

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

Gabriel José Atanásio Almeida

Orientador:

Dr. António Marques da Silva

Porto 2013

Resumo

No âmbito da Unidade Curricular "Projeto/Dissertação/Relatório de Estágio" que integra o 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, optou-se pela realização de um estágio de observação no INEM com posterior elaboração de um relatório. Durante o estágio houve contacto com as diferentes valências do INEM, Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), Ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV), Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Os principais objetivos deste estágio foram situar o papel do médico na abordagem e tratamento do doente emergente, identificar as principais situações de emergência do foro médico e traumatológico; apreender técnicas "life-saving"; conhecer os protocolos de atuação e aplicar os Algoritmos de Suporte Avançado de Vida e tomar consciência da importância do trabalho em equipa na Emergência Médica. Além disso esperava-se ainda adquirir competências práticas relacionadas com liderança e gestão, em situação de pressão e ansiedade; técnicas de reanimação e estabilização de doentes emergentes; trabalho em equipa e responsabilidade e ética profissional.

O presente estágio realizou-se em 14 turnos de 6 horas, 2 turnos no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), 4 turnos em ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV), 4 turnos em Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e 4 turnos na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Houve um total de 39 ativações, a maioria na VMER (43%), sendo a maioria das ocorrências casos de Doença súbita (85%) tendo havido 5 ativações para episódios de Trauma

Apesar de o curso de medicina não preparar o aluno para a grande maioria das situações de emergência pré-hospitalar, o estágio revelou-se muito enriquecedor pela panóplia de situações de doença súbita e trauma que surgiram. No final os objetivos propostos foram atingidos com sucesso permitindo a aquisição não só de conhecimentos teórico/práticos na área da emergência médica como em termos pessoais como futuro médico.

Abstract

During the 6th year of the Integrated Masters in Medicine Curricular Unit “Projeto/ Dissertação/ Relatório de Estágio”, I decided to do an observational internship at the Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) with the posterior elaboration of a report. During my internship I had the opportunity to visit various EMS services: Emergency Patient Orientation Center (CODU), Basic Life Support Ambulances (SBV), Immediate Life Support Ambulances (SIV) and Medical Emergency Response Vehicle (VMER). The main goals of this internship were to define the role of the physician in the approach and treatment of the emergency patient, identify the main emergency situation in Medical Illness and Trauma, learn life-saving techniques, get to know protocols, apply Advanced Life Support algorithms and finally to understand the importance of team work in a medical emergency. Beyond this, acquire practical competencies related to leadership and management in pressure situations, resuscitation and stabilization techniques, team-work as well as professional ethics and responsibility.

The internship was done in fourteen 6 hour shifts. Two shifts in CODU, 4 shifts in SBV ambulances, 4 shifts in SIV ambulances and 4 shifts in VMER. During the 84 hours of internship I participated in 39 activations mainly in the VMER (43%). Most of the activations were due to acute illness (85%), and 5 were activations due to trauma emergencies.

Even though Integrated Masters in Medicine did not prepare me to deal with most medical emergencies, this internship was magnificent due to all the different situations of acute illness and trauma. In the end I think that all the goals were successfully accomplished, improving not only my theoretical and practical knowledge in medical emergency but also my personal beliefs as a future doctor.

Siglas e Abreviaturas

- AESP**- Atividade elétrica sem pulso
- AVC**- Acidente Vascular Cerebral
- BAV**- Bloqueio aurículo-ventricular
- Bmp**- batimentos por minuto
- CIAV**- Centro de Informação Anti-venenos
- CHP**- Centro Hospitalar do Porto
- Cmp**-ciclos por minuto
- CODU**- Centro de Orientação de Doentes Urgentes
- DM 2**- Diabetes Mellitus Tipo 2
- DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- EAM**- Enfarte agudo do Miocárdio
- ECG**- Electrocardiograma
- EV**-Endovenoso
- FC**-Frequência Cardíaca
- FR**- Frequência Respiratória
- GNR**- Guarda Nacional Republicana
- HSJ**- Hospital de São João
- HTA**- Hipertensão Arterial
- INEM** – Instituto de Emergência Médica
- IRC** – Insuficiência Renal Crónica
- MID**- Membro inferior direito
- MIE** – Membro Inferior Esquerdo
- MS**-Membro Superior
- MSD**- Membro superior Direito
- MDE**- Membro Superior Esquerdo
- PCR**- Paragem Cardio-respiratória
- PSP**- Polícia de Segurança Pública
- Sat.**- Saturação Periférica
- SAV**- Suporte Avançado de Vida
- SBV**- Suporte Básico de Vida
- SIEM**- Sistema Integrado de Emergência Médica
- SIV**- Suporte Imediato de Vida
- SNA** – Serviço Nacional de Ambulâncias
- SNG**- Sonda Nasogástrica
- SU**- Serviço de Urgência

TA- Tensão Arterial

TAE- Técnico de Ambulância de Emergência

TAS- Tripulante de Ambulância de Socorro

TCE- Traumatismo Craneoencefálico

Temp.- Temperatura axilar

VMER- Viatura médica de Emergência e Reanimação

Índice

Resumo	I
Abstract	II
Siglas e Abreviaturas	III
Introdução.....	1
Objetivos	1
Emergência Médica no Pré-Hospitalar	1
Breve Revisão Histórica.....	1
Da chamada ao Socorro	3
Os Meios	3
Discussão	4
Conclusões.....	29
Bibliografia.....	31
Anexos	32

Introdução

Objetivos

A emergência médica é um fascínio, tanto pela imprevisibilidade a que está associada, como pela pressão e ansiedade que desperta e que deve ser controlada ao máximo. Ao longo do curso de medicina a emergência é pouco abordada, e quando se fala de emergência é sobretudo aquela que ocorre em ambiente hospitalar. Aqui o ambiente é controlado sendo por isso diferente da pré-hospitalar onde os meios otimizados nem sempre estão disponíveis, o ambiente que envolve a vítima é hostil e a pressão da situação é maior dado se tratar do primeiro contacto com o doente crítico.

Portugal tem um Sistema Integrado de Emergência Médica responsável pela prestação de assistência às vítimas de trauma ou acidentes de viação. O INEM é, em Portugal continental, o coordenador deste Sistema.

Com o propósito de conhecer de perto a realidade da emergência médica pré-hospitalar e de contactar diretamente com situações “life-saving” e com o ambiente que as envolve, propôs-se a realização de um estágio de observação na Delegação Norte do INEM com frequência das diferentes valências deste, nomeadamente o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV), ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER).

Os principais objetivos deste estágio foram situar o papel do médico na abordagem e tratamento do doente emergente, reconhecendo o seu papel fundamental na liderança das equipas que prestam cuidados a esse tipo de doentes; identificar as principais situações de emergência do foro médico e traumatológico; apreender técnicas “life-saving” – assumidas como essenciais para a manutenção da vida no doente grave; conhecer os protocolos de atuação e aplicar os Algoritmos de Suporte Avançado de Vida e tomar consciência da importância do trabalho em equipa na Emergência Médica. Além disso esperava-se ainda adquirir competências práticas relacionadas com: liderança e gestão, em situação de pressão e ansiedade próprias da abordagem do doente muito grave e emergente; técnicas de reanimação e estabilização de doentes emergentes, em situação de doença súbita e trauma; trabalho em equipa e responsabilidade e ética profissional.

Emergência Médica no Pré-Hospitalar

Breve Revisão Histórica

Os primeiros passos na Emergência Médica foram dados por Pierre François Percy (1754-1825), que criou um grupo de auxiliares e ambulâncias com o fim de efetuarem primeiros socorros e transporte de feridos dos locais de batalha, e Dominique Larrey (1766-1842), que

promoveu o conceito de triagem e assistência dos feridos, por pessoal treinado, no local da batalha. Durante a guerra Civil Americana, Jonathan Letterman propôs uma nova filosofia de emergência médica que consistia no transporte o mais rápido possível das vítimas ao hospital, onde eram posteriormente assistidas. Em 1863 surge a Cruz Vermelha com o intuito de facilitar a identificação dos meios de assistência a feridos. No ano seguinte realizou-se a Convenção de Genebra e estipulam-se medidas a implementar na assistência de feridos, Portugal também adotou estas medidas. A primeira Guerra Mundial, bem como a experiência da segunda Guerra Mundial e de conflitos posteriores (Coreia, Vietname e a Guerra Colonial em África), permitiram constatar que os modelos utilizados nestes conflitos, tratamento adequado no local e posterior transporte da vítima para o Serviço de Urgência Hospitalar, era o mais correto, sendo por isso extrapolado para os modelos civis atuais. ⁽¹⁾

Os primeiros serviços de Emergência Médica Civil surgiram na segunda metade do século XIX, diferenciando-se duas vertentes: aquela seguida por Letterman, transporte hospitalar rápido, e uma segunda defendida por Larrey em primeiro e por Kirschner posteriormente, em que o médico era levado às vítimas. ⁽¹⁾

Em Portugal a Emergência Médica Pré-hospitalar surge em 1965 com a criação de um serviço de primeiros socorros efetuado por elementos da Polícia de Segurança Pública (PSP) que conduziam ambulâncias e levavam as vítimas dos locais dos acidentes para os hospitais. Seis anos mais tarde surge o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA) responsável pela orientação e coordenação das atividades relacionadas com a prestação de primeiros socorros e transporte de doentes ou sinistrados aos hospitais. Em 1975 o SNA é incumbido de resolver o vazio existente no socorro entre o local do acidente e o hospital. Assim criaram-se vários postos de ambulâncias cuja localização (essencialmente nos Corpos de Bombeiros e, em menor grau, na Cruz Vermelha Portuguesa) foi estipulada de modo a que o tempo entre a ativação e a chegada ao local fosse inferior a 25 minutos. Em 1978 a intervenção nacional feita pelo SNA é alargada, com maior investimento na distribuição de ambulâncias, criando-se uma rede de telecomunicações, com o número de emergência 115. As chamadas eram atendidas por elementos da GNR ou PSP, tal como atualmente, no entanto eram estes elementos que efetuavam a triagem. Foi também neste ano que se constatou que era importante que a assistência hospitalar fosse um contínuo dos bons cuidados prestados no pré-hospitalar, surge então a ideia da criação de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). A 3 de Agosto de 1981 surge o INEM como instituição que iria garantir o funcionamento do SIEM, conjunto de entidades (PSP, GNR, INEM, Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa e Hospitais e Centros de Saúde) que cooperam com o objetivo de prestar assistência a vítimas de acidente ou doença súbita. ⁽¹⁾

Com as crescentes exigências na área da emergência pré-hospitalar surge a necessidade de melhoria da qualidade dos serviços. Assim, em 1982, surgiu o Centro de Informação Anti-Venenos (CIAV), que presta informações toxicológicas, 24 horas por dia. Em 1987 surge o Subsistema de Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco, que visava minimizar as situações graves vividas por alguns recém-nascidos nas primeiras semanas de vida. Surge também o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) Lisboa. Este foi uma mais valia nos cuidados prestados aos doentes, pois permitiu uma melhor interligação com as estruturas de saúde, conforme se pretendia com o SIEM. O CODU tem como objetivo avaliar, no menor período de tempo possível, os diferentes pedidos de socorro e determinar quais os meios e recursos humanos a enviar, tudo isto é feito através de protocolos pré-estabelecidos. Posteriormente surge o CODU Norte (1991), CODU Centro (1995) e CODU Algarve (2000). Inicialmente o atendimento das chamadas era assegurado diretamente por médicos mas em 1996 passou a ser efetuado por Operadores de Central devidamente formados e coadjuvados por médicos. Em 2002 todas as chamadas efetuadas para o número 112 a nível nacional referentes a emergências médicas passam a ser orientadas para o CODU. Devido á localização geográfica de Portugal em 1989 surge o CODU-Mar, que presta socorro a embarcações que se encontrem na área de influência do território Português. A primeira VMER é também aberta neste ano em Lisboa e em 1997 é iniciado o serviço de helitransportes com a intervenção de dois helicópteros ambulância dedicados. Em 2004 surgem as primeiras motas de Emergência em Lisboa e Porto. ^(1,2)

Da chamada ao Socorro

Quando se liga 112 a chamada é direcionada para uma Central 112 localizada na PSP que ao se aperceber que se trata de uma emergência médica a encaminha para o CODU. No CODU a chamada é devidamente localizada, as vítimas são classificadas (idade, sexo e principais queixas) e triadas segundo algoritmos de decisão, que consoante as queixas principais sugerem perguntas a fazer. Este programa de triagem baseado em algoritmos, em suporte informático, automaticamente indica o tipo de meio a enviar consoante as respostas dadas.

