

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

ESTÁGIO EM MEIOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALARES INEM

Tiago Filipe Rodrigues Lopes

Orientador

Dr. António Marques

Co-Orientador

Dr. Luís Meira

Porto 2011/2012

AGRADECIMENTOS

Os meus mais sinceros agradecimentos:

Ao Dr. António Marques, meu orientador, pela sua disponibilidade e transmissão de conhecimentos que se revelaram essenciais para a elaboração deste relatório de estágio, demonstrando sempre o seu elevado nível académico e pedagógico.

Ao Dr. Luís Meira, meu co-orientador, responsável pela Delegação Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica, ao tornar possível a realização deste estágio e pelo auxílio prestado na delineação do mesmo.

À Dra. Ana Machado, por toda a força e motivação transmitida ao longo deste percurso pessoal e académico.

A todos os Médicos, Enfermeiros e TAE's do INEM que acompanhei durante a realização do estágio, por toda a simpatia e receptividade demonstradas em todos os turnos, pelo interesse na partilha de conhecimentos teóricos e práticos, por todo o ambiente criado que tornou esta uma experiência inesquecível.

RESUMO

A realização de um estágio no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) surgiu no âmbito do enorme interesse pessoal e profissional na área da Emergência Médica, revelando-se uma oportunidade única para obtenção de conhecimentos e competências numa área fundamental para qualquer médico.

O estágio decorreu nos diferentes meios de emergência do INEM, nomeadamente em Ambulância SBV (Suporte Básico de Vida), Ambulância SIV (Suporte Imediato de Vida) e VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação) da Delegação Regional Norte do INEM, com uma duração total de 84 horas, em que foi permitido conhecer a realidade da abordagem pré-hospitalar.

Foram registadas 29 activações durante o estágio, sendo a doença súbita a responsável pelo maior número de activações – 21, trauma com 7 activações e 1 activação abortada.

A PCR (Paragem Cardio-Respiratória), observada em 5 activações, tem como principal factor etiológico a doença cardíaca isquémica, que apresenta uma enorme prevalência no mundo ocidental. Necessita de um reconhecimento imediato e de uma actuação rápida e qualificada para a sua reversão, o que torna preponderante uma aplicação correcta e célere da cadeia de sobrevivência.

O trauma é a principal causa de morte em indivíduos com menos de 45 anos e os acidentes de viação são os principais responsáveis. Só uma abordagem pré-hospitalar eficiente é capaz de diminuir a morbi-mortalidade destas vítimas.

Sugeriu-se um formação obrigatória precoce de SBV na sociedade, assim como uma implementação de um programa nacional de dadores de órgãos de vítimas de PCR não revertidas.

Descreveu-se todas as activações assistidas e efectuou-se posteriormente uma análise das mesmas, com especial ênfase às activações que resultaram na utilização das vias verdes pré-hospitalares.

A interacção de todos os meios INEM foi patente em todos os turnos realizados, assistindo-se a um enorme profissionalismo e espírito de equipa. Consideram-se atingidos os objectivos e competências delineadas para este estágio.

ABSTRACT

The completion of an internship at the National Institute for Emergency Medicine (INEM) arose in the context of the enormous personal and professional interest in the medical emergency area, revealing a unique opportunity to obtain knowledge and skills in a key area for any doctor.

The internship was held in the different means of emergency of the INEM, in particular in SBV (Basic Life Support) Ambulance, SIV (Immediate Life Support) Ambulance and VMER (Medical Car of Emergency and Resuscitation) of the North Regional Delegation of the INEM, with a total duration of 84 hours, in which it was allowed to know the reality of pre-hospital approach.

Were recorded 29 activations during the internship, being the sudden illness to responsible for the greatest number of activations - 21, trauma with 7 activations and 1 activation aborted.

The PCR (Cardiorpulmonary Arrest), observed in 5 activations, has as main etiological factor to ischemic heart disease, which presents a huge prevalence in the western world. It needs an immediate recognition and a fast and qualified action for its reversal, which makes preponderant a fast and correct application of the chain of survival.

Trauma is the leading cause of death in individuals under the age of 45 years and traffic accidents are the main culprits. Only an efficient pre-hospital approach is capable of decreasing the morbidity and mortality of these victims.

It was suggested an early compulsory training SBV in society, as well as an implementation of a national program of organ donors of victims of non-reversed PCR.

It were described all the activations assisted and carried out a further analysis of the same, with particular emphasis on the activations that resulted in the use of pre-hospital pathways.

