro horas por dia, todos os dias do ano.

1.5 Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

Este é o serviço mais recente criado no INEM (2004). Foi criado com o objetivo de lidar com as necessidades psicossociais não só da população mas também dos profissionais de saúde que prestam auxílio a vítimas.

Atuam em várias vertentes, a teleassistência (através do CODU), a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) que se desloca a locais de

ocorrência, em situações de exceção (onde intervém por exemplo em situações de catástrofes naturais) e por fim, no apoio aos profissionais do INEM.

Estão também empenhados na formação de profissionais e de estudantes através de estágios curriculares e de observação.

1.6 Centro de Intervenção e Planeamento para Situações de Exceção

Este centro tem como objetivo planear e coordenar as estratégias de operação dos meios de emergência em cenários de exceção e de alto risco, bem como coordenar equipas do INEM destacadas em missões no estrangeiro.

ANEXO II

1. Meios do INEM

3.1. Motas

Este meio ficou disponível em 2004 e funciona como um método de alcançar rapidamente doentes apesar do trânsito e contingências de uma grande cidade.

É tripulado por um TAE que transporta material necessário à estabilização imediata, desfibrilação, acesso de via aérea e avaliação de sinais vitais.

Em 2010, existiam duas motos, uma sediada no Porto e outra em Lisboa.

3.2. Ambulâncias Suporte Básico de Vida

O seu objetivo é a estabilização de doentes e transporte para uma Unidade de Saúde. É tripulada por dois TAE's.

Encontram-se sediadas nos Postos de Emergência Médica, onde o material é cedido pelo INEM e a tripulação é assegurada pelas corporações de Bombeiros.

Em 2010, estavam ao serviço do INEM sessenta e três ambulâncias desta categoria.

3.3. Ambulâncias Suporte Imediato de Vida

Este tipo de ambulâncias presta cuidados diferenciados até estar disponível uma equipa que possa prestar Suporte Avançado de Vida (SAV). São tripuladas por um TAE e um enfermeiro.

Existem protocolos estabelecidos para determinadas situações mais habituais que permitem ao enfermeiro atuar mesmo sem a autorização prévia por parte de um médico. No entanto, a administração da maioria dos fármacos está dependente de aprovação por um médico regulador que se encontra no CODU e que tem de ser consultado pelo enfermeiro para decisão terapêutica.

Em 2009 foi criada a primeira unidade de SAV pediátrica e foi disponibilizada a primeira ambulância para esse efeito.

3.4. Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Este é um dos meios mais diferenciados à disposição no INEM. É tripulado por um enfermeiro e um médico que chegam de uma forma mais rápida através deste meio ao local em que se encontra a vítima.

Apesar de atuarem na vigência do CODU têm base hospitalar e asseguram a estabilização pré-hospitalar e acompanhamento médico durante o transporte.

Criadas em 1989 encontram-se atualmente em reformulação sendo proposto que até ao final do corrente ano médico e enfermeiro passem a fazer parte da equipa de urgência sendo mobilizados sempre que necessário.

Em 2010 encontravam-se quarenta e duas viaturas disponíveis.

3.5. Serviço de Helicópteros de Emergência Médica

Disponíveis ao serviço do INEM desde 1997 são responsáveis por transporte primário (do local de ocorrência para uma unidade hospitalar) ou secundário (inter-hospitalares) de doentes em estado grave. Em 2000 três novas unidades ficaram disponíveis sendo atualmente um total de cinco a nível nacional, sediados em Macedo de Cavaleiros, Porto, Santa Comba Dão, Lisboa e Loulé.

São tripulados por médico, enfermeiro e 2 pilotos e dispõem de material de SAV.

3.6. Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

Tal como já referido, esta unidade é acionada pelo CODU e responde a situações particularmente traumáticas tal como acidentes de viação graves, situações de abuso ou situações que envolvam crianças.

3.7. Viatura de Intervenção em catástrofe

Este meio é ativado em situações de multivítimas em estado grave e possuindo o material semelhante a uma VMER permite criar um Posto Médico Avançado (PMA) permitindo atender até oito vítimas muito graves em simultâneo. Tem ainda capacidade de criar um posto de comunicações entre o CODU e os hospitais.

3.8. Hospital de Campanha

Disponível desde 2003, esta é uma estrutura constituída por até dezassete tendas insufláveis com uma área superior a 2000 metros quadrados. Encontra-se dotada de equipamento que lhe permite autonomia logística e técnica.

É ativado em situações de exceção, catástrofe, calamidade, ataque terrorista ou ainda acidente multivítimas. Devido ao seu carácter modular e móvel pode ser utilizado tanto em território nacional como internacionalmente.

ANEXO III

Protocolo da Abordagem Geral da Vítima

- 1) A primeira preocupação deve ser a segurança da equipa e das vítimas no local, particularmente em ocorrências na via pública;
- 2) De forma rápida, deve ser obtida uma impressão geral sobre as características da ocorrência: número de vítimas e a sua localização, os meios de socorro já existentes no local, necessidades especiais, tais como equipas médicas diferenciadas, forças da autoridade ou a existência de problemas específicos (por exemplo, uma ocorrência multivítima com suspeita de libertação de substâncias perigosas);
- 3) Avaliar o estado geral da vítima e se está consciente ou não;
- 4) Se a vítima está consciente, orientada e colaborante, iniciar um inquérito dirigido, recolhendo as principais queixas e procurando caracterizar a sintomatologia referida;
- 5) Posicionar a vítima de acordo com as circunstâncias (decúbito dorsal, semi-sentada ou sentada). Se a vítima está inconsciente, colocá-la em decúbito dorsal;
- 6) Efetuar a Avaliação Primária (ABCDE).