Os Meios

O INEM dispõe de vários meios para a prestação dos cuidados necessários consoante a gravidade das vítimas em questão. No âmbito do estágio tem interesse focar as Ambulâncias SBV e SIV e a VMER.

Ambulância SBV

Tripuladas por dois Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE) do INEM ou 2 Tripulantes de Ambulância de Socorro (TAS) em meios do INEM colocados nos Bombeiros (os

denominados Postos de Emergência Médica - PEM) ou meios próprios dos Bombeiros. O seu principal objetivo é a chegada de uma equipa de emergência ao local da ocorrência de modo a que se faça estabilização básica das vítimas e seu transporte de uma forma rápida e segura para o serviço de Urgência mais apropriado á situação clínica.

Ambulância SIV

Integrada por um TAE e um enfermeiro, constitui uma mais-valia na qualidade da assistência pré-hospitalar em caso de Emergência. O seu grande objetivo é prestar cuidados de saúde mais diferenciados do que o SBV, nomeadamente nas manobras de reanimação. Além da carga da ambulância de SBV, a SIV possui um monitor, que permite a transmissão de dados de ECG para o CODU, e diversos fármacos (administrados mediante ordem médica).

VMER

Útil especialmente em situação de perigo eminente de vida em que há necessidade de prestação de cuidados médicos de emergência. É composta por um Médico e um Enfermeiro que têm equipamento de Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado de Trauma. Foi concebida para a chegada rápida ao local onde está o doente de modo a que possa fazer a sua estabilização na fase pré-hospitalar e durante o posterior acompanhamento ao Serviço de Urgência (SU) mais adequado á vítima. Nem sempre é o SU mais próximo mas sim aquele que possui maior capacidade (especialidades médicas e equipamentos) de tratamento da situação clínica da vítima em questão.

Discussão

O presente estágio foi realizado em duas fases, uma primeira fase durante o ano de 2012 e a outra no ano de 2013. Cada uma foi dividida em 7 turnos de 6 horas cada, 1 turno realizado no CODU, 2 turnos em ambulância de SBV, 2 turnos em Ambulância SIV e 2 turnos VMER (Anexo 1,2).

As 84 horas de estágio foram divididas pelos diversos meios. Iniciou-se cada uma das duas fases pelo CODU, dado ser aqui que se inicia todo o processo de socorro às vítimas. Uma vez encaminhada para o CODU, uma chamada relativa a uma emergência médica é automaticamente direcionada para o operador que está livre mais depressa, nos diversos CODU's de todo o País. Durante o estágio no CODU constatou-se que este processo, embora possa acelerar o atendimento da chamada pode dificultar a localização da ocorrência, principalmente quando a vítima não sabe a morada ao certo (apesar do sistema informático de localização de eventos), ou quando há dificuldade na comunicação telefónica. Seria de ponderar fazer o atendimento por zona de acontecimento. Ou seja após a receção da chamada 112 pela central da PSP esta seria triada relativamente a localização do evento e

posteriormente encaminhada para o CODU da zona. Desta forma a localização do evento seria mais fácil (apesar da área coberta por cada CODU ser muito grande). É essencial verificar se desta forma o tempo de espera não aumenta.

Após a chamada ser atendida o operador inicia por questionar a morada e informações relativas ao sexo e idade da vítima para posteriormente, consoante as queixas, seguir o algoritmo que o programa informático sugere. Aqui surge outra dificuldade, que se deve não só à ansiedade que a pessoa que telefona/vítima apresenta mas também à falta de informação da população em geral. Após se ligar 112 a chamada é inicialmente encaminhada para uma Central 112 na PSP. Grande parte da população desconhece isto e logo após o atendimento da chamada começa a descrever o episódio emergente. Posteriormente a chamada é reencaminhada para o CODU e só aqui é que a descrição do evento em si é relevante, tornando inútil tudo aquilo que foi dito antes, o que a maioria das pessoas não aceita. Além disso é essencial que a morada seja a primeira informação a ser comunicada uma vez que só com uma morada correta os meios poderão chegar ao local. Tal não é facilmente assimilável por parte de quem liga pois o stress não o permite. Após a colocação da morada no programa informático e à medida que se vai prosseguindo na triagem e o sistema sugere um meio este é logo direccionado para os técnicos do acionamento, que dão ordem de saída do meio de socorro, mesmo que a chamada continue.

Na zona de acionamento, os meios propostos pelo sistema informático, consoante a gravidade da situação, são ativados segundo não só a disponibilidade mas também a proximidade e acessibilidade ao local. O acionamento é feito diretamente para o computador (programa Mobile) que todos os meios de emergência possuem. Muitas vezes o programa não funciona corretamente e o evento ou não é recebido ou demora demasiado tempo a entrar no programa. Assim, caso o meio em questão não acuse a receção do evento, este será avisado por sistema de rádio ou via telemóvel.

O estágio no CODU terminou no local onde está o médico regulador, que é responsável pela supervisão do atendimento dos pedidos de socorro e seu encaminhamento, gerindo os recursos humanos e materiais disponíveis. ⁽³⁾ É também responsável pela articulação Pré-Hospitalar e Hospitalar, podendo sempre que apropriado alterar o destino da vítima. Todos os dados acerca de uma dada vítima em que a VMER participa são contactados diretamente ao médico assim como os da SIV, que além disso sempre que realizam ECG ou pretendem administrar medicação tem de o transmitir/contactar o CODU para análise do médico responsável. Os dados das ambulâncias SBV são também confirmados no sistema informático pelo médico, principalmente quando há dúvida relativa ao destino da vítima.

Relativamente aos meios de emergência pré-hospitalar presenciaram-se 39 ativações, a maioria na VMER (Gráfico 1).

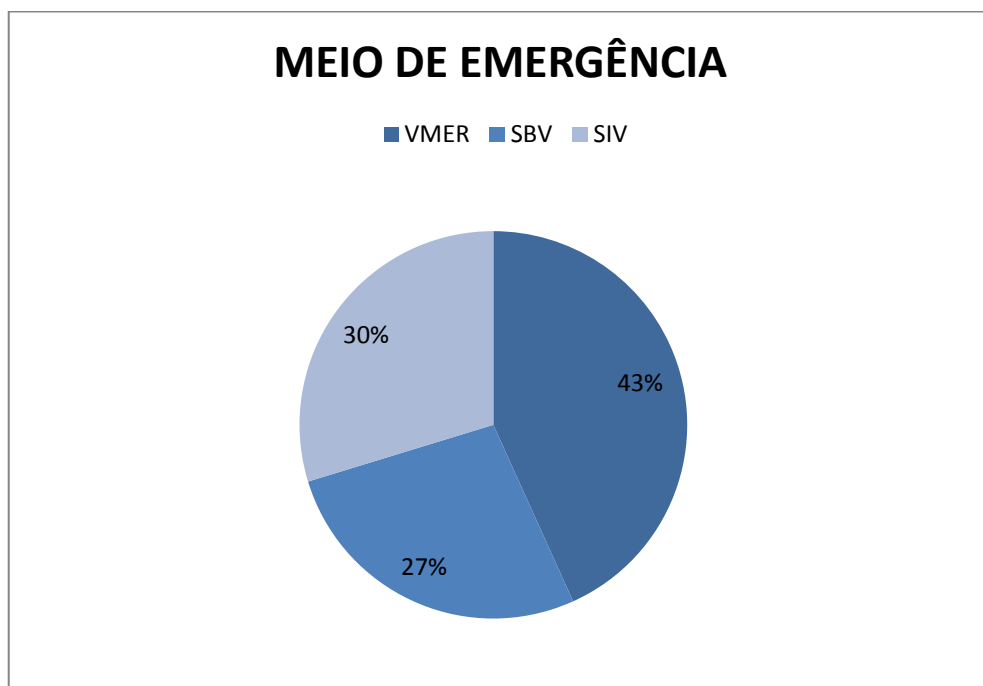


Gráfico 1- Percentagem de ativações por meio

A maioria das vítimas foram do sexo Feminino, sendo a frequência de ambos os sexos foi muito semelhante (Gráfico 2).

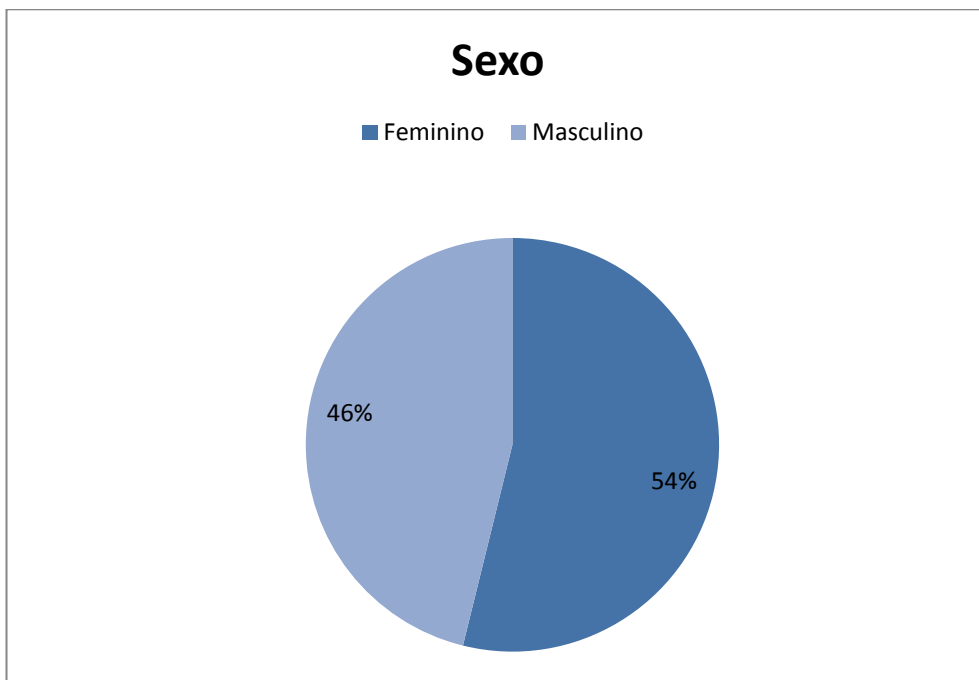


Gráfico 2- Distribuição das ativações por sexo

Relativamente á distribuição por faixa etária a média de idades foi de 63 anos, não tendo havido qualquer ativação para indivíduos abaixo dos 10 anos. Este histograma mostra ainda a prevalência elevada de indivíduos com mais de 70 anos (20 indivíduos). Esta

distribuição é facilmente justificada por ser esta a população, tanto pela idade como pelas múltiplas co-morbilidades que apresenta, mais vulnerável a doença súbita (Gráfico 3).