The interaction of all the INEM means has been apparent in all the shifts made, seeing a huge professionalism and team spirit. Shall be deemed to have achieved the objectives and competencies outlined for this internship.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAS: Ácido acetilsalicílico

AVC: Acidente vascular cerebral

ACP: Auscultação cardio-pulmonar

BRD: Bloqueio de Ramo Direito

Bpm: Batimentos por minuto

BS: Bradicardia sinusal

BV: Bombeiros Voluntários

CAPIC: Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CDI: Cardiodesfibrilhador implantável

CHP: Centro Hospitalar do Porto

CHVNG: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

CIAV: Centro de Informação Antivenenos

CIPSE: Centro de Intervenção para Situações de Exceção

Cpm: Ciclos por minuto

CODU: Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVP: Cruz Vermelha Portuguesa

DAE: Desfibrilhador Automático Externo

DM: Diabetes mellitus

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM: Enfarte Agudo do Miocárdio

EAP: Edema Agudo do Pulmão

ECG: Electrocardiograma

EM: Emergência Médica

EV: Endovenoso

FA: Fibrilhação Auricular

FC: Frequência cardíaca

FR: Frequência respiratória

FV: Fibrilhação Ventricular

GEM: Gabinete de Emergência Médica

GNR: Guarda Nacional Republicana

HBP: Hiperplasia Benigna da Próstata

HSJ: Hospital de São João

HTA: Hipertensão Arterial

IC: Insuficiência Cardíaca

ICBAS: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

INEM: Instituto Nacional de Emergência Médica

IRC: Insuficiência Renal Crónica

ITU: Infecção do Tracto Urinário

NaCl: Cloreto de Sódio

O₂: Oxigénio

PCR: Paragem Cardio-Respiratória

PMA: Posto Médico Avançado

PEM: Posto de Emergência Médica

PSP: Polícia de Segurança Pública

RS: Ritmo Sinusal

SaO₂: Saturação arterial de oxigênio

SAV: Suporte Avançado de Vida

SBV: Suporte Básico de Vida

SDR: Sinais de Dificuldade Respiratória

SF: Soro Fisiológico

SIEM: Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV: Suporte Imediato de Vida

SNA: Sistema Nacional de Ambulâncias

T: Temperatura auricular (°C)

TA: Tensão Arterial

TAE: Técnico de Ambulância de Emergência

TCE: Traumatismo Crânio-Encefálico

TIP: Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico

TS: Taquicardia Sinusal

TV: Taquicardia Ventricular

UMIPE: Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

VIC: Viatura de Intervenção em Catástrofe

VMER: Viatura Médica de Emergência e Reanimação

LISTA DE FIGURAS

Figura I – “Cadeia de Sobrevivência”

Figura II – Moto de Emergência

Figura III – Ambulância SBV

Figura IV – Ambulância SIV

Figura V – VMER

Figura VI – Helicóptero INEM

Figura VII – VIC

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I – Distribuição das horas/Meio INEM

Gráfico II – Motivo das activações

Gráfico III – Motivo das activações/Meio INEM

Gráfico IV – Número total de PCR

Gráfico V – Triagem de Manchester/Meio INEM

Gráfico VI – Idade das vítimas

Gráfico VII – Sexo das vítimas

LISTA DE TABELAS

Tabela I – Objectivos e competências/Reflexão

Índice

I. INTRODUÇÃO	10
Emergência Médica	10
História	10
Em Portugal	11
SIEM.....	11
INEM	12
Cadeia de Sobrevivência.....	13
Meios Móveis	14
Objectivos e competências	18
II. RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
Actividades realizadas durante o estágio.....	20
Análise das actividades realizadas durante o estágio	41
Análise crítica.....	48
III. CONCLUSÕES.....	50
IV. BIBLIOGRAFIA	51
V. ANEXOS.....	54

I – INTRODUÇÃO

A unidade curricular “Dissertação/Projecto/Relatório de Estágio”, que se encontra inserida no plano de estudos do Mestrado Integrado em Medicina - ICBAS, tornou possível a realização de um estágio no INEM, representando uma oportunidade única de contacto com a emergência médica pré-hospitalar e a aquisição de conhecimentos e competências fundamentais na formação de um médico.

O currículo académico de um aluno de Medicina no ICBAS é bastante limitado no que diz respeito à área da EM, existindo uma lacuna significativa no que concerne à transmissão de conhecimentos e competências nesta área tão nobre e importante da Medicina globalizada dos tempos actuais.

Todo o médico deveria apresentar conhecimentos básicos em EM, que o capacitassem de intervir em situações de emergência. O jovem médico não se encontra devidamente preparado para lidar com vítimas de doença súbita ou trauma, o que representa uma falha considerável no ensino médico em Portugal.