ANEXO IV

Avaliação Primária da vítima (ABCDE)

A – Via Aérea (*Airway*)

- Avaliar a permeabilidade da via aérea. Aspirar a orofaringe, extrair próteses dentárias e/ou corpos estranhos;
- Procurar sinais de obstrução parcial ou total da via aérea (respiração ruidosa com evidência de gorgolejo/estridor ou ausência de ruídos respiratórios, respiração paradoxal e utilização dos músculos acessórios);
- Tratar de imediato a obstrução da via aérea;

B – Ventilação (*Breathing*)

- Efetuar VOSP: Ver se há movimentos do tórax, Ouvir a respiração, Sentir a respiração e Palpar o pulso carotídeo;
- Inspeccionar o tórax, procurar alterações da expansão, palpar cuidadosamente para identificar zonas dolorosas, auscultar para avaliar a presença e características dos ruídos respiratórios e percudir para identificar eventuais áreas de timpanismo ou macicez;
- Na vítima em PCR, atuar segundo o **protocolo de PCR**. Iniciar ventilação com máscara e insuflador manual ligado a uma fonte de oxigênio. Após um minuto de ventilações, reavaliar. Se a vítima permanecer em paragem respiratória, efetuar uma tentativa de entubação orotraqueal;
- Monitorizar a SpO₂ e administrar oxigênio, de acordo com cada protocolo específico. Se SpO₂ ≤ 95% administrar oxigênio com máscara.

C – Circulação (*Circulation*)

- Identificar hemorragias externas e controlá-las com compressão externa;
- Avaliar a possibilidade de hemorragias internas ou ocultas. Avaliar a temperatura, coloração da pele e sudorese. Avaliar o tempo de preenchimento capilar;
- Palpar pulso periférico e avaliar a sua frequência e amplitude. Avaliar a simetria de pulsos radiais e femorais. Avaliar a pressão arterial;
- Monitorizar com ECG 12D as vítimas inconscientes, vítimas com sinais de compromisso da função respiratória ou com qualquer alteração da avaliação de “C”;
- Obter acesso(s) venoso(s) e administrar fluidos EV, de acordo com cada protocolo específico. Na vítima com sinais de choque (hipotensão, palidez, aumento do tempo de preenchimento capilar) e na ausência de dificuldade respiratória evidente, administrar bólus 500mL de NaCl no adulto e de 5mL/kg na criança. Reavaliar após 5 minutos. Caso se mantenham os sinais indicadores de choque, repetir o bólus.

D – Disfunção Neurológica (*Disability*)

- Avaliar o nível de consciência de acordo com a Escala de Coma de Glasgow. Valores inferiores ou iguais a 8 obrigam a assumir que a vítima **não** pode proteger a via aérea, em caso de vômito;
- Avaliar as pupilas (tamanho e simetria);
- Na vítima colaborante, pesquisar alterações da resposta motora nos principais grupos musculoesqueléticos;
- Pesquisar alterações da linguagem (dificuldade em articular as palavras ou incapacidade de falar)

E – Exposição (*Exposure*), com controlo da temperatura

Nota: Nas ocorrências na via pública, sempre que possível, esta fase deverá ser realizada com a vítima no interior da ambulância;

- Expor a vítima, removendo a sua roupa, garantindo, dentro do possível, o respeito pela privacidade da mesma;
- Ter particular atenção ao controlo da temperatura, especialmente em crianças e idosos.

ANEXO V

Necessidade de Apoio Médico

Viaturas menos diferenciadas, nomeadamente ambulâncias SBV e SIV têm situações em que devem solicitar apoio de uma VMER:

- Obstrução da via aérea não resolvida;
- PCR; Bradipneia ou $FR > 36/\text{min}$; $FC < 40$ ou $> 150/\text{min}$; PA sistólica $< 90 \text{ mmHg}$;
- Glasgow ≤ 8 ou deterioração superior a 2 pontos, durante o período de observação.

ANEXO VI

Principais diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE:

Os principais pontos de discussão e alterações nas recomendações das Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE de adultos, por socorristas leigos, são os seguintes:

- Foi criado um algoritmo universal simplificado de SBV para adultos;
- O procedimento "ver, ouvir e sentir se há respiração" foi removido do algoritmo;
- Houve uma alteração na sequência de ações, recomendada para o socorrista que atua sozinho, para que este inicie as compressões torácicas antes de aplicar as ventilações (C-A-B, em vez de A-B-C);
- A frequência de compressão deve ser, no mínimo, de 100/minuto (em vez de "aproximadamente" 100/minuto) e a profundidade de compressão deve ser, no mínimo, dois polegares (em vez de 1½ a 2 polegares);

Os principais pontos de discussão e alterações nas recomendações das Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE, para profissionais de saúde, são os seguintes:

- Os profissionais de saúde devem ser especificamente treinados para identificar todas as manifestações possíveis de PCR, de forma a melhorar o reconhecimento da PCR;
- O profissional de saúde deve verificar, rapidamente, se não há respiração ou se a mesma é anormal. Deve acionar o serviço de emergência e procurar um DAE. Não deve demorar mais do que 10 segundos a verificar o pulso e, caso não sinta pulso em 10 segundos, deve iniciar a RCP e utilizar o DAE, se disponível;
- As restantes alterações são semelhantes às alterações para leigos, acima abordadas.