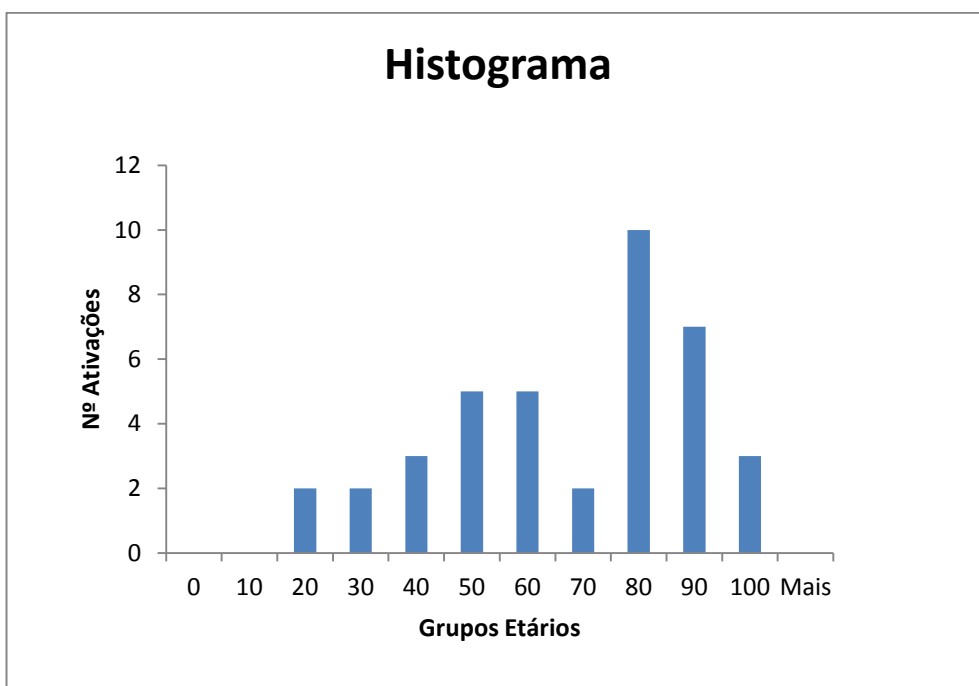


Gráfico 3- Distribuição etária das ativações

Relativamente ao local das saídas este distribuiu-se igualmente entre a via pública e o domicílio (Gráfico 4).

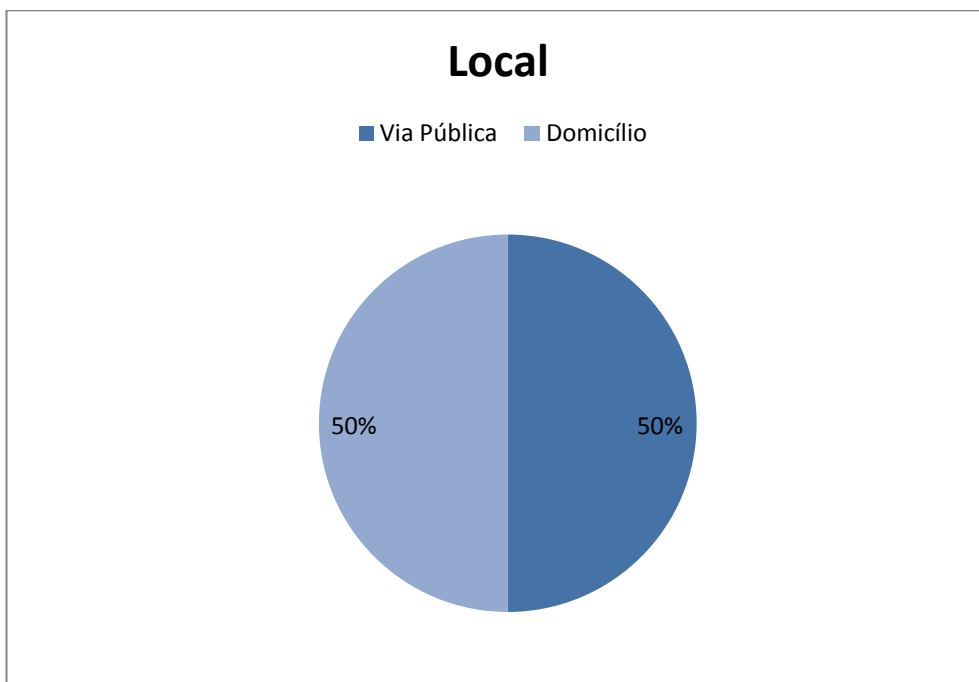


Gráfico 4- Distribuição do local das ativações

No que diz respeito à categoria clínica, verificou-se que a grande maioria das ativações foram para casos de Doença súbita, justificável pela idade média das vítimas, tendo havido 5 ativações por Trauma (habitualmente mais frequente em jovens). ⁽⁷⁾ Segundo os dados das VMER S.João (1997-2005), Francisco Xavier (2007-2008) e Barcelos (2008) a frequência de ativações por doença súbita (67%; 82,5%; 65.7%) é bastante superior às de Trauma (30%; 17,5%; 20,6%), indo de encontro aos dados aqui constatados, apesar de estes se referirem a todos os meios frequentados (Gráfico 5). ^(4,5,6)

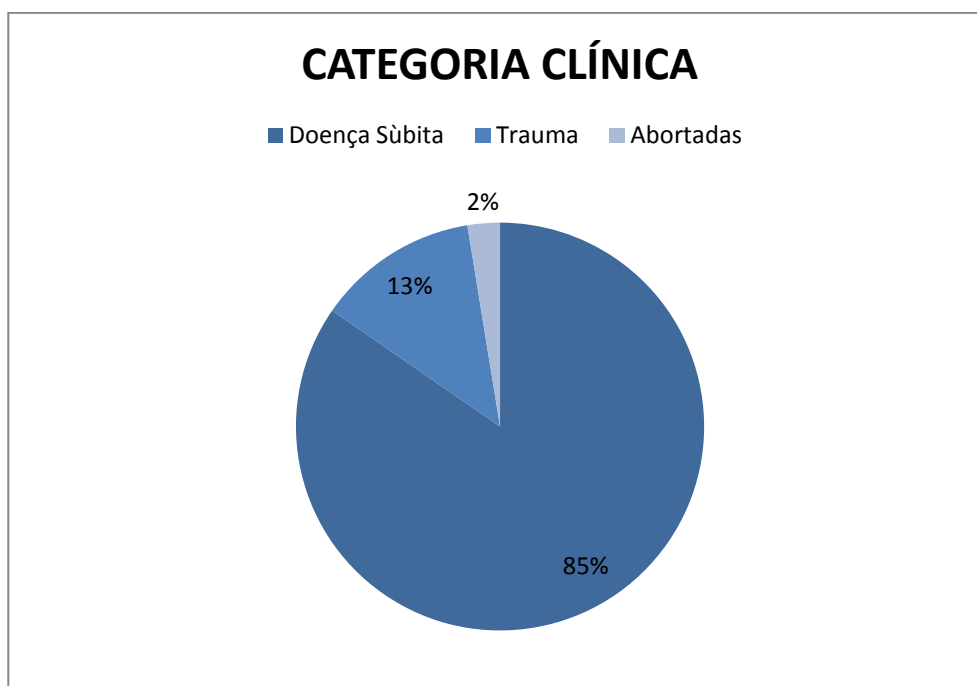


Gráfico 5- Distribuição das ativações por categoria clínica

Por fim analisou-se qual a triagem efetuada relativamente ao meio de emergência ativado. A Triagem de Manchester divide-se em 5 cores. O Azul identifica o doente “Não Urgente”, o Verde “Pouco Urgente”, o Amarelo “Urgente”, o Laranja “Muito Urgente” e o Vermelho “Emergente”, havendo ainda a cor branca que é atribuída a todo o doente que apresente situações não compatíveis com o Serviço de Urgência.

Pôde-se constatar que a maioria das vítimas que receberam assistência por parte das ambulâncias SBV foram triadas como Amarelo, verificando-se conformidade entre a triagem pré-hospitalar e hospitalar. Relativamente à SIV a maioria das ativações que tiveram acompanhamento foram triadas como laranja, também mostrando concordância entre as triagens. Na VMER as ativações em que houve transporte hospitalar foram triadas como “Muito Urgentes ou Emergentes”. Todas as ativações cuja triagem hospitalar foi “Emergente”, tiveram ativação do meio mais diferenciado, VMER (Gráfico 6).

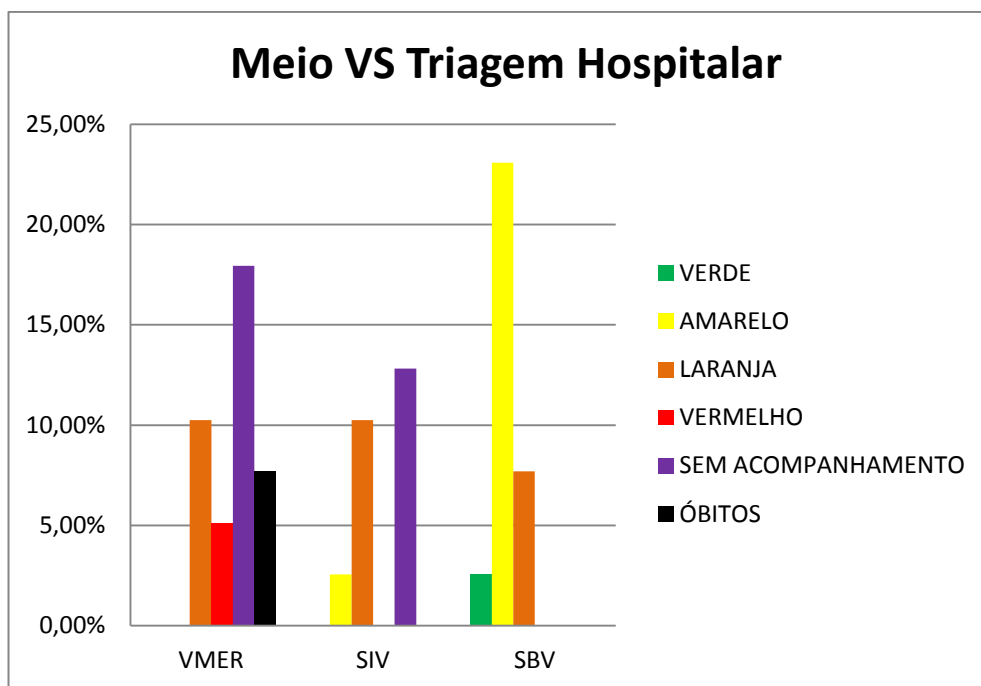


Gráfico 6- Triagem Hospitalar por meio ativado

A seguir apresentam-se os diversos turnos com as várias saídas efetuadas. Cada saída está organizada inicialmente com o motivo de ativação seguida da caracterização (sexo e idade) da vítima. Posteriormente apresentam-se os antecedentes pessoais e medicação das vítimas e no final a abordagem e encaminhamento destas.

1º Turno de VMER- VMER S-João dia 29/10/2012-14h00-20h00

#1

Dor Torácica -Via Publica

Masculino,68 anos.

Antecedentes Pessoais- HTA

Medicação- Anti-hipertensor (desconhece nome)

Vítima consciente e colaborante. Dor torácica em aperto com irradiação para o MSE.

Sem náuseas, nem hipersudorese. Pele e pupilas sem alterações

Glasgow:15(4+5+6); FC:78bpm; FR:18cpm; TA:170/96mmHg; Glicemia capilar: 96mg/dL, Temp.: não avaliada; Sat.:98% ar ambiente.

ECG de 12 derivações: Ritmo sinusal sem alterações sugestivas de isquemia aguda.

Enviado ao SU do hospital sem acompanhamento.

#2

Atropelamento -Via pública

Feminino, 28 anos.

Sem Antecedentes Pessoais.

Sem medicação Habitual.