O estágio no INEM surge, assim, como uma excelente oportunidade de perceber e compreender o funcionamento da emergência médica no nosso país, esperando no seu decurso ficar melhor ilucidado quanto ao meu futuro profissional.

EMERGÊNCIA MÉDICA

HISTÓRIA

A EM teve o seu início em contexto militar. Os médicos que faziam parte do corpo militar avaliavam os soldados feridos no local, diferenciando-os em níveis de gravidade, ou seja, efectuavam uma triagem: a ordem de tratamento dependia do nível de gravidade dos ferimentos. Percebeu-se, nessa altura, que este tipo de abordagem tinha, de facto, resultados positivos, havendo um maior número de sobreviventes. Estes conceitos foram, posteriormente, absorvidos e desenvolvidos pela medicina civil, existindo actualmente dois modelos de referência a nível dos cuidados pré-hospitalares: Modelo Anglo-Saxónico (“*Scoop and Run*”) – actuação centrada na estabilização rápida do doente no local e posterior transporte para um centro hospitalar diferenciado; Modelo Franco-Germânico (“*Stay and Play*”) - estabilização/tratamento do doente

no local e posterior transporte para um centro hospitalar diferenciado, sendo este o modelo de referência em Portugal (Alagappan *et al*, 2005).

Em Portugal

Em 1965, foi criado em Lisboa um serviço de prestação de primeiros socorros, que pode ser considerado o primeiro modelo de emergência médica implementado no nosso país. Este tinha como finalidade o transporte de doentes e feridos do local de ocorrência para o hospital de referência mais próximo. O serviço era accionado através do número nacional “115”, e o serviço de ambulâncias de que fazia parte era constituído essencialmente por elementos da PSP e da GNR. A CVP também apresentou nesta altura um papel fundamental, no entanto, a sua área de actuação incidia apenas em Lisboa e no Porto (Diário da República, Decreto-Lei n.º 511/71, 22 de Novembro).

Em 1971, é criado o SNA, que tinha como objectivo a orientação, coordenação e eficiência da prestação dos primeiros socorros e o transporte das vítimas para o hospital (Diário da República, Decreto-Lei n.º 511/71, 22 de Novembro). Em 1980, após o reconhecimento da importância do SNA, foi criado o GEM, responsável pela elaboração de um projecto que viesse a coordenar um SIEM (Diário da República, Decreto-Lei n.º 234/81, 03 de Agosto).

O INEM é criado em 1981, integrando o SNA e o GEM e tendo como principal finalidade assegurar um sistema integrado de emergência médica em território continental (Diário da República, Decreto-Lei n.º 234/81, 03 de Agosto).

SIEM

O SIEM consiste num conjunto de entidades que cooperam entre si com um objectivo bem delineado: a prestação de assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. A PSP, GNR, CVP, BV, INEM, assim como os Hospitais e Centros de Saúde são as entidades que fazem parte deste sistema integrado de emergência médica (www.inem.pt).

É accionado através da marcação do número nacional de emergência “112” (marca o início da Cadeia de Sobrevivência), comum à maioria dos países europeus, sendo descrito inclusivamente como o Número Europeu de Emergência. O atendimento desta chamada é da responsabilidade da PSP, através das suas centrais de emergência e, caso seja relacionada com questões de saúde, é prontamente encaminhada para o CODU, onde é efectuada uma primeira triagem sob supervisão médica. O departamento de emergência médica do hospital de referência também é contactado,

não só para assegurar a disponibilidade de recepção do doente crítico, como também para transmitir toda a informação clínica disponível, para assim assegurar a prestação dos melhores cuidados de saúde (Gomes *et al*, 2004).

INEM

O INEM é um instituto público integrado na administração indirecta do Estado, sob superintendência e tutela do Ministério da Saúde, dotado de autonomia administrativa e financeira, bem como património próprio (Decreto-Lei n.º 34/2012, 14 de Fevereiro). É um organismo central com jurisdição sobre o território continental, estando a sua sede localizada em Lisboa e dispondo de três delegações regionais, consoante a sua área territorial de acção: Delegação Regional do Norte, Centro e Sul (Diário da República, Decreto-Lei n.º 34/2012, 14 de Fevereiro).

O INEM tem, actualmente, a responsabilidade de “definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as actividades e o funcionamento do SIEM de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde.” É ainda da sua responsabilidade: a articulação entre os vários constituintes do SIEM e os serviços de urgência e emergência nos estabelecimentos de saúde; a garantia de triagem das chamadas que lhe são encaminhadas pelo número telefónico de emergência e o accionamento dos meios de emergência médica em conformidade; a prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar providenciando o correcto transporte para as unidades de saúde adequadas, promovendo uma correcta referenciação do doente urgente/emergente (Decreto-Lei n.º 34/2012, 14 de Fevereiro).