Integração dos DAE na Cadeia de Sobrevivência, com acesso público à desfibrilhação:

- Consideração do uso de DAE em hospitais;
- Os DAEs podem ser utilizados em bebês, se não houver um desfibrilhador manual disponível.

As principais modificações no Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (SAVC) para 2010 são as seguintes:

- A capnografia quantitativa é recomendada para a confirmação e monitorização do posicionamento do tubo endotraqueal e a qualidade da RCP;

ANEXO VII

Suporte Básico de Vida do Adulto

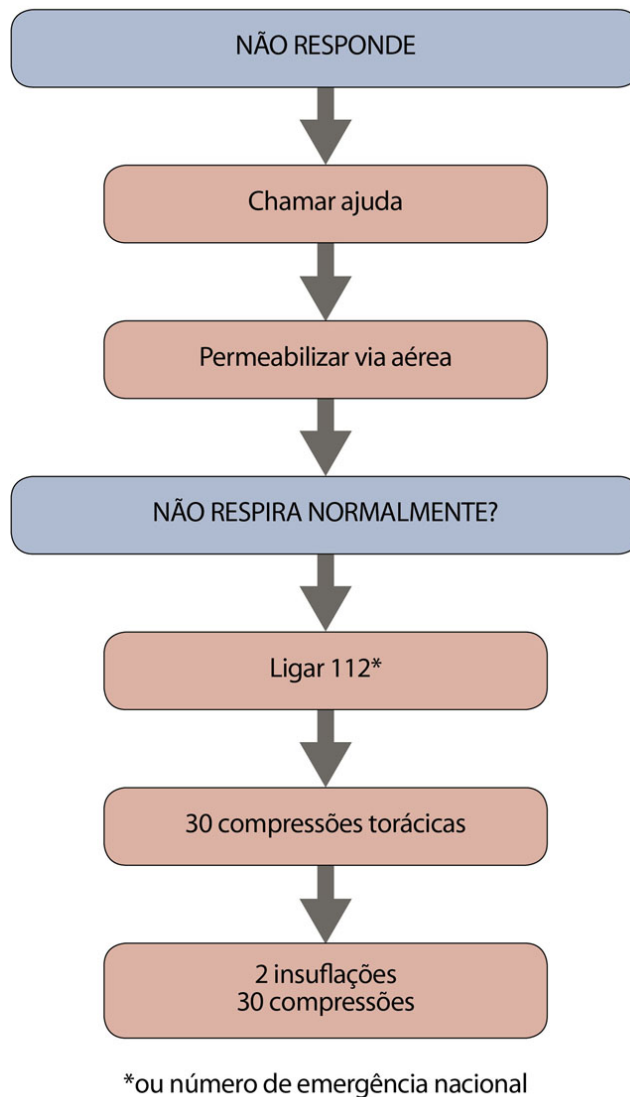


Figura I - Algoritmo do Suporte Básico de Vida em adultos
Fonte: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010

Sequência de ações:

1. Assegurar que a vítima e os presentes estão em segurança;
2. Verificar se a vítima responde:
 - Abanar suavemente os ombros e perguntar em voz alta – “Sente-se bem?”;
- 3a. Se responde:
 - Deixar a vítima na posição em que está, desde que não fique em risco;
 - Tentar perceber o que se passa com a vítima e pedir ajuda, se necessário;
 - Reavaliá-la regularmente;
- 3b. Se não responde:
 - Gritar por ajuda;
 - Colocar a vítima em posição dorsal, abrir a boca com extensão do pescoço e elevação do queixo, de forma a abrir a via aérea;