Vítima em decúbito dorsal, imobilizada em plano duro pelos bombeiros. Muito queixosa. Múltiplas escoriações no membro inferior esquerdo. Apresentava deformação do 1/3 inferior do MIE e laceração do 1º espaço interdigital. Consciente e colaborante.

Glasgow:15 (4+5+6); FC:112bpm; TA:130/75mmHg; FR:19cpm; Temp.:não avaliada; Glicemia Capilar:98mg/dL; Sat: 97% ar ambiente.

Colocou-se acesso endovenoso. Fez 5mL de Fentanil EV (2+2+1) + 1000mg de Paracetamol.

No transporte iniciou náuseas. Fez Metoclopramida 10mg EV.

Acompanhada ao SU do HSJ.

Triagem de Manchester: Laranja

#3

PCR-Domicílio

Masculino, 82 anos.

Antecedentes Pessoais- Bypass cardíaco, Incontinência urinária, DM 2, HTA, Nódulo Pulmonar.

Medicação Habitual: Desconhecida

Vítima em decúbito dorsal no chão. Sem movimentos respiratórios, nem pulso.

PCR presenciada pelos bombeiros com pouco tempo de evolução.

Bombeiros em manobras de SBV.

Iniciam-se manobras de SAV. Doente é aspirado e entubado.

ECG simples -Assistolia.

Fez Adrenalina 1+1+1 sem alteração no ECG.

Certificação do óbito.

#4

Queda da própria altura- Via Pública

Feminino, 58 anos.

Sem antecedentes pessoais de relevo.

Sem medicação habitual.

Vítima imobilizada em plano duro. Verificou-se hemorragia da cavidade oral com lesão na região dos dois incisivos centrais superiores e edema da zona central da face.

Consciente e orientada.

Glasgow:15(4+5+6); TA:130/75mmHg; FC:89bpm; FR:17cmp; Temp:36.4°C; Glicemia Capilar:88mg/dL; Sat:96% ar ambiente.

Transportada ao SU do Hospital Pedro Hispano.

Triagem de Manchester: Laranja

1º Turno de Ambulância SBV- Porto 1 dia 30/10/2012-14h00-20h00

#5

Dispneia- Via Pública

Feminino, 18 anos.

Antecedentes pessoais: Arritmia cardíaca em estudo

Sem medicação habitual

Vítima taquipneica e muito ansiosa, com dor retrosternal sem irradiação.

Consciente e orientada

Glasgow:15 (4+5+6); TA:98/67mmHg; FC:113bpm; FR:26cpm; Temp: 36.4º; Sat.: 96% ar ambiente; Glicemia Capilar: não avaliada

Levada ao SU do CHP

Triagem de Manchester: Amarelo

#6

Atropelamento- Via Público

Feminino, 76 anos.

Vítima em decúbito dorsal. Possível fratura do MIE ao nível do joelho, possível fratura do MSD ao nível do úmero, com dor á mobilização e deformidade. Verificou-se ainda provável fratura nasal com abundante hemorragia nasal e edema da pirâmide nasal, laceração da asa direita do nariz e lábio superior e inferior.

Consciente e orientada.

Glasgow: 15 (4+5+6); TA:118/85mmHg; FC:110bpm; FR:19cpm; Sat:94% ar ambiente; Temperatura e Glicemia Capilar: não avaliadas.

Imobilização em plano duro com colar cervical. Colocou-se máscara facial com O2 a 4L/min

Transportada ao CHP

Triagem de Manchester: Laranja

#7

Dor torácica- Domicílio

Masculino, 39 anos

Antecedentes Pessoais: Neoplasia gástrica, Doença de Von-Willebrand

Medicação Habitual- Desconhece fármacos

Bom aspeto geral, referindo apenas cefaleia difusa, astenia e dor torácica ligeira com agravamento á palpação da grade costal, sem irradiação.

Glasgow: 15(4+5+6); TA:135/70mmHg; Glicemia Capilar: 105mg/dL; FC:84bpm; FR:16cpm; Sat.: 99% ar ambiente.

Transportado ao SU do CHP
Triagem de Manchester: Amarelo

1º Turno de Ambulância SIV- SIV-Gondomar dia 05/11/2012-14h00-20h00

#8

Vítima inconsciente -Domicilio
Feminino, 92 anos
Antecedentes pessoais: Insuficiência Cardíaca, HTA, DM 2
Medicação: Lisinopril, Furosemida, Carvedilol.
Vítima com dispneia muito intensa em repouso que impedia de completar frases.
Grande esforço respiratório com tiragem supraclavicular e intercostal. Sem dor torácica.
Glasgow: 13 (4+3+6); Sat.:86 % ar ambiente; Temp:35.1°C; TA:204/128mmHg;
FC:115bpm; FR:22cpm
ECG simples - Ritmo sinusal.
Auscultação Pulmonar- Sibilos e crepitações em ambas as bases pulmonares.
Colocação de acesso endovenoso e máscara de oxigênio a alto débito. Fez Furosemida
40 mg EV, Nitrato Sublingual, Nebulização com Salbutamol.
Reavaliou-se a Sat.(95%) e FC(122 bpm)
Transportada ao CHP.
Triagem de Manchester: Laranja

#9

Dor Torácica-Via Publica
Homem, 77 anos.
Antecedentes pessoais: Neoplasia do apêndice.
Sem medicação habitual.
Vítima com dor torácica precordial, em aperto e sem irradiação. Tinha realizado ECG na
clínica onde estava que demonstrou um EAM da parede posterior.
Glasgow: 15(4+5+6); TA:132/84mmHg; FC:87bpm; FR:16cpm; Sat:98% ar ambiente;
Temp: não avaliada.
Fez aspirina 500mg.
Transportado ao SU HSJ.
Triagem de Manchester: Laranja

2º Turno de Ambulância SIV- Gondomar dia 06/11/2012-14h00-20h00

#10

Intoxicação Medicamentosa – Domicilio

Feminino, 55 anos.

Antecedentes pessoais- Depressão, com tentativas prévias de suicídio.

Medicação Habitual: Quetiapina+ Lorazepam

Vítima em posição lateral de segurança. Não respondia a ordens, reagindo apenas a estímulo doloroso. Provável ingestão de 20 comprimidos de Lorazepam 2,5mg, 10 comprimidos de Quetiapina e 10 comprimidos de Celecoxib 100.

Glasgow: 9(2+3+4); TA:107/72mmHg; FC:102bpm; FR:16cpm; Glicemia Capilar: 105mg/dL; Temp.: não avaliada. Sat.:95% ar ambiente.

Fez-se entubação nasogástrica e lavagem gástrica com soro fisiológico.

Fez-se carvão ativado, após contacto com o CODU. Colocou-se cânula nasal com O2 4L/min.

Transporte ao CHP

Triagem de Manchester: Laranja

2º Turno de Ambulância SBV- Porto 4 dia 12/11/2012-14h00-20h00

#11

Vítimas de eletrocussão-Via Publica

2 Vítimas de sexo masculino, 27 e 32 anos.

Vítimas conscientes. Vítima de 32 anos apresentava queimaduras na face e Membros Superiores, com atingimento da Via aérea. Chegou a VMER S. João e ficou com esta vítima.

Segunda vítima apresentava queimaduras da face anterior do pescoço. Via aérea aparentemente não atingida. Sem sinais de dificuldade respiratória referindo apenas dor no MSD, onde apresentava queimadura com a pele ruborizada e enrugada até ao cotovelo, mas sem bolhas.

Glasgow: 15(4+5+6); TA:138/74mmHg; FC:98bpm; Temp.: não avaliada; Sat.:92% ar ambiente; FR:18cpm, Glicemia capilar: não avaliada.

MSD coberto com compressas, bem como os espaços interdigitais e regado abundantemente com soro fisiológico.

Coberto com lençol térmico.

Chegada VMER Sto. António.

ECG simples- Sem alterações.

Criou-se acesso endovenoso para realização de volume (500ml) e de analgesia (0,2 mg Fentanil + 6mg de morfina). Colocou-se máscara facial para realização de O2 a 6L/min.

Transportado ao HSJ com acompanhamento.

Triagem de Manchester: Laranja.

#12

Diabética prostrada- Domicilio

Feminino, 65 anos.

Antecedentes Pessoais: DM 2, Dislipidemia, Depressão.

Medicação habitual: Alprozalam + Lorazepam +Sertralina + Metformina + Sinvastatina.

Vítima deitada e muito prostrada. Ingestão de 1 comprimido de Lorazepam 1 h antes, por ansiedade.

Glasgow: 12(3+4+5); TA:160/90mmHg; FC:66bpm; Glicemia Capilar:84mg/dL; FR:19cpm; Sat.: 97% ar ambiente.

Foi transportada CHP

Triagem de Manchester: Amarelo

#13

Inconsciente -Via pública

Masculino,40 anos

Vítima com hálito etílico.

Glasgow: 14(4+4+6); TA:153/86mmHg; FC:78bpm; FR:17cpm; Sat:96% ar ambiente; Glicemia capilar: 94mg/dL; Temp.: não avaliada.

Consciente mas desorientado e muito agressivo. Recusou transporte ao hospital. Não quis assinar o termo de recusa, tendo sido transportado para CHP.

Triagem de Manchester-Verde

#14

Inconsciente-Via pública

Masculino, 42 anos.

Antecedentes patológicos: Insuficiência venosa crónica.

Sem medicação habitual.

Vítima apresentava hálito etílico. Referia dor no MID, constatando-se úlcera de provável etiologia varicosa. Sem história de traumatismo.

Consciente e orientado.

Glasgow:15(4+5+6); TA:132/74mmHg; FC:92bpm; FR:18cpm; Glicemia Capilar: 92mg/dL; Sat.:94% ar ambiente

Transportado ao CHP

Triagem de Manchester: Amarelo

2º Turno de VMER- VMER S. João dia 13/11/2012-14h00-20h00

#15

PCR- Domicílio

Masculino, 77 anos.

Antecedentes Patológicos: Insuficiência Cardíaca, HTA, DM tipo 2.

Vítima em decúbito dorsal. Apresentava rigidez cadavérica e livores instalados.

Certificação de óbito.

Aguardou-se chegada da autoridade.

#16

Queda de 3 metros de altura-Domicílio

Masculino, 76 anos.

Antecedentes Patológicos-desconhecidos.

Medicação habitual: desconhecida.

Vítima a ser imobilizada por TAE.

Glasgow: 4(1+1+3); TA:120/90mmHg; FC:110bpm; FR:12cpm; Sat.:86% ar ambiente;

Glicemia Capilar: não avaliada.

Hemorragia abundante do maciço facial. Fratura da mandíbula e maxilar, TCE e traumatismo da grade costal.

Criou-se acesso venoso, com dificuldade. Tentativa de entubação endotraqueal, que despoletou reação do doente, tendo sido administrado Etomidato + Vecurônio.

Realizou-se aspiração da orofaringe e prosseguiu-se com a entubação.

Fez 600 ml de Soro fisiológico + 500ml de colóide.

Inicia bradicardia de 38 bpm. Faz 0,5+0,5mg de atropina.

Transporte para HSJ

Triagem de Manchester: Vermelho

Na sala de Emergência do HSJ constata-se AESP. Iniciaram-se manobras de SAV. Fez 1+1+1+1 mg de adrenalina mantendo AESP. Suspendem-se manobras de SAV.

#17

Dispneia intensa-Domicílio

Masculino, 84 anos.

Antecedentes pessoais: DPOC, bronquiectasias, Insuficiência cardíaca, Cardiopatia isquêmica.

Medicação habitual: Furosemida, bisoprolol, Indacaterol

Doente com máscara de alta concentração mantendo dispneia muito intensa.

Glasgow: 15 (4+5+6); Glicemia Capilar:150mg/dL, FC:98bpm; FR:20cpm; Sat.:92 %;

Temp. 38°C; TA:114/84mmHg

ECG simples- Ritmo sinusal.