Actualmente, o INEM dispõe, em território continental, de quatro CODU que funcionam 24 horas/dia: Lisboa, Porto, Coimbra e Faro. Estes sofreram, no ano transacto, uma alteração significativa ao nível do atendimento das chamadas, de forma a reduzir as assimetrias regionais. Apenas 56% das chamadas triadas resultaram no envio de meios de emergência para o local de ocorrência, sendo que a restante percentagem (44%) foi transferida para o serviço de Saúde 24, tendo sido consideradas não emergentes e, como tal, sem activação dos meios de emergência (Relatório de Actividades 2011, INEM).

O INEM, no desenvolvimento da sua actividade, apresenta outros serviços que visam colmatar necessidades específicas: CIAV – centro médico nacional de informação toxicológica que presta informações relativas à exposição a tóxicos, funcionando 24 horas/dia e com médicos

especializados; CODU-Mar – presta aconselhamento médico a situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações; CAPIC – direccionado para o atendimento das necessidades psicossociais da população, assim como prestar apoio a todos os intervenientes do SIEM quando sujeitos a elevados níveis de stress (caso seja necessário); TIP – dedicado ao transporte de recém-nascidos e doentes pediátricos em estado crítico entre Unidades de Saúde; Protecção de Saúde a Altas Individualidades – garantindo a prevenção e acompanhamento a VIP; CIPSE; Vias Verdes Pré-Hospitalares (Relatório de Actividades 2011, INEM).

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

A sobrevivência de doentes em PCR depende de uma sequência de intervenções sensíveis ao tempo, o que justifica a importância da sua optimização. Esta “Cadeia de Sobrevivência” inclui mensagens sobre prevenção e cuidados pós-reanimação, nunca descurando a sua simplicidade, compreendendo quatro elos: 1 – Acesso precoce ao SIEM – 112; 2 – Início precoce de SBV; 3 – Desfibrilhação precoce; 4 – Suporte SAV precoce. Todos os elos da cadeia são fundamentais e igualmente importantes - “uma corrente é tão forte quanto o seu elo mais fraco” (Nolan et al, 2006).



Figura I: “Cadeia de Sobrevivência”

(Fonte: Nolan et al. *The chain of survival. Resuscitation.* 2006).

MEIOS MÓVEIS

Os CODU têm ao seu dispor um conjunto de meios de EM de actuação no terreno que se destinam ao transporte e estabilização de vítimas de acidente ou doença súbita (www.inem.pt).

- **Motas**

Meio ágil, vocacionado para o trânsito citadino, que permite a chegada ao local de ocorrência num espaço de tempo mais reduzido. Transporta um DAE, O₂, adjuvantes da via aérea/ventilação e equipamento de SBV, permitindo assim ao TAE a estabilização do doente, até que se encontrem reunidas as condições necessárias ao seu transporte, caso seja necessário.

É um meio relativamente recente, existindo 5 motas no final de 2011, sedeadas nos CODU Porto e Lisboa, com 2.745 accionamentos (Relatório de Actividades 2011, INEM).



Figura II: Moto INEM (Fonte: INEM online – Meios)

- **Ambulâncias SBV**

Veículos destinados à estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte. São tripuladas por dois TAE's capacitados para a aplicação de medidas de SBV. Encontram-se sedeadas em bases do próprio Instituto e em corpos de bombeiros por todo o país, denominados PEM. Actualmente, o INEM dispõe de 302 Ambulâncias SBV, 61 sedeadas nas Delegações Regionais e as restantes integradas nas diferentes entidades do SIEM. São o meio de socorro mais utilizado, representando 26.327 accionamentos em 2011 (Relatório de Actividades 2011, INEM).



Figura III: Ambulância SBV (Fonte: INEM online - Meios)

- **Ambulâncias SIV**

Destinam-se a garantir cuidados de saúde diferenciados, melhorando assim os cuidados pré-hospitalares. A tripulação é composta por um Enfermeiro e um TAE. A nível técnico, apresenta a carga de uma Ambulância SBV, fármacos e um monitor-desfibrilhador, que permite a transmissão de electrocardiograma e sinais vitais. Neste momento, o INEM possui 30 Ambulâncias SIV ao seu dispor, com 28.506 accionamentos em 2011 (Relatório de Actividades 2011, INEM).