ANEXO VIII

Algoritmo de Desfibrilhação Automática Externa

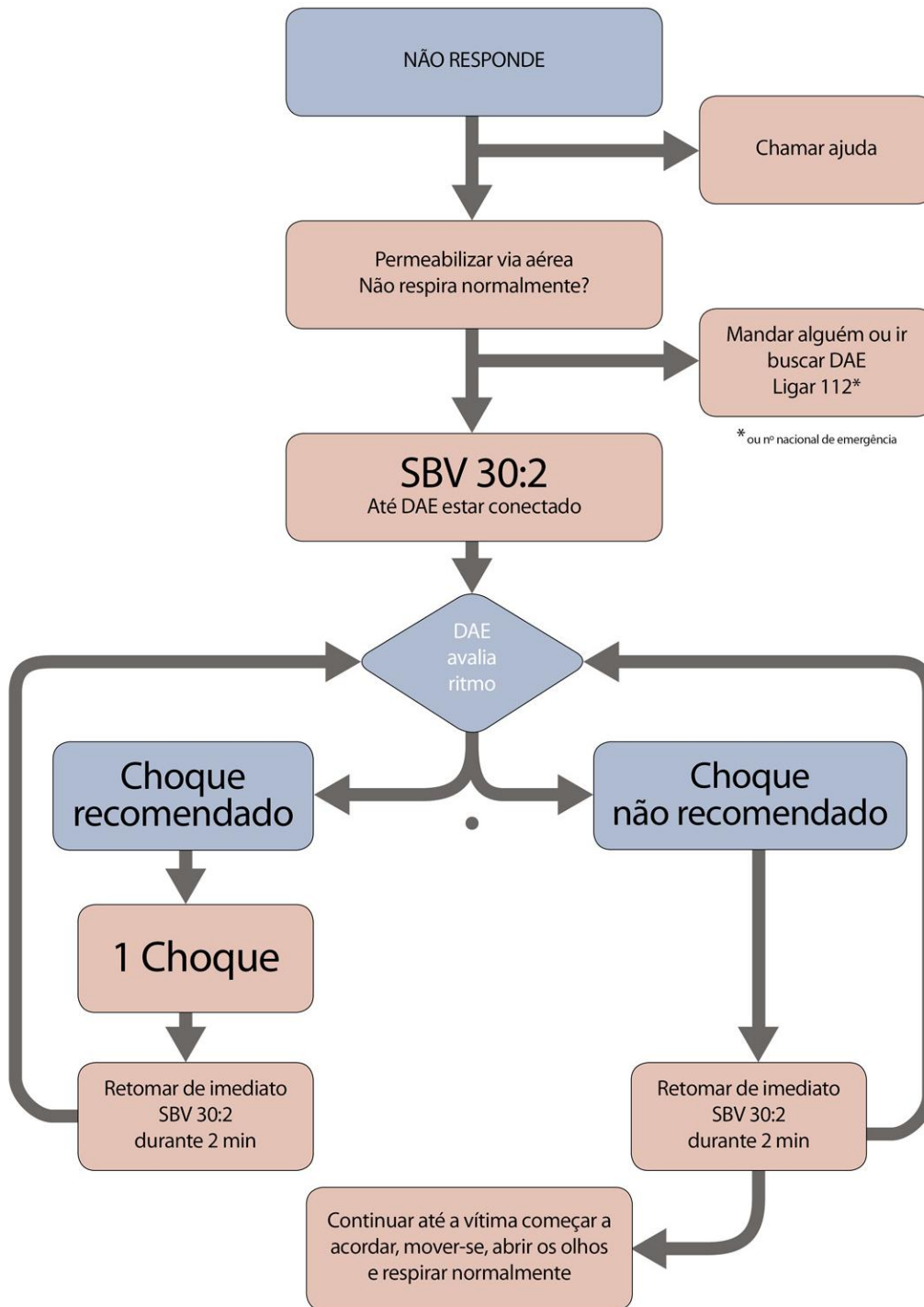


Figura II – Algoritmo da utilização do DAE em adultos.
Fonte: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010