Retirou-se máscara de alta concentração e pôs-se máscara facial com O2 a 4L/min.

Colocou-se acesso venoso e fez e 1g de paracetamol EV. Fez 2 nebulizações com brometo de Ipatrópio.

Transporte ao SU sem acompanhamento.

#18

Dispneia intensa- Domicílio

Feminino, 85 anos.

Antecedentes patológicos: Acamada e com SNG após AVC. HTA.

Medicação Habitual: Lisinopril

Vítima taquipneica com tiragem supraclavicular e intercostal. Tosse seca.

Glasgow: 11(4+2+6); TA:216/140mmHg; FC:98bpm; FR:20cpm, Temp:36.8°, Sat:92% ar ambiente.; Glicemia Capilar: não avaliada.

ECG simples: ritmo sinusal.

Auscultação Pulmonar: Roncos dispersos bilateralmente.

Fez-se aspiração com sonda nasotraqueal de secreções mucopurulentas. Fez 2 nebulizações com Brometo de Ipatrópio. Colocou-se máscara facial com O2 a 4L/min.

Transporte hospitalar sem acompanhamento.

3º Turno de ambulância SBV- Porto 1 dia 19/03/2013-14h00-20h00

#19

Convulsão-Via Pública

Masculino, 76 anos.

Sem antecedentes Patológicos de relevo

Sem medicação habitual

Vítima em pós-crise e acompanhada da moto do INEM. Os presentes confirmaram a existência de uma crise convulsiva tônico-clônica com perda de esfíncteres.

Consciente e orientado, mas mais prostrado.

Glasgow:15(4+5+6); Glicemia Capilar-91mg/dL, TA:109/45mmHg, FC:54bpm, FR:16cpm; Sat.96% ar ambiente, Temp.:36,6°C.

Transporte ao CHP

Triagem de Manchester: Amarelo

#20

Dispneia + Dor torácica- Domicílio

Feminino,72 anos.

Antecedentes Patológicos: HTA

Medicação Habitual: Paracetamol, Captopril

Bom estado geral. Sem sinais de dificuldade respiratória. Referia dor á palpação das articulações esternocostais á esquerda.

Glasgow:15(4+5+6); Glicemia Capilar-não avaliada; TA:191/78mmHg; FC:70bpm; Sat:99%; FR:15cpm, Temp:36,4°C.

Transportada ao CHP.

Triagem de Manchester: Amarelo

#21

Hemiparésia + Défice sensitivo- Domicilio

Feminino, 85 anos.

Antecedentes Patológicos: Afasia após AVC, DM2, HTA.

Medicação habitual: Metformina, Lisinopril

Vítima no chão. Sem défices motores ou sensitivos aparentes. Muito prostrada.

Glasgow: 11(4+2+5); TA:192/99mmHg; FC:120bpm; Sat.:94% ar ambiente; FR:18cpm;

Glicemia Capilar: HI ; Temp.: 35,6°C

Transportado ao CHP

Triagem de Manchester: Laranja

3º Turno de VMER- VMER Sto. António dia 20/03/2013-14h00-20h00

#22

Hematemeses + Palidez- Domicilio

Feminino, 85 anos.

Antecedentes Patológicos: HTA; DM 2

Medicação Habitual: Losartan

Bom aspeto geral. Refere 2 vómitos tipo borra de café. Sem dor abdominal.

Consciente e colaborante.

Glasgow:14(4+4+6); FC: 80bpm; TA: 143/93mmHg; Sat:88% ar ambiente; Temp: 36,0°C; FR: 15cpm; Glicemia Capilar: 125mg/dL.

ECG simples: Supra-desnivelamento do segmento ST.

ECG 12 derivações- Ritmo Sinusal sem desnivelamento do segmento ST ou outros sinais sugestivos de isquemia aguda.

Fez O2 com cânula nasal a 2L/min e passou a Sat.:99%.

Transporte ao hospital sem acompanhamento médico.

#23

Dispneia – Domicílio

Masculino,75 anos.

Antecedentes Patológicos- Cirurgia ortopédica há 2 semanas, HTA, Insuficiência Cardíaca, Pacemaker, Dislipidemia, DM 2

Medicação habitual: Nitrato transdérmico, Furosemida, Losartan, Rosuvastatina, Metformina.

Vítima taquipneica com tiragem intercostal e supraclavicular. Sem dor torácica. Pele e mucosas cianosadas.

Auscultação pulmonar: Roncos bilaterais dispersos e crepitações bibasais.

Consciente e orientado.

Glasgow:15(4+5+6); FR:25cpm; FC:104bpm; TA:142/88mmHg; Sat: 81% ar ambiente; Glicemia Capilar:150mg/dL

Colocou-se acesso endovenoso e máscara de alta concentração, Saturação melhorou (92%). Fez 1mg de morfina, 40 mg de Furosemida EV, nebulização com Brometo de Ipatrópio+Salbutamol, 1 comprimido sublingual de nitrato; 1 ampola de Metilprednisolona.

Transportado á sala de emergência do CHP

Triagem de Manchester: Vermelho

4º Turno de ambulância SBV- Porto 1 dia 21/03/2013- 8h00-14h00

#24

Dor Torácica-Domicílio

Masculino, 71 anos.

Antecedentes Patológicos: DPOC, Dislipidemia, EAM, Insuficiência Cardíaca e HTA

Medicação Habitual: Ácido Acetilsalicílico, Sinvastatina, Nitrato sublingual, Oxigenoterapia domiciliária 3L/min.

Vítima taquipneica, a fazer O2 por cânula nasal. Apresentava dor torácica precordial, sem irradiação sem alívio com toma prévia de nitrato.

Glasgow: 15(4+5+6); FR:22cpm, TA:100/44mmHg, FC:102bpm, Glicemia capilar-100mg/dL, Sat.:97% com O2 a 3L/min; Temp.:36,2°C.

Chega a VMER Sto. António.

ECG 12 derivações- Sem alterações sugestivas de isquemia aguda.

Transporte para HSJ sob oxigenoterapia a 3L/min sem acompanhamento médico.

Triagem de Manchester: Amarelo

#25

Dor Lombar- Domicílio

Masculino, 59 anos.

Antecedentes Patológicos- Patologia osteoarticular lombar

Medicação Habitual: Diclofenac.

Vítima deitada e muito queixosa. Incapacidade de mobilização por dor lombar com irradiação para a face posterior do MIE. Associada a parestesias.

Consciente e Colaborante.

Glasgow: 15(4+5+6); TA:179/107mmHg; FC:74bpm; FR:18cpm; Glicemia Capilar: 110mg/dL; Sat.:100%; Temp.:36,6°C.

Devido ao difícil acesso á vítima, foi imobilizado em plano duro para remoção do local.

Transporte ao CHP.

Triagem de Manchester: Amarelo.

#26

Náuseas e Vômitos- Domicílio

Feminino, 85 anos.

Antecedentes Patológicos: DM 2

Medicação Habitual: Insulina

Vítima muito ansiosa e queixosa referindo dor abdominal no quadrante inferior direito.

Referiu ter tido um vômito de conteúdo alimentar depois do almoço.

Consciente e colaborante

Glasgow: 15(4+5+6); FR:18cpm, FC:86bpm, TA:133/77mmHg; Sat.:98%; Temp.: 35,5°C; Glicemia Capilar:124mg/dL.

Transporte ao CHP.

Triagem de Manchester: Amarelo.

3º Turno de ambulância SIV- Gondomar dia 12/04/2013- 14h00-20h00

#27

Dispneia-Domicilio

Feminino,92 anos

Antecedentes Patológicos: Acamada, com sequelas de AVC (Afasia), HTA, estenose aórtica severa, Insuficiência Renal Crónica.

Sem Medicação Habitual, com SNG.

Vítima com dispneia intensa, cianose muco-cutânea e tiragem supraclavicular.

Glasgow: 11(4+1+6); FR:20cpm; FC:98bpm; TA:105/65mmHg; Glicemia Capilar: 138mg/dL; Temp.: 34,7°C; Sat.:69% ar ambiente.

Auscultação pulmonar: Roncos dispersos em ambos os campos pulmonares.

Colocou-se máscara de alta concentração, e realizou-se aspiração nasotraqueal de secreções mucopurulentas.

Colocou-se acesso venoso e fez 600ml (100ml+500ml) de Soro fisiológico.

Transporte ao CHP.

Triagem de Manchester: Laranja

#28

Hipoglicemia – Domicílio

Masculino, 38 anos.

Antecedentes Patológicos: DM 1, com episódios prévios de hipoglicemia.

Medicação habitual: Insulina

Vítima inconsciente, a respirar. Reação apenas a estímulo doloroso.

Glasgow: 6(1+1+4); FC:75 bpm; Glicemia Capilar: 35mg/dL; Sat:97% ar ambiente; TA: 127/75mmHg; Temp: não avaliada.

Colocou-se acesso endovenoso e administraram-se 2 ampolas de glicose hipertônica (30%) e 100ml de Soro Fisiológico.

Reavaliou-se glicemia capilar-125 mg /dL.

Recuperação do estado de consciência, Glasgow- 15 (4+5+6). Alimentou-se

Recusa transporte, com preenchimento de termo de recusa

#29

Dor torácica – Domicílio

Masculino, 75 anos.

Antecedentes Patológicos: DM 2, Antecedente de doença coronária, AVC com hemiparésia esquerda, Insuficiência Cardíaca.

Medicação Habitual: Pantoprazol, Furosemida, Amlodipina, Nitroglicerina sublingual, Bisoprolol e Clopidogrel.

Vítima com dor torácica sem irradiação com alívio parcial com Nitroglicerina sublingual, voltando a reaparecer. Sem dispneia.

Glasgow: 15(4+5+6); TA:127/61mmHg; Glicemia Capilar:207mg/dL; Sat:97% ar ambiente; FC:69bpm; FR:18cpm.

ECG 12 derivações-Sem alterações sugestivas de isquemia aguda.

Transportado ao Hospital sem acompanhamento.

#30

PCR-Domicilio

Masculino, 78 anos.

Abortada pela proximidade do local ao hospital.

4º Turno de ambulância SIV- Gondomar dia 13/04/2013- 14h00-20h00

#31

Pedido de colaboração a TAS -Via Publica

Masculino, 42 anos.

Antecedentes Patológicos: Patologia do foro Psiquiátrico

Sem Medicação habitual

Vítima, consciente e orientada. Episódio de lipotímia que se repetiu durante o transporte, tendo motivado a chamada da SIV.

Hálito etílico.

Glasgow- 15 (4+5+6); TA:123/73mmHg; FC:100bpm; Glicemia Capilar:128mg/dL; FR:20cpm; Temp-36,7°C; Sat 96% ar ambiente.

CODU deu indicação para acompanhamento do transporte ao CHP.

Triagem de Manchester: Amarelo

#32

Pedido colaboração a TAS

Lipotímia -Via Pública

Feminino, 46 anos.

Antecedentes Patológicos: HTA, DM tipo 2, Dislipidemia.

Medicação habitual: Desconhece nome de fármacos

Vítima consciente e orientada. Muito ansiosa.

Glasgow: 15(4+5+6); TA:138/75mmHg, Temp.:não avaliada; FR:22cpm; Sat.:100%; FC: 87bpm; Glicemia Capilar:144mg/dL.

Transporte ao Hospital sem acompanhamento.

#33

Hipoglicemia- Domicílio

Feminino,48 anos

Antecedente Patológicos: Cegueira por glaucoma, DM 2, Obesidade, Prótese do MIE por amputação.

Medicação habitual: Insulina, Ácido Acetilsalicílico Sinvastatina, Pantoprazol, Furosemida.

Vítima em decúbito dorsal no chão, muito prostrada. Aquando da mobilização da vítima para reposicionamento mostrou-se agitada e irrequieta.