Figura IV: Ambulância SIV (Fonte: INEM online - Meios)

- **VMER**

Veículo de intervenção pré-hospitalar que permite o transporte rápido de uma equipa médica directamente ao local da ocorrência. A equipa inclui um Médico e um Enfermeiro, tendo ao seu dispor equipamento de SAV. O seu objectivo é a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte das vítimas. Actuam na dependência directa dos

CODU e têm base hospitalar. Actualmente, existem 42 VMER, sendo o segundo meio de socorro mais utilizado, com 59.226 accionamentos em 2011 (Relatório de Actividades 2011, INEM).



Figura V: VMER (Fonte: INEM online - Meios)

- **Helicópteros**

Encontram-se equipados com material de SAV e são tripulados por um Médico, um Enfermeiro e dois pilotos. Utilizados no transporte inter-hospitalar de doentes graves ou entre o local de ocorrência e a unidade hospitalar diferenciada. Os CODU tinham à sua disposição 5 aeronaves (Porto, Macedo de Cavaleiros, Aguiar da Beira, Lisboa e Loulé) em 2011, verificando-se um registo de 1.247 accionamentos (Relatório de Actividades 2011, INEM).



Figura VI: Helicóptero INEM (Fonte: Boasnotícias, online)

- **UMIPE**

Meio utilizado no auxílio às vítimas em situações traumáticas, emergências psicológicas, abuso/violação física ou sexual e em ocorrências que envolvam crianças.

- VIC

É utilizada em situações multi-vítimas, possuindo material SAV. Permite a montagem de um PMA com capacidade para tratar simultaneamente oito vítimas graves.



Figura VII: Viatura de Intervenção em Catástrofe (Fonte: INEM online - Meios)

OBJECTIVOS E COMPETÊNCIAS

O Estágio em Meios de Emergência Médica Pré-Hospitalares surgiu como uma oportunidade única de acompanhar no terreno a operacionalidade do INEM, na busca real de conhecimento da EM em Portugal. Foram propostos, neste estágio, determinados objectivos e competências:

- Objectivos
 - 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;
 - Aprender técnicas “life-saving” – assumidas como essenciais para a manutenção da vida no doente grave;
 - Conhecer os protocolos de actuação e aplicar os algoritmos de SAV;
 - Tomar consciência do trabalho de equipa na EM.

- Competências
 - Liderança e de 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;
 - Responsabilidade e Ética profissional.

II – RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estágio teve a duração total de 84 horas, entre 23/10/2011 e 26/03/2012, distribuídas pelos seguintes meios INEM:

- 12 horas em Ambulância SBV-Porto 2
- 12 horas em Ambulância SIV
 - 6 horas Ambulância SIV-Gondomar; 6 horas Ambulância SIV-Vila do Conde
- 60 horas em VMER
 - 42 horas VMER-HSJ; 12 horas VMER-CHVNG; 6 horas VMER-CHP.

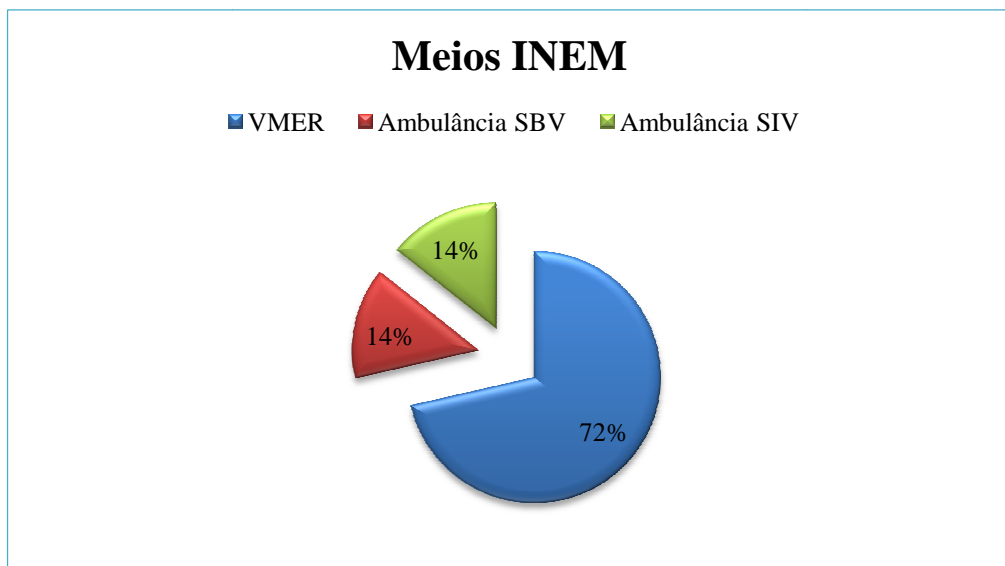


Gráfico I: Distribuição das horas/Meio INEM

A aprovação da Delegação Regional do Norte para a realização deste estágio foi devidamente obtida após a emissão de uma Declaração (Anexo I), por parte do INEM, submetendo-me ao sigilo profissional e ao cumprimento das normas previstas no Regulamento de Estágios desta instituição. Foi necessário efectuar um seguro de acidentes pessoais, visto o ICBAS não apresentar, até à data, qualquer tipo de acordo institucional com o INEM.