ANEXO IX

Suporte Avançado de Vida

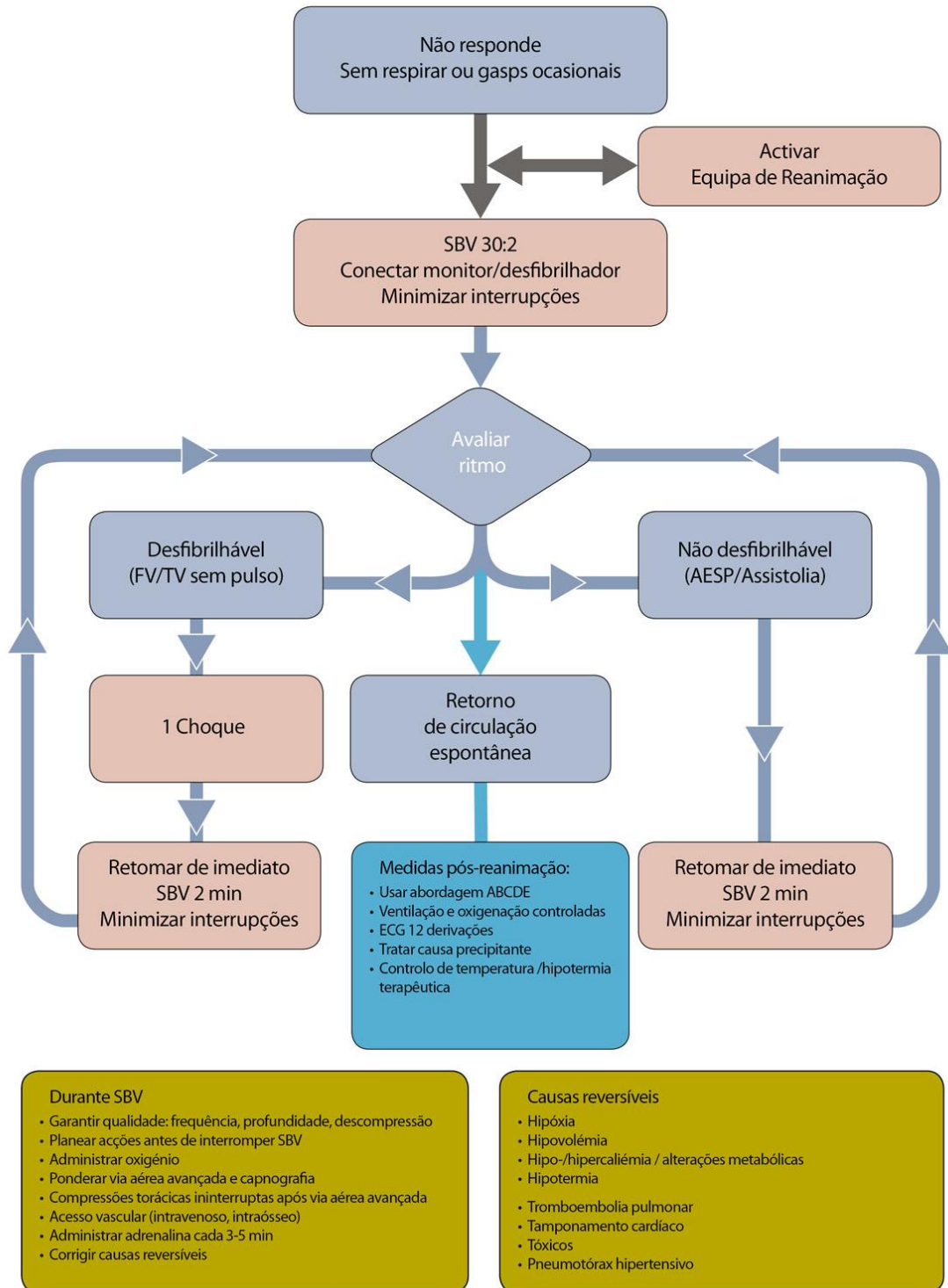


Figura III – Algoritmo do Suporte Avançado de Vida no adulto.
 Fonte: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010

ANEXO X

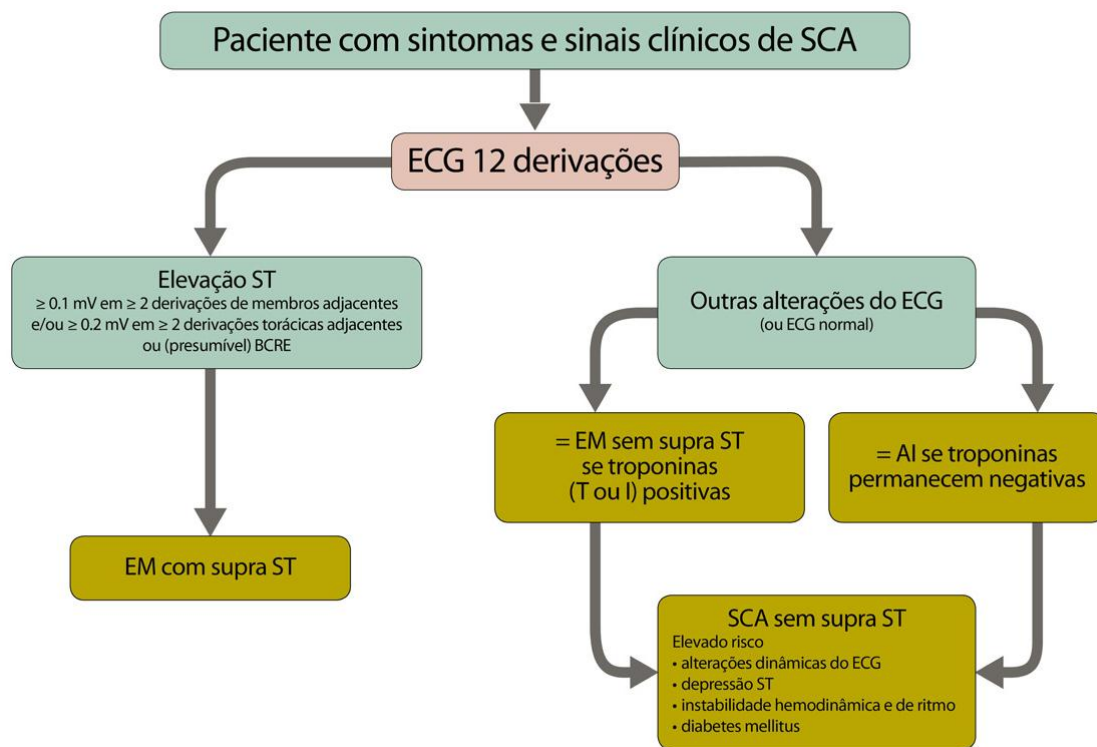


Figura IV - Definições das síndromes coronárias agudas. EM - enfarte de miocárdio; supra ST – supradesnívelamento ST; AI - angina instável.

Fonte: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010

ANEXO XI

Protocolo de atuação em vítimas em PCR

1. Iniciar manobras de Suporte Básico de Vida:

- 30 compressões alternadas com 2 ventilações;
- Administrar oxigênio na maior concentração possível;
- Monitorizar com elétrodos multifunções;
- Analisar ritmo.

Nota 1: Se a PCR não for presenciada pela equipa, efetuar dois minutos de SBV antes da primeira análise de ritmo. Se estiver a ser efetuado SBV corretamente há pelo menos 2 minutos, efetuar análise de imediato.

2. Sempre que indicado pelo monitor aplicar choque, garantindo a segurança conforme o Procedimento de Desfibrilhação Automática Externa. Retomar imediatamente as manobras de SBV, interrompendo apenas para cada análise de ritmo.

3. Durante os períodos de SBV, obter um acesso venoso:

- Administrar 1mg de adrenalina EV a cada dois ciclos de reanimação (3 a 5 minutos);

Nota 2: Em caso de ritmo não desfibrilhável, a adrenalina deverá ser administrada logo que disponível um acesso venoso.

Nota 3: Em caso de ritmo desfibrilhável, a primeira dose deverá ser administrada imediatamente antes do 3º choque.

- Administrar amiodarona na dose de 300mg diluídos em 20mL de glicose a 5%, nos ritmos desfibrilháveis e imediatamente antes do 4º choque.