Glicemia Capilar (53mg/dL).

Impossibilidade de colocação de acesso endovenoso por obesidade e agitação. Realizou-se 1 dose de glucagon intramuscular.

Glicemia capilar (72mg/dL).

Colocação de acesso endovenoso. Administração de 1 ampola de glicose Hipertónica (30%).

Glicemia capilar (113mg/dL). Recuperação do estado de consciência.

Alimentou-se.

FR:18cpm; FC:78bpm; TA:172/80mmHg; Sat.: 97% ar ambiente; Temp.: não avaliada.

Recusa de transporte hospitalar, com preenchimento de termo de recusa.

4º Turno de VMER- VMER S. João dia 15/04/2013- 14h00-20h00

#34

Intoxicação medicamentosa- Domicílio

Feminino,18 anos.

Antecedentes Patológicos: Patologia do foro Psiquiátrico

Medicação Habitual: Alprozalam + Sertralina

Vítima em decúbito dorsal. Segundo os familiares terá ingerido Benzodiazepinas. (Alprozalam + Lorazepam).

Glasgow: 9(3+2+4); FC:128bpm; Sat.:100%; TA:95/50mmHg; FR:14cpm; Temp.: 36.6°C; Glicemia Capilar: 95mg/dL.

Colocou-se acesso endovenoso e fez-se 0,5 g de Flumazenil + 100 ml de Soro fisiológico. Passou a Glasgow 11 (3+3+5)

Colocou-se SNG e efetuou-se lavagem gástrica com soro fisiológico

Transporte ao HSJ

Triagem de Manchester: Laranja

#35

Lipotímia -Domicílio

Feminino, 91 anos.

Sem antecedentes patológicos de relevo

Sem medicação habitual

Vítima sentada consciente e orientada.

Glasgow:15(4+5+6); FC: 57bpm; TA: 98/53mmHg; Sat.:97% ar ambiente; FR: 15cpm; Temp.: 36.6°C; Glicemia capilar: 112mg/dL.

Vítima recusou transporte hospitalar, com preenchimento de termo de recusa

#36

Dor Torácica- Domicílio

Masculino, 42 anos.

Vítima na ambulância. Referia dor torácica muito intensa com irradiação para o MSE e sensação de peso nesse mesmo membro. Pele suada. Sem náuseas.

Glasgow: 15(4+5+6); FR:16cpm; TA:107/80mmHg; FC:38bpm; Sat.:96% ar ambiente; Temp.: não avaliada; Glicemia Capilar: não avaliada.

ECG de 12 derivações- BAV de 2º grau-Mobitz II e alterações do segmento ST sugestivas de isquemia aguda (supradesnivelamento) de DII, DIII, e aVF.

Colocou-se máscara de alta concentração de O2 e acesso venoso.

Fez 2,5mg (0,5+0,5+0,5+0,5+0,5) de atropina, com melhoria da FC para 70bpm e TA: 97/52mmHg. Fez Morfina (2mg+3mg+2mg), Clopidogrel 250mg, Aspirina 500mg.

Transporte para HSJ com aviso prévio da sala de emergência e serviço de Hemodinâmica para intervenção percutânea de emergência.

Triagem de Manchester: Laranja

#37

Dor torácica- Domicílio

Masculino, 90 anos.

Antecedentes Patológicos- DM 2, EAM, HTA.

Medicação Habitual: Aspirina, Clopidogrel, Metformina, Dinitrato de isossorbido.

Vítima sentada com dor precordial sem irradiação. Sem dificuldade respiratória, náuseas ou hipersudorese.

Glasgow: 15(4+5+6); TA:153/119mmHg; FR:18cpm; FC:95bpm; Sat.:95% ar ambiente; Glicemia Capilar: 297mg/dL;Temp.37.0°C.

Auscultação pulmonar sem alterações relevantes.

ECG de 12 derivações- Sem alterações sugestivas de isquemia aguda.

Fez Paracetamol 1g oral.

Transporte ao hospital sem acompanhamento.

#38

PCR- Domicilio

Masculino, 56 anos.

Sem antecedentes Patológicos relevantes.

Sem Medicação Habitual

No local bombeiros em manobras de SBV há 5 minutos. PCR não presenciada. Vítima com extremidades frias.

ECG simples- Assistolia.

Iniciaram-se manobras de SAV. Procedeu-se á entubação orotraqueal e á colocação de acesso endovenoso. Durante as manobras de SAV manteve-se em assistolia, tendo efetuado 1+1+1 mg de adrenalina.

Certificou-se o óbito.

Aguardou-se chegada dos agentes da autoridade.

#39

Dor Torácica- Domicilio

Feminino, 52 anos.

Antecedentes Patológicos relevantes: DM2; HTA; AVC; Obesidade

Medicação Habitual: - Carvedilol, Clopidogrel, Trazodona, Zolpidem. BPAP noturno.

Vítima muito ansiosa. Dor epigástrica sem irradiação. Sem náuseas ou vômitos, com hipersudorese.

Auscultação pulmonar- Roncos dispersos bilateralmente.

Glasgow: 15(4+5+6); FC:72bpm; TA:184/78mmHg; FR:15cpm; Sat:98% ar ambiente;

Temp.: não avaliada; Glicemia Capilar:178mg/dL.

ECG de 12 derivações- Sem alterações sugestivas de isquemia aguda.

Transportada ao hospital sem acompanhamento.

Durante os vários turnos houve possibilidade de contactar com uma grande variedade de situações de emergência, quer por doença súbita quer por trauma. No que diz respeito às emergências por doença súbita ressaltam-se sobretudo as PCR, as hipoglicemias, o caso de edema agudo do pulmão e o EAM com Bradicardia. Nos episódios de trauma, muito menos frequentes, destaca-se o atropelamento e a queda de uma altura de 3 metros.

A PCR no ambiente pré hospitalar tem um mau prognóstico, havendo uma taxa de sobrevivência entre 1-5%.^(7,8) O objetivo das intervenções de uma equipa de emergência numa PCR são restaurar a oxigenação, a ventilação e a circulação de uma forma eficaz. Para que tal aconteça é essencial que os profissionais envolvidos tenham um bom trabalho de equipa e demonstrem capacidade de comunicação e dinâmica interpessoal. É essencial um bom líder, que nestes casos é o médico. O Médico enquanto líder tem a obrigação de organizar a equipa, monitorizar o trabalho de cada um dos intervenientes, assistir sempre que necessário os membros da equipe com um trabalho exemplar, facilitar o entendimento entre os diversos intervenientes e concentrar-se no tratamento do doente. Isto exige não só um grande conhecimento teórico-prático no âmbito de SAV, mas também uma exemplar capacidade de comunicação.⁽⁹⁾ Nas PCR o médico tomou a dianteira da situação: começou por distribuir as diversas funções (compressões, acesso EV, Via aérea, monitor/desfibrilhador), pelos membros mais habilitados para o fazer, e foi dando as indicações dos passos a seguir durante a ressuscitação cardiopulmonar mantendo sempre um diálogo claro e reforçando positivamente ou criticando todas as ações efetuadas. Em ambas as PCR's, há chegada ao local os TAE/TAS estavam já em manobras de SBV. O médico iniciou a avaliação com a aplicação do modelo "ABC" (A- Via Aérea; B-Ventilação; C- Circulação). Tratando logo da colocação de uma via aérea eficaz, que em ambos os casos passou pela inserção de um tubo orotraqueal, procedendo á ventilação com oxigénio a 100%. Enquanto isto os TAE/TAS continuaram com compressões torácicas e a monitorização cardíaca foi realizada por mim enquanto a

enfermagem procedia á colocação do acesso endovenoso. Nas duas PCR o ritmo foi de assistolia por isso a abordagem foi a administração de adrenalina e prosseguir com as compressões durante 2 minutos para reavaliar ritmo. Realizei também compressões torácicas em uma das vítimas (Anexo 3).

Nos casos de hipoglicemia ressalva-se a importância de um diagnóstico atempado e rápido pois a solução eficaz é fácil e tem de ser efetuada em tempo útil. A administração de Soro Glicosado a 30% ou de Glucagon é uma técnica life-saving que se não efetuada rapidamente leva a um desfecho trágico. Também aqui o trabalho em equipa é essencial pois algumas vítimas são extremamente agressivas dificultando a colocação de acesso endovenoso.

O caso de provável Edema Agudo do Pulmão foi particularmente interessante na medida em que se pode constatar a verdadeira importância do Médico na Emergência pré-hospitalar. A dispneia incapacitante sofrida pela vítima necessitava urgentemente de auxílio. A opção da realização de nebulização de broncodilatador e infusão de Furosemida, Morfina e Corticoide, bem como a instituição de oxigénio alteraram em muito o sofrimento e sem dúvida o prognóstico da vítima. A dificuldade respiratória melhorou e foi levado ao hospital em segurança.

No âmbito das emergências médicas por doença súbita aquela que demonstrou melhor o modelo de emergência Português “Play and Run” aconteceu no último turno da VMER. Aquando da monitorização cardíaca verificou-se a existência de uma bradicardia com um bloqueio de ramo Mobitz II. A intervenção conforme os algoritmos de SAV indicam (Anexo 4) foi a administração de atropina ponderando-se, uma vez que não havia melhoria, a colocação de pacemaker externo. Após a administração da 5ª dose de atropina o ritmo cardíaco melhorou e verificou-se que havia um provável EAM com supradesnivelamento do segmento ST. Contactou-se o CODU e ativou-se a Via verde Coronária. Administrou-se Morfina, que já tinha sido administrada anteriormente pela dor intensa do doente, Aspirina, Clopidogrel e nitrato sublingual. Colocou-se oxigénio e iniciou-se o transporte rápido para o SU do HJS (embora o hospital da área fosse o Pedro Hispano) uma vez que possuía unidade de hemodinâmica, já previamente avisada pelo CODU. A receção hospitalar foi rápida e a orientação para o cateterismo também por forma a “salvar” a maior quantidade de miocárdio possível. Isto mostra a importância do SIEM e da boa comunicação, bem como das técnicas de atuação em ritmos de peri-paragem, para o salvar de vidas.

Relativamente às situações de Emergência por Trauma é relevante falar do atropelamento que ocorreu na primeira ativação em ambulância SBV. No local a primeira abordagem foi a imobilização da vítima para se poder proceder ao transporte rápido ao hospital. Uma vez que a vítima era obesa a ajuda disponibilizada por parte de uma outra

equipa de TAE foi essencial e este espírito de entreatajuda e de organização permitiu que a imobilização fosse corretamente efetuada e o transporte fosse expedito.

A saída mais marcante de todo o estágio foi a da queda de uma altura de 3 metros de um individuo do sexo masculino. A abordagem das vítimas de trauma obedece à sequência “ABCDE”, estabelecida pelo American College of Surgeons: ⁽¹⁰⁾

- A – Via Aérea com imobilização da coluna cervical.
- B – Ventilação e oxigenação.
- C – Circulação (Suporte Cardiovascular), com controlo de hemorragia.
- D – Disfunção Neurológica.
- E – Exposição (Avaliação do Hábito Externo), evitando a hipotermia.