A definição dos turnos nos diferentes meios INEM teve em atenção a disponibilidade de ambas as partes, optando-se, sempre que possível, pelos locais com maior número médio de activações diárias. Verificou-se uma diferença substancial nas horas realizadas em meio VMER, o que se depreende do facto de este ser tripulado por uma equipa médica, tornando-se academicamente mais aliciente.

Em cada activação, foi preenchida uma ficha de observação, essencial à posterior elaboração deste relatório.

No final de cada turno, foi assinada a respectiva ficha de realização de estágio pelo responsável do meio de socorro (em Anexo).

A. Descrição das actividades realizadas durante o estágio

Ambulância SBV-Porto 2, 23.10.2011, Turno da Tarde – Anexo II

1ª Activação

Horário da activação: 14:48.

Motivo: Dor torácica.

Identificação: M. M., sexo feminino, 62 anos.

Antecedentes pessoais: HTA, Obesidade e IC. Medicação habitual: Irbesartan + Hidroclorotiazida, Lansoprazol, AAS, Bromazepam, Rosuvastatina, Levotiroxina sódica, Clopidogrel, Trimetazidina.

Avaliação: T – 36 °C; TA – 108/69 mmHg; FC – 68 bpm, pulso rítmico, amplo e regular; FR – 17 cpm; Glicemia capilar – 98 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 98%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Mucosas coradas e hidratadas.

Observações: Consciente e colaborante. Dor pré-cordial, de início abrupto, com uma intensidade 6/10, com irradiação para o dorso, associada a dispneia em repouso. A ambulância SBV-Porto 2 foi accionada pelo CODU por indisponibilidade da VMER.

Actuação: O₂ – 3L/min;

Hipótese de diagnóstico: EAM?

Seguimento: Transporte para o CHP. Triagem - Amarelo

Tarefas desempenhadas: Pesquisa de sinais vitais; Medição da glicemia capilar.

2ª Activação

Horário da activação: 15:46.

Motivo: Queda.

Identificação: J. R., sexo masculino, 74 anos.

Antecedentes pessoais: HTA; AVC. Medicação habitual: AAS.

Avaliação: T – 36,5 °C; TA – 174/90 mmHg; FC – 100 bpm; FR – 19 cpm; Glicemia capilar – 82 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 94%; Edema e equimose no joelho esquerdo. Glasgow – 15.

Observações: Consciente e colaborante. Encontrava-se sentado na cama quando escorregou e embateu com o joelho esquerdo no chão. Dor e perda ligeira da mobilidade do membro inferior esquerdo.

Actuação: Aplicação local de gelo.

Hipótese de diagnóstico: Trauma.

Seguimento: Transporte para o HSJ. Triagem – Verde.

Tarefas desempenhadas: Pesquisa de sinais vitais; Medição da glicemia capilar.

3ª Activação

Horário da activação: 17:50.

Motivo: Convulsão.

Identificação: V. S., sexo masculino, 42 anos.

Antecedentes pessoais: Esquizofrenia. Medicação habitual: Decanoato de halopuridol.

Avaliação: T – 36,2 °C; TA – 160/100 mmHg; FC – 80, pulso rítmico, amplo e regular; FR – 18 cpm; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 97%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Mucosas coradas e hidratadas. Glasgow – 15.

Observações: Vítima internada no Hospital Conde Ferreira devido à doença de base. À nossa chegada, consciente e colaborante, referindo cefaleia holocraniana de ligeira intensidade, associada a náuseas. Segundo testemunhas no local, terá tido 2 crises convulsivas com a duração

aproximada de 10 segundos e um intervalo entre elas de 5 minutos, sem perda do controlo dos esfíncteres.

Actuação: Diazepam EV pela equipa de enfermagem do Hospital Conde Ferreira.

Hipótese de diagnóstico: Crise convulsiva.

Seguimento: Transporte para HSJ. Triagem – Amarelo.

Tarefas desempenhadas: Pesquisa de sinais vitais.

4^a Activação

Horário da activação: 18:41.

Motivo: Queda.

Identificação: Criança de 6 anos.

Actuação: Saída abortada.