- Fazer uma tentativa de intubação endotraqueal, num dos períodos de SBV.

Nota 4: Na impossibilidade de obtenção de acesso venoso, utilizar a via endotraqueal ou máscara laríngea para fármacos compatíveis, diluindo em 10mL de água destilada e ajustando as doses. Interromper compressões torácicas e efetuar 5 insuflações consecutivas. Na ausência de qualquer uma destas vias, recorrer a um acesso intraósseo, usando as mesmas doses que para a via EV.

- Considerar e tentar corrigir as causas de PCR potencialmente reversíveis:

1) Hipóxia - administrar oxigênio na maior concentração possível, assegurando a permeabilização da via aérea;

2) Hipovolémia - a prioridade é a reposição de volume, administrando Soro Fisiológico 2000mL EV, no mais curto espaço de tempo possível.

3) Hipotermia - cobrir a vítima com manta isotérmica. Administrar Soro Fisiológico 1000mL IV pré-aquecidos a 40°C;

4) Pneumotórax hipertensivo – atuar de acordo com o Procedimento Drenagem Pneumotórax Hipertensivo;

5) Tóxicos/Intoxicação medicamentosa – se história clínica sugestiva contactar o CIAV;

- Manter manobras de reanimação até à chegada da equipa da VMER, até recuperação de circulação espontânea ou até existir indicação para transporte, caso não seja possível apoio da VMER.

- As prioridades depois da recuperação da circulação da vítima continuam a ser as mesmas: ABCDE.

ANEXO XII

Abordagem pré-hospitalar ao Politraumatizado

“Uma vítima é considerada Politraumatizada sempre que apresente lesões em dois ou mais sistemas de órgãos, das quais pelo menos uma, ou a combinação das lesões, constitua um risco vital para o doente” (Tscherne).

Possíveis mecanismos do Trauma:

- Choque frontal;
- Choque traseiro;
- Atropelamento;
- Esmagamento;
- Queda em pé;
- Soterramento;
- Eletrocussão;
- Mergulho.

Na avaliação primária (ABCDE) da vítima politraumatizada:

A - Assegurar a permeabilidade da via aérea; aspiração da orofaringe, extração de próteses dentárias e/ou corpos estranhos; alinhamento anatómico, tração e imobilização da coluna cervical com colar cervical;

NOTA: Está contra-indicada a intubação nasotraqueal dado que, até prova em contrário, é de presumir fratura da base do crânio.

B - Manutenção de oxigenação adequada:

- Se ventilação mecânica: volume corrente 8-12 ml/kg e FR 12/min e FiO₂ 50%;
- Obstrução da via aérea: considerar hipótese de cricotiroidotomia se outras opções falharem;

C - Reposição de volume adequada: o traumatizado deve ter dois acessos venosos. Eventualmente, poderá ser colocado um catéter numa jugular externa ou utilizada a via intraóssea (a considerar também no adulto).

Regra geral, não devem ser utilizados soros glicosados no traumatizado, existindo apenas interesse administrar no diabético ou em situações de hipoglicémia.

D - Administrar oxigénio 10 -12 l/min e atuação de acordo com protocolo específico.

Imobilização da coluna vertebral com colar cervical, imobilizadores laterais da cabeça, com plano duro ou maca de vácuo.

E - Despir e avaliar possíveis lesões que possam ter passado despercebidas, mantendo cuidados de imobilização da coluna vertebral. Evitar a hipotermia. Utilizar manta isotérmica.

ANEXO XIII

FICHAS DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: FRANCA RIGUEL SA TAVARES LOPES

OBJECTIVOS: CONHECER A REALIDADE DO SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR

Coordenador do Estágio:

Data: 12 / 12 / 11

Turno: Manhã Tarde

Meio: UTER

Nº DE ACTIVACÕES: 3

Doença Súbita: 2

Trauma: 1

Outras: —

Abortadas: —

NOME COMPLETO E RUBRICA DO ESTAGIÁRIO: FRANCA RIGUEL SA TAVARES LOPES



NOME COMPLETO E RUBRICA DO OPERACIONAL: Alexandra Baptista



OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Neste turno tive a minha primeira saída de trauma, o que me permitiu ver o modo de actuar neste tipo de situações.


A possibilidade de ver o momento de convulsão e o protocolo de acção foi também enriquecedora.

A última saída foi de dor torácica e onde se fez o protocolo de PCR.

A equipe com quem tive acção acolheu-me com muito simpatia e foi-me explicando tudo o que se processava.

Foi sem dúvida mais uma experiência ~~enriquecedora~~ enriquecedora.

A estagiária demonstrou muito interesse e participou activamente em todos os aspectos inerentes a um turno de UTER.



409A



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: FRANCISCA FUGUEC SA TAVARES LOPES

OBJECTIVOS: Observar a realidade do sistema pré-hospitalar em Portugal.

Coordenador do Estágio: _____

Data: 13/12/11 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV - Gondomar

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

NOME COMPLETO E RUBRICA DO ESTAGIÁRIO: FRANCISCA FUGUEC SA TAVARES LOPES

NOME COMPLETO E RUBRICA DO OPERACIONAL: João António Pereira

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Esta foi a minha ^{primeira} experiência em ambulâncias SIV.
As duas Saídas permitiram-me ver diferenças a dois tipos de situações bem diferentes.
A equipa acolheu-me com muita atenção explicando-me não só os procedimentos e funções do SIV mas também uma evolução histórica de se encaixar em Portugal.