Também aqui o médico tem o papel de líder e os cuidados clínicos têm de ser muito bem coordenados. Cada elemento tem objetivos específicos e bem determinados que possibilitam uma identificação e correção rápida das anomalias encontradas. A vítima apresentava múltiplos traumatismos e já estava a ser iniciada a imobilização por parte dos TAE. Iniciou-se a abordagem pela permeabilização da via aérea. Aspirou-se e procedeu-se á entubação orotraqueal. A ventilação e oxigenação foram suportadas por parte do médico. Os TAE prosseguiram com a finalização da imobilização da vítima e o enfermeiro tratou de colocar os acessos, ficando eu responsável pela monitorização cardíaca. Inicialmente o doente apresentava-se taquicárdico, pelo que se procedeu á reposição de volume com coloides e cristaloides, posteriormente iniciou bradicardia que foi corrigida com Atropina (0,5mg+0,5mg). A escala de coma de Glasgow era de 4. Na exposição verificou-se que além das múltiplas fraturas no maciço facial apresentava TCE e traumatismo torácico. Uma vez estabilizado foi levado para o HSJ rapidamente, com aviso prévio da sala de emergência. Na sala de emergência verifica-se AESP iniciando-se manobras de SAV durante 8 ciclos, que se revelaram ineficazes. Neste caso em particular foi possível verificar a importância de uma equipa cooperante, a utilidade da estabilização pré-hospitalar para o cuidado da vítima, a relevância da continuidade de cuidados pré-hospitalares e hospitalares, além da perceção do ambiente de pressão e ansiedade que estão inerente a situações de vida ou de morte.

Desta forma os objetivos propostos foram cumpridos (Tabela 1).

Tabela 1- Objetivos e Competência Adquiridas no Estágio

Objetivos/Competências	Procedimentos/Ativações relacionados	Procedimentos Observados/Realizados ou Ativações
Situar o papel do médico na abordagem e tratamento do doente emergente.	Médico como líder de equipa	Ativações:#2,#3,#16,#23,#34,#36,#37
	Médico responsável pelo tratamento	Ativações:#2, #3; #16,#17, #18, #23, #34, #36, #37
	Médico como controlador do stress	Ativações: #3; #16, #23, #37
	Responsável pela antecipação de novos problemas	Ativações: #4; #16, #23, #36, #37
Identificar as principais situações de emergência do foro médico e Traumatológico	Edema Agudo Pulmão	Ativações: #8, #23
	Síndrome Coronário Agudo	Ativações: #9, #36
	PCR	Ativações: #3, #15, #38
	Bradicardia grave	Ativação:#36
	Hipoglicemia	Ativações: #28, #33
	Intoxicação Medicamentosa	Ativações: #10, #34
	Queda/Atropelamento	Ativações: #2, #4, #6, #16
	Queimados	Ativação: #11
Apreender técnicas “life-saving”	Suportar Ventilação e Oxigenação	Ativações: #3, #8, #9, #16, #23,#27, #36, #38
	Suporte Hemodinâmico adequado	Ativações: #11, #16, #36
	Correção de desequilíbrios metabólicos	Ativações: #28, #33
	Imobilização adequada no politraumatizado	Ativações: #2, #4, #6, #16
	Esvaziamento gástrico e antídotos no intoxicado	Ativações: #10, #34
Conhecer os protocolos de atuação e aplicar os Algoritmos de SAV;	Protocolo Dispneia	Ativações: #17; #18; #27
	Protocolo Intoxicações	Ativações: #10, #34

	Protocolo Hipoglicemia	Ativações: #28, #33
	Algoritmo PCR	Ativações: #3, #38
	Algoritmo Bradicardia	Ativação:#36
	Via Verde Coronária	Ativação:#36
	Abordagem do Politraumatizado	Ativações: #2, #4, #6, #16
Tomar consciência da importância do trabalho em equipa	Interajuda entre diversos membros/meios	Ativações:#6, #11, #19, #25
	Coordenação entre médico e outros profissionais	Ativações: #3,#23,#36, #38
	Interação CODU/VMER/Hospital	Ativações:#23, #36
Liderança e de gestão, em situação de pressão e ansiedade	Coordenação da reanimação Cardiovascular	Ativações: #3, #38
	Atribuição dos diferentes papéis aos diferentes membros	Ativações: #3, #23, #36, #38
Técnicas de reanimação e estabilização de doentes emergentes	Imobilização do politraumatizado	Participação: Ativação #6, Observação: Ativações #2, #4, #16
	Colocação de acesso EV	Observação: Ativações #2, #3, #8, #8, #11, #16, #17, #23, #27, #28, #33, #34, #36, #38
	Monitorização cardiovascular	Realização: Ativações #1,#3,#8, #16,#17,#18,#22,#23,#27,#29,#36,#37 #38,#39
	Compressões torácicas	Participação: Ativação #38, Observação: Ativação #3
	Colocação de tubo de Guedel	Realização: Ativação #3
	Entubação orotraqueal	Observação: Ativações: #3, #16, #38.
	Colocação de sonda nasogástrica e lavagem	Observação: Ativações: #10, #34
	Aspiração Via Aérea	Realização: Ativação #38; Observação: Ativações:#16, #19, #27
Trabalho em equipa	Ajuda na imobilização do traumatizado	Ativação: #6
	Participação em equipa de reanimação cardiovascular	Ativações: #3, #38
Responsabilidade e Ética profissional	Preenchimento de termos de recusa	Ativações: Ativações: #28, #33, #35
	Procedimento de acordo com o estado da arte	Todas as ativações

No presente estágio constatou-se que algumas equipas de emergência de ambulância SBV demonstram, aparentemente, menos capacidades de abordagem da vítima do que outras. A diferença é notória relativamente a equipas de TAS que exercem apenas durante o fim-de-semana (como se verificou em duas ocorrências no 4º turno de SIV). Parece verificar-se também uma capacidade inferior dos TAS em relação aos TAE no que diz respeito á abordagem inicial á vítima (menos sistematizada), á triagem de necessidade de apoio diferenciado e mesmo na execução de manobras de estabilização/transporte da vítima. No entanto o número de ativações assistidas foi demasiado pequeno para se puder efetuar qualquer tipo de conclusão definitiva.

Na emergência pré-hospitalar as chamadas inadequadas são prejudiciais para a qualidade dos cuidados prestados às vítimas. No que diz respeito ao abuso de requisitos de ambulância de emergência, este situa-se entre os 16% e os 51,7%, sendo a estas mais corretamente acionadas por quem possua formação em suporte básico de vida. Apesar de a maioria das pessoas identificar corretamente situações que necessitam de apoio por parte dos meios de emergência pré-hospitalar, estas identificam várias outras situações não emergentes como tal e isso leva a demasiadas chamadas inadequadas.⁽¹¹⁾ Durante o estágio pode-se constatar que estas chamadas realmente são muito frequentes, talvez se deva á falta de informação por parte da população das situações que são realmente emergentes, ou ao desconhecimento da existência de outras formas de transporte hospitalar que não o INEM. O que acontece é que por cada saída que há para uma destas chamadas pode haver uma verdadeira emergência que não terá o socorro mais apropriado. Deve-se apostar em mais informação através dos media, ou de outras formas de divulgação em massa e até mesmo apostar na formação em suporte básico de vida da população em geral.

Conclusões

Do contacto com os profissionais do INEM é de salientar o seu profissionalismo e espírito de equipa inigualáveis que permitem que o socorro pré-hospitalar seja de grande qualidade. Aquilo que mais se destacou em todas as equipas de emergência foi sem dúvida a boa disposição bem como a disponibilidade e prontidão demonstradas para o ensino. Em termos profissionais é de valorizar a destreza bem como a capacidade de raciocínio rápido e de tomada de decisões demonstrado sobretudo pelos médicos.

Relativamente ao funcionamento do SIEM sem dúvida que a existência de um número nacional de emergência é um ponto fulcral para o bom funcionamento da emergência pré-hospitalar. Outra mais valia é o rápido atendimento, triagem e acionamento de meios que o CODU efetua. No entanto a qualidade emergência pré-hospitalar depende sem dúvida da existência do médico na rua. Não obstante existem alguns pontos que poderiam ser

aperfeiçoados nomeadamente no que diz respeito ao programa Mobile, que não apresenta um funcionamento exímio, relativamente á diferença de cuidados prestados pelos tripulantes de ambulância de corporações de bombeiros sobretudo no nos fim-de-semana e ainda em relação ao atendimento das chamadas no CODU não ser por local. Para melhorar o SIEM é importante apostar mais na formação de alguns profissionais e sem dúvida tentar facilitar a localização no CODU das chamadas de emergência.

Os objetivos propostos foram cumpridos e as expectativas superadas. Cada um dos turnos possibilitou a integração de conhecimentos adquiridos sobretudo no último ano do curso com a frequência da Unidade Curricular Opcional de Medicina de Emergência. O Curso de Medicina, em geral, não prepara os alunos para situações de Emergência pré-hospitalar, que exigem uma atuação rápida com cuidado extremo pois pequenas falhas levam á perda de uma vida.

O estágio mostrou-se esplêndido não só por permitir o contacto com situações de doença súbita e trauma mas sobretudo pelas emoções vivenciadas. A confiança/crença que as vítimas depositam nos profissionais do INEM é de elevado grau o que exige que os profissionais sejam responsáveis e não descurem nunca o profissionalismo inerente á sua atividade. Esta experiência sem dúvida que reforçou o gosto já existente pela emergência pré-hospitalar, mostrando-se muito decisiva para a decisão no futuro da escolha da especialidade médica, que sem dúvida terá relação com a emergência médica e de preferência pré-hospitalar.

Para além dos conhecimentos teóricos/práticos na área da emergência médica houve oportunidade para crescer em termos pessoais como futuro médico que irá estar ao serviço da população.

Bibliografia

1-Mateus BA. Emergência Médica Pré-hospitalar. Que Realidade. 1ª Edição. Loures: LUSOCIÊNCIA;2007

2-INEM Online:

Institucional -O INEM: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27713

3-INEM. Funções e avaliação de desempenho no Centro de Orientação de Doentes Urgentes e Meios de Socorro VMER e Ambulância. Lisboa: Direção dos Serviços Médicos do INEM;1999.

4-Abreu F, Egipto P, Soares A. VMER do Hospital de S. João do Porto-Retrospectiva de 8 anos de Atividade. Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia 2005 Dezembro; 14 (4).

5-Lufinha A, Catorze N. Viatura Médica de Emergência Reanimação: Critérios de Acionamento?.In:1º Congresso Nacional de Emergência Médica, 30 Setembro a 2 Outubro 2009. Estoril, Portugal

6- VMER Barcelos-1º Aniversário [Power Point]. Barcelos; Maio 2009

7-Marengo JP, Wang PJ, Link MS, Hornoud MK, Estes NAM. Improving Survival from Sudden Cardiac Arrest. The Role of the Automated External Defibrillator. Journal Of the American Medical Association 2001 March 7; 285 (9): 1193-1200.

8- U.S. Department of Labor occupational Safety and Health administration. Cardiac Arrest and Automated External Defibrillators (AEDs). Technical Information Bulletin 2001 December 17.

9- Sinz E, Navarro K, editors. Suporte Avançado de Vida Cardiovascular. Manual do Profissional. Texas: American Heart Association; 2012.

10- Massada S, Marques A, Mesquita C, Luís FP, Faria JP, Almeida e Sousa JP, et al. Normas de Boas Práticas em Trauma. Ordem dos Médicos; 2009.

11- Kirkby HM, Roberts LM. Inappropriate 999 calls: an online pilot survey. Emergency Medical Journal 2012 ; 29: 141-146.