5^a Activação

Horário da activação: 19:57

Motivo: Queda na via pública.

Identificação: A. F., sexo masculino, 92 anos.

Antecedentes pessoais: Desconhecidos.

Avaliação: TA – 192/116 mmHg; FC – 102 bpm, pulso rítmico, amplo e regular; FR – 18 cpm; Glicemia capilar – 102 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 96%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Mucosas coradas e hidratadas; Ferida cortocontusa com cerca de 4 cm na região parietal esquerda acompanhada por vários coágulos hemostáticos sobrepostos; Ferida cortocontusa com aproximadamente 2 cm na região infra-orbicular direita; Palpação abdominal – Normal; Glasgow – 13.

Observações: À nossa chegada, vítima consciente mas desorientada após queda de uns degraus na via pública. Cefaleia holocraniana de forte intensidade, associada a náuseas. Segundo testemunhas no local, a vítima terá perdido a consciência por 2 minutos aproximadamente. Procedeu-se de imediato à sua imobilização em plano duro e colocação de colar cervical.

Durante o transporte, deterioração progressiva do seu estado neurológico e 3 episódios de vômito de conteúdo alimentar. À chegada ao serviço de urgência, Glasgow – 10.

Actuação: Aplicação de colar cervical e imobilização em plano duro; O₂ – 6 L/min.

Hipótese de diagnóstico: TCE.

Seguimento: Transporte para HSJ. Triagem – Laranja.

Tarefas desempenhadas: Pesquisa de sinais vitais; Medição da glicemia capilar; Participação na imobilização.

Ambulância SBV-Porto 2, 24.10.2011, Turno da Tarde – Anexo III

1ª Activação

Horário da activação: 14:36.

Motivo: Queda.

Identificação: R. N., sexo feminino, 63 anos.

Antecedentes pessoais: DM tipo 2; HTA. Medicação habitual: : Irbesartan + Hidroclorotiazida, Metformina.

Avaliação: TA – 142/87 mmHg; FC – 74 bpm, pulso rítmico, amplo e regular; FR – 19 cpm; Glicemia capilar – 92 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 99%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Mucosas coradas e hidratadas; Glasgow – 15.

Observações: Queda na via pública. À nossa chegada ao local, vítima consciente e colaborante. Ligeiro traumatismo no joelho do membro inferior esquerdo, associado a dor com intensidade 3/10 e equimose, com ligeira limitação da sua mobilidade.

Actuação: Aplicação local de gelo.

Hipótese de diagnóstico: Trauma.

Seguimento: Recusa transporte para o hospital assinando respectiva declaração.

Tarefas desempenhadas: Pesquisa de sinais vitais.

2ª Activação

Horário da activação: 15:28.

Motivo: Alteração do estado de consciência.

Identificação: J. L., sexo masculino, 65 anos.

Antecedentes pessoais: Fumador. Medicação habitual: Lorazepam, Quetiapina.

Avaliação: T – 36,5 °C; TA – 98/50 mmHg; FC – 72 bpm, pulso rítmico, amplo e regular; FR – 16 cpm; Glicemia capilar – 81 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 99%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Mucosas coradas e hidratadas; Tórax sem dor à palpação e sem diminuição da expansibilidade torácica; Palpação abdominal – Normal; Sem lesões traumáticas aparentes; Exame Neurológico Sumário – Normal; Glasgow – 15

Observações: Vítima encontrada em decúbito dorsal na via pública pela PSP, que contactou de imediato o CODU. Refere alteração do estado de consciência, razão pela qual se deitou na via pública. Seguido com regularidade no Hospital Magalhães Lemos. À nossa chegada ao local: consciente e colaborante, referindo uma cefaleia de intensidade 3/10, não associada a náuseas ou vómitos.

Actuação: Nenhuma medida.

Hipótese de diagnóstico: Lipotímia?

Seguimento: Transporte para HSJ; Triagem – Amarelo.

Tarefas desempenhadas: Medição da glicemia capilar.

3ª Activação

Horário da activação: 18:08.

Motivo: Febre + vómitos

Identificação: M. C., sexo feminino, 91 anos.

Antecedentes pessoais: Coledocolitíase.

Avaliação: T – 38,6 °C; TA – 102/67 mmHg; FC – 82 bpm, pulso rítmico, amplo e regular; FR – 23 cpm; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 94%; Pupilas isocóricas e fotorreativas, com escleras ligeiramente ictéricas; Mucosas coradas e hidratadas; Glasgow – 14.

Observações: À nossa chegada ao local: vítima consciente mas visivelmente prostrada. Segundo a filha, iniciou episódio febril ao início da tarde (38,2 °C), que cedeu parcialmente com Paracetamol 500 mg. Concomitantemente, episódio único de vômito de conteúdo alimentar. Após 2 horas, agravamento da febre (38,6 °C).