Aparentado o perfeito SIV
Colaboro no trabalho de
check list para funcionamento
de material e farmácia.
Colaboro no sistema peritudo
Intervenção e colaboro em
todas as actividades.



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: FRANCA TUGUEL SA TAVARES LOPES

OBJECTIVOS: Observar a realidade do socorro pré-hospitalar em Portugal

Coordenador do Estágio: _____

Data: 13/12/11 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV - Coimbra

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

NOME COMPLETO E RUBRICA DO ESTAGIÁRIO: FRANCA TUGUEL SA TAVARES LOPES

NOME COMPLETO E RUBRICA DO OPERACIONAL: Jacarina Felicidade Gaspar Alves Martins

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Esta activação mostrou-me o descompasso que existe entre a informação passada pelo COU e a situação real que se encontra no local, com a vítima.
Permitiu-me ainda observar o protocolo de actuação no caso de emergência.

→ activação realizada ainda no turno de Manhã do horário SIV pelo 5 foi efectuada pela equipa SIV da manhã.
→ sf saídas após as 16h.
VAM



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: MARIA TUGUEL SÁ TAVARES LOPES

OBJECTIVOS: CONHECER A REALIDADE DO SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR EM PORTUGAL

Coordenador do Estágio: _____

Data: 14/12/11

Turno: Manhã Tarde

Meio: SBV

Nº DE ACTIVACÕES: 3

Doença Súbita: 1

Trauma: 2

Outras: —

Abortadas: —

NOME COMPLETO E RUBRICA DO ESTAGIÁRIO: MARIA TUGUEL SÁ TAVARES LOPES

NOME COMPLETO E RUBRICA DO OPERACIONAL: ELIANA ANDRÉIA GOMES DA GÓIA CAPELA

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Este 1º estágio nas ambulâncias de suporte básico de vida permitiu-me ver de perto algumas das dificuldades porque se têm vindo a passar todos os dias.

As vezes das saídas estas foram variadas permitindo-me ter uma visão geral do tipo de situações abordadas por este meio.

A equipa foi muito simpática e colaborante mostrando-se sempre muito disponível para explicar os procedimentos e protocolos utilizados.

Estágio revelou boa capacidade de trabalho da equipa e colaboração em todas as atividades da equipa.

Revela bons conhecimentos técnicos e práticos.

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: MARIA MIGUEL SA TAVARES LOPES

OBJECTIVOS: CONHECER A REALIDADE DO SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR EM PORTUGAL

Coordenador do Estágio:

Data: 14/12/11

Turno: Manhã Tarde

Meio: SBV

Nº DE ACTIVAÇÕES: 3

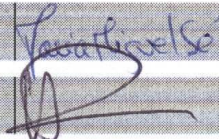
Doença Súbita: 2

Trauma: 1

Outras: -

Abortadas: -

NOME COMPLETO E RUBRICA DO ESTAGIÁRIO: MARIA MIGUEL SA TAVARES LOPES



NOME COMPLETO E RUBRICA DO OPERACIONAL: Heitor Roberto Alves Rodrigues



OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Mais uma vez uma experiência muito enriquecedora.

- Demonstra conhecimentos, interesse e empatia com a equipa e o paciente.
- Coloca dúvidas sempre que foi oportuno.
- Boas experiências técnicas.
- Felicidade.



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: FRANCA TIQUÉL SA TAVARES LOPES

OBJECTIVOS: Conhecer a realidade dos serviços no hospital em Portugal

Coordenador do Estágio: _____

Data: 15/12/11 Turno: Manhã Tarde Meio: UTG

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

NOME COMPLETO E RUBRICA DO ESTAGIÁRIO: FRANCA TIQUÉL SA TAVARES LOPES *[Signature]*

NOME COMPLETO E RUBRICA DO OPERACIONAL: Sofia Mikhelema *[Signature]*

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A saúde que tivemos permitiu-me ver a abordagem à dispneia e à hipoglicemia.

A equipe recebeu-me muito bem e explicou-me todos os procedimentos bem como a utilização de check-list.

Aluno interessado,
boa relação com
pessoal médico e com
doentes

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: TIANA TAVARES SÁ TAVARES WPCS

OBJECTIVOS: CONHECER A REALIDADE DOS SERVIÇOS PRE-HOSPITALARES EM PORTUGAL

Coordenador do Estágio:

Data: 19/12/11

Turno: Manhã Tarde

CODU: Porto

Nº DE ACTIVACÕES: —

Doença Súbita: —

Trauma: —

Outras: —

Abortadas: —

Assinaturas: O Estagiário

Tiana Tavares Sá

O Médico Regulador

Federico Sabio Martinez

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO REGULADOR

Estive a observar o recebimento dos chamados efectuados para o 112. Posteriormente houve no direccionamento de meios.
De destacar, infelizmente, a possibilidade de observar de perto o trabalho efectuado pelos médicos que se encontram no seio.

Realiza o seguimento das chamadas um pouco de atendimento.