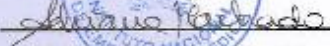
Anexos


Anexo 1- Declaração de Conclusão de Estágio

Datas / Turnos	Meios
19 Março de 2013 / Tarde 21 Março de 2013 / Manhã 20 Outubro de 2012 / Tarde 12 Novembro de 2012 / Tarde	Ambulância Suporte Básico de Vida
12 Abril de 2013 / Tarde 13 Abril de 2013 / Tarde 05 Novembro de 2012 / Tarde 06 Novembro de 2012 / Tarde	Ambulância Suporte Imediato de Vida
18 Março de 2013 / Tarde 30 Outubro de 2013 / Tarde	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
20 Março de 2013 / Tarde 15 Abril de 2013 / Tarde 29 Outubro de 2012 / Tarde 13 Novembro de 2012 / Tarde	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Porto, Centro de Formação do INEM, 14 de Maio de 2013

A Responsável pelo Centro de Formação do Porto


(Enf.ª Adriana Machado)



Anexo 2- Fichas de realização de turnos



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: GABRIEL JOSE ATANASIO ALMEIDA
OBJECTIVOS: Relatório de estágio - Teste de Método
Coordenador do Estágio: Dr. António Marques
Data: 18/03/2013 Turno: Manhã Tarde CODU: Norte
Nº DE ACTIVAÇÕES: 79 Doença Súbita: 76 Trauma: 2 Outras: 2 Abortadas:
Assinaturas: O Estagiário: Gabriel José Atanásio Almeida
O Médico Regulador: [Assinatura]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO	MÉDICO REGULADOR
	<p>Formando de um foco interme a pulsões. Zone de - Otim na zona de fricção - No caso de um dos pulsos - Validez dos dados e critérios para ocorrer a morte dos pulsos diferenciados pulsos de Helitax pneu f</p>



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: GABRIEL JOSÉ ATANÁSIO ALMEIDA

OBJECTIVOS: relatório de estágio - TCC de Medicina

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 30/10/12 Turno: Manhã Tarde Meio: AMBULÂNCIA S.B.V.

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

Assinaturas: O Estagiário Gabriel José Atanásio Almeida
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [assinatura]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO	MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO
<p>→ Excelente disponibilidade para parte de TAE com aplicação a forma de abordagem à vítima e ao deambulante dos vários malendos e como localizados -o ambulância</p> <p>→ Participação activa -o abordagem de uma vítima de Trauma</p>	<p>Estágio no último Ano de Telemo - domínio aplicável de atuação em também como de melif. muito interessante e participativo. Apresenta muitos conhecimentos na área de pre-hospitalar. casual comunicação com os doentes</p> <p style="text-align: right;">JSS HFO</p>



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: GABRIEL JOSÉ ATANÁSIO ALMEIDA

OBJECTIVOS: Relatório do Estágio - TAP de Método

Coordenador do Estágio: Dr. Alberto Marques

Data: 05/11/2012 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV - Gondomar

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

Assinaturas: O Estagiário Gabriel José Atanásio Almeida

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Verónica Realms

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: André José Afonso Almeida

OBJECTIVOS: relatório de estágio - Teor do Método

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 06.11.2012 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV - Gondomar

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

Assinaturas: O Estagiário André José Afonso Almeida
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Paulo Silva

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Tive oportunidade de observar e participar no atendimento do vítima por intoxicação edulcorado

* PARTICIPOU ACTIVAMENTE NAS INTERVENÇÕES REALIZADAS; _____

* DEPENDÊNCIA: _____

- CONHECIMENTO, DESTREZA, CALMA, TENSÃO EM EQUIPA; _____

- CUMPRE NORMAS DE SEGURANÇA; _____

(96103)



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: GABRIEL JOSE ALEXANDRE ALMEIDA

OBJECTIVOS: Relatório de Estágio - Tipo de Atividade

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 13/11/12 Turno: Manhã Tarde Meio: VMER - S. JOÃO

Nº DE ACTIVACÕES: 4 Doença Súbita: 3 Trauma: 1 Outras: — Abortadas: —

Assinaturas: O Estagiário Gabriel José Alexandre Almeida
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [Assinatura]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

-Tive oportunidade de participar
ativamente - o atendimento
1 vítima de trauma em
TCE.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: GABRIEL JOSÉ ATANÁSIO ALMEIDA

OBJECTIVOS: Detetoria de estágio - Teste de Método

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 12.11.12 Turno: Manhã Tarde Meio: INDIQUENCIA - SBU

Nº DE ACTIVAÇÕES: 4 Doença Súbita: 1 Trauma: 1 Outras: 2 Abortadas: —

Assinaturas: O Estagiário Gabriel José Atanásio Almeida
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo António Marques


OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

→ Participação activa - o colaborador das vitimas.

estágio de - as suas - as suas
pela metodologia e protocolos
de trabalho durante
o turno.
Pontual neste turno.





Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: GABRIEL JOSÉ ATANÁSIO ALMEIDA

OBJECTIVOS: Relatório do Estágio

Coordenador do Estágio: Dr. Atónio Marques

Data: 19/03/2013 Turno: Manhã Tarde Meio: SBV-Parte 1

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

Assinaturas: O Estagiário Gabriel José Atanásio Almeida
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Diana Ramos (DBL)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Participações nas diversas reuniões da equipa.

Interessado e proactivo. Colaborou com a equipa e interagiu bem com as vítimas.



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: LABRIEZ JOSE ATANÁSIO ALMEIDA

OBJECTIVOS: relatório de estágio - TEX de método

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 20.10.2013 Turno: Manhã Tarde Meio: UMER-Stº António

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

Assinaturas: O Estagiário Jose Atanasio Almeida

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [Signature]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Participação - o abandono do deuto com edema gordo do pulmão sem sono - sem transporte até à Sala de Emergência



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: GABRIEL JOSÉ ATANÁSIO ALMEIDA

OBJECTIVOS: Relatório de estágio - Top do Arêdo

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 27, 3, 2013 Turno: Manhã Tarde Meio: Porto 1

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

Assinaturas: O Estagiário Gabriel José Atanásio Almeida
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo António Marques

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO	MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO
<p>- Boa diferenciabilidade por parte do grupo em actividades e procedimentos efectuados</p>	<p>Rebentamento experimetal com a equipa e com os utentes. Excelente prestação em todas as vertentes e requisitos do estágio de observação</p>



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: GABRIEL JOSÉ ATANÁSIO ACHÉIDA

OBJECTIVOS: relatório de estágio - 1 ano de estágio

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 12/04/2013 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV-BONDOMAR

Nº DE ACTIVAÇÕES: 4 Doença Súbita: 3 Trauma: Outras: Abortadas: 1

Assinaturas: O Estagiário Gabriel José ATANÁSIO ACHÉIDA
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Enf. Daniel GP-9308h

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Estabelecido por parte do estagiário
do abandono ao doente com
hipoglicemia



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: GABRIEL JOSÉ ATANÁSIO ALMEIDA

OBJECTIVOS: Relatório de Estágio - Teor do Método

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 13/04/2013 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV - BOUÇAMA

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

Assinaturas: O Estagiário Gabriel José Atanásio Almeida
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Verónica Rautius

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO	MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO
<p>- Participação no deslocamento do vítima com hipossuficiência</p>	



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: GABRIEL JOSÉ ATANÁSIO ALMEIDA

OBJECTIVOS: Relatório de Estágio - Tese de Mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 15/04/2013 Turno: Manhã Tarde Meio: VIMER-S. JOÃO

Nº DE ACTIVAÇÕES: 6 Doença Súbita: 6 Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Gabriel José Atanásio Almeida
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Luís Soares 48595

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Participação e disponibilidade do aluno com EAM em procedimentos e transporte até sala de Emergência

- Participação e ajuda de vítima de PCR

- Excelente disponibilidade por parte do Estagiário no encadear e dar medicação e procedimentos

O aluno estagiário Gabriel Gabriel fez 6 saídas. Colabora activamente e mostra sempre conhecimentos de Emergência Médica pré-hospitalar. Mostra interesse e divertiu-se em situações clínicas de forma positiva.



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: GABRIEL JOSÉ ATANÁSIO ALMEIDA

OBJECTIVOS: Aprofundar conhecimentos no âmbito da emergência médica pré-hospitalar. Isolamento de estágio - Tese de Mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 23.10.12 Turno: Manhã Tarde CODU: Parte

Assinaturas: O Estagiário Gabriel José Atanásio Almeida
O Médico Regulador Luís António Taboas

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO	MÉDICO REGULADOR
<p>→ tive oportunidade de contactar com os vários chefes do CODU.</p> <p>→ Excelente disponibilidade por parte dos técnicos.</p>	<p>contactar com as diferentes áreas do CODU</p> <ul style="list-style-type: none">- atendimento- acionamento <p>Pode constatar a utilização dos fluxos de triagem de chamadas de emergência bem como as chamadas de passageiros de dados.</p> <p><u>Luís António Taboas</u></p>



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: GABRIEL JOSÉ ATANÁSIO ALMEIDA

OBJECTIVOS: Aplicar os conhecimentos a área de emergência, de dia pré-hospitalar. Relatório de Estágio - Tipo de Atividade

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 29.10.2012 Turno: Manhã Tarde Meio: VMER-S. São

Nº DE ACTIVACÕES: 4 Doença Súbita: 2 Trauma: 2 Outras: — Abortadas: —

Assinaturas: O Estagiário Gabriel José Atanásio Almeida

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [Assinatura]

OBSERVAÇÕES

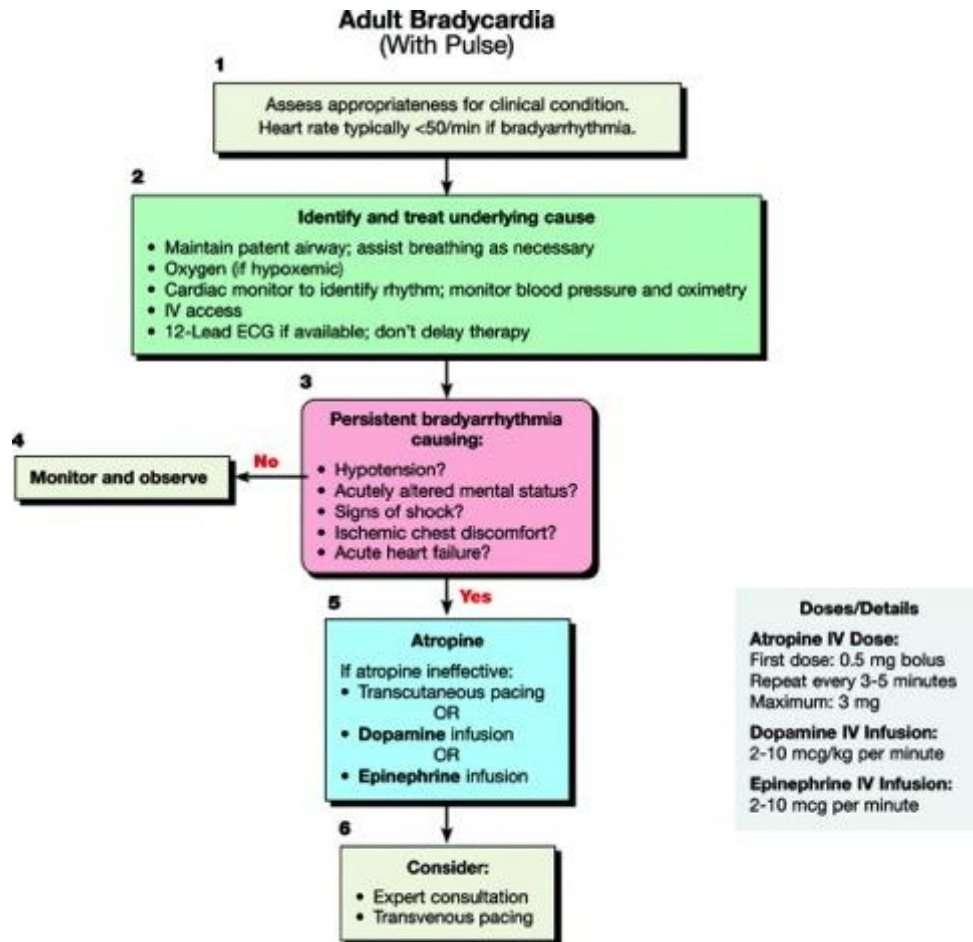
ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

⇒ Vale constatar a importância do trabalho em equipa.

Mostrou interesse e sugestões - as suas actividades de equipa.

Anexo 4- Algoritmo Bradicardia



© 2010 American Heart Association