[Assinatura]



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: FRANCA TUGVEL SA TAVARES LOPES

OBJECTIVOS: CONHECER MELHOR OS REGIÕES PIRE - HOSPITALARES

Coordenador do Estágio: _____

Data: 07/05/12

Turno: Manhã Tarde

Meio: VREZ

Nº DE ACTIVAÇÕES: 3

Doença Súbita: 3

Trauma: —

Outras: —

Abortadas: —

Assinaturas: O Estagiário

Francia Tugvel Sa Tavares Lopes

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

[Signature]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

~~Em~~ neste estágio tive a oportunidade de me deparar com um possível síndrome coronária aguda, tendo observado a aplicação do protocolo PUSPUS, incluindo o medicamento nifedipina.

Pode ainda presenciar uma situação de intoxicação voluntária por monóxido de carbono que tinha indicação para câmara hiperbárica.

Por uma vez a agradecer à equipe que muito bem me recebeu, ajudando-me neste turno.

Colaborou com interesse nas actividades da equipe.

Comportamento adequado.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: RAIVA TIQUEL SA' TAVARES LOPES

OBJECTIVOS: APROFUNDAR CONHECIMENTOS NOS SERVIÇOS PRÉ-HOSPITALARES

Coordenador do Estágio:

Data: 01/05/12 Turno: Manhã Tarde Meio: VTER

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

Assinaturas: O Estagiário [assinatura] O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [assinatura]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Este turno foi bastante curto uma vez que estiveis impedições desde as 14h até às 16,10h.
Tive ss uma saída para um masculino de 91 anos que se encontrava em posição cardiocirculatória há tempo indeterminado, tendo sido verificada a óbito.
Infelizmente este turno não me permitiu expandir os meus conhecimentos.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Perchegon admirante na saída do turno.
Bom espírito de equipa
[assinatura] 45860

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: PAULA MIGUEL SA TAVARES LOPES

OBJECTIVOS: Conhecer e aprofundar os meus conhecimentos nos serviços pré-hospitalares - UTEC

Coordenador do Estágio: _____

Data: 08/05/12 Turno: Manhã Tarde Meio: UTEC

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

Assinaturas: O Estagiário Paula Miguel Sa

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Luís de Fátima Afonso de Sousa

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Foi mais uma oportunidade excelente para aprofundar os meus conhecimentos no UTEC.
Apesar de ter tido poucas saídas pude realizar a check-list e rever alguns protocolos mais utilizados.

Tenho pouco conhecimento da Emergência pré-hospitalar

Luís de Fátima Afonso de Sousa

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: FRANCA TUGUEL DA FAVARES LOPES

OBJECTIVOS: Conhecer e aprofundar os meus conhecimentos nos serviços pré-hospitalares - UTEER

Coordenador do Estágio:

Data: 08/05/12

Turno: Manhã Tarde

Meio: UTEER

Nº DE ACTIVAÇÕES: 4

Doença Súbita: 4

Trauma:

Outras:

Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

FRANCA TUGUEL DA FAVARES LOPES

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

André Fod Jones

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Apesar de ter sido as saídas de doença súbita, estas foram variadas permitindo-me ver diferentes abordagens em UTEER.

Agradeço a hospitalidade do médico e enfermeiro que me receberam.

→ Bom espírito de grupo
→ Participo activamente em todas as actividades da UTEER.

André Fod Jones
45860

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: MARIA TUGUEL DA TAVARES LOPES

OBJECTIVOS: CONHECER A REACÇÃO DOS AGENTES PRÉ-HOSPITALARES EM PORTUGAL

Coordenador do Estágio:

Data: 10/05/2012

Turno: Manhã Tarde

Meio: SBV - PORTO 1

Nº DE ACTIVAÇÕES: 6

Doença Súbita: 4

Trauma: 2

Outras: —

Abortadas: —

Assinaturas: O Estagiário

Flavia Lopes

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Ana Luísa Andrade do Rego

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Este foi um estágio não em situações
e também variado nas mesmas!
Foi-me permitido fazer avaliação dos sinais
vitalis e abordagem geral dos utentes.
O meu obrigado aos TAE é que me receberam.

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Flávia Thylse Tavares Lopes

OBJECTIVOS: CONHECER OS PROCEDIMENTOS DOS SERVIÇOS PRÉ-HOSPITALAR

Coordenador do Estágio:

Data: 14/05/12

Turno: Manhã Tarde

Meio: VTEC

Nº DE ACTIVAÇÕES: 4

Doença Súbita: 4

Trauma: —

Outras: —

Abortadas: —

Assinaturas: O Estagiário

Flávia Thylse Tavares Lopes

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Aluísio (43378)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Foi uma boa oportunidade de ver diferentes tipos de activação. O meu objectivo é a equipa que me recebeu.

O estágio cumpriu os objectivos a que se propôs

- familiarização da equipa
- familiarização com os valores e protocolos de VTEC
- conhecimento material VTEC.

Aluísio (43378)

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: TANA FUGUEL SÁ TAVARES LOPES

OBJECTIVOS: APROFUNDAR CONHECIMENTOS SOBRE SERVIÇOS PNE - HOSPITALARES

Coordenador do Estágio:

Data: 14/05/2012

Turno: Manhã Tarde

Meio: UTIC2

Nº DE ACTIVAÇÕES: 3

Doença Súbita: 2

Trauma: -

Outras: -

Abortadas: 1

Assinaturas: O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Nesta saída pude perceber mais uma vez que nem sempre a informação da activação corresponde ao que acontece no local.

Tive o mesmo 2º activação com alguma ajuda que não justificasse o envio de uma URG.

O meu apadecimento à equipe me recebeu.