Actuação: Nenhuma medida.

Hipótese de diagnóstico: Colecistite?

Seguimento: Transporte para HSJ; Triagem – Amarelo.

Tarefas desempenhadas: Pesquisa de sinais vitais.

Ambulância SIV-Gondomar, 29.12.2011, Turno da Tarde – Anexo IV

1ª Activação

Horário da activação: 15:12.

Motivo: Dispneia.

Identificação: E. J., sexo feminino, 89 anos.

Antecedentes pessoais: DM tipo 2, HTA, IC, Carcinoma espinocelular da face (cirurgia paliativa no IPO). Medicação habitual: Propranolol, Glicazida, Nitroglicerina, Cianocobalamina + Piridoxina + Tiamina, Levofloxacina, Donepezilo, Risperidona, Amlodipina, Trimetazidina.

Avaliação: T – 36 °C; TA – 90/50 mmHg; FC – 70, pulso rítmico, amplo e regular; FR – 18 cpm; Glicemia capilar – 159 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 95%; Pupilas mióticas; Mucosas desidratadas e extremidades frias; Pieira associada a tiragem supraclavicular e utilização dos músculos acessórios, com retracção dos espaços intercostais; ACP – Diminuição do murmúrio vesicular bilateralmente e sibilância em ambos os campos pulmonares. S1 e S2 presentes, hipofonéticos; Sem edemas dos membros inferiores; Glasgow – 14.

Observações: À nossa chegada ao local (domicílio): doente em decúbio dorsal no leito, consciente mas não colaborante (normal segundo a família presente). Dispneia em repouso, com SDR.

Actuação: Salbutamol 0,5 mL/Nebulização.

Hipótese de diagnóstico: Pneumonia?; Descompensação da IC?

Seguimento: Transporte para Hospital de Valongo; Triagem – Laranja.

Tarefas desempenhadas: Pesquisa de sinais vitais; Auscultação cardíco-pulmonar.

Ambulância SIV-Vila do Conde, 30.12.2011, Turno da Manhã – Anexo V

1ª Activação

Horário da activação: 11:50.

Motivo: Alteração do estado de consciência.

Identificação: C. D., sexo masculino, 63 anos.

Antecedentes pessoais: Cefaleia em salva; Fumador. Medicação habitual: Topiramato, O₂ em SOS.

Avaliação: TA – 120/79; FC – 80 bpm, pulso rítmico, amplo e regular; FR – 10 cpm; Glicemia capilar – 129 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 99%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Mucosas coradas e hidratadas; Sem lesões traumáticas aparentes; ACP – Normal; Exame Neurológico Sumário – Normal; Glasgow – 15; ECG – Bloqueio de Ramo Direito.

Observações: Alteração do estado de consciência na via pública. À nossa chegada ao local, a vítima encontrava-se a ser socorrida pelos BV, já consciente. Desconhece duração do episódio, não existindo testemunhas do mesmo. Accionado o 112 por um transeunte. Vítima refere várias crises de ansiedade nas últimas semanas devido a problemas familiares.

Actuação: O₂ – 6 L/min.

Hipótese de diagnóstico: Ataque de pânico.

Seguimento: Transporte para Hospital da Póvoa de Varzim; Triagem – Amarelo.

Tarefas desempenhadas: Pesquisa de sinais vitais; ECG e posterior análise.

VMER-CHVNG, 27.12.2011, Turno da Manhã, Anexo VI

1ª Activação

Horário da activação: 11:40.

Motivo: Peri-paragem cárdio-respiratória.

Identificação: M. S., sexo feminino, 82 anos.

Antecedentes pessoais: Cardiopatia isquémica, DM tipo 2, Dislipidemia, ITUs de repetição, IRC – hemodiálise desde há 2 anos, 4x/semana. Medicação habitual: Amiodarona, Insulina, Sinvastatina.

Avaliação: TA – 62/32 mmHg na 1ª avaliação e TA – 91/57 à 2ª avaliação; FC – 72 bpm, pulso rítmico, regular, fraco; FR – 14 cpm; Glicemia capilar – 345 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 98%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Mucosas desidratadas e extremidades frias; ACP – Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. S1 e S2 presentes, hipofonéticos; Glasgow – 15; Fístula A-V no membro superior esquerdo com elevada perda hemática; ECG – RS.

Observações: A vítima encontrava-se a realizar hemodiálise numa clínica em Vila Nova de Gaia quando foi accionada a VMER-CHVNG. À nossa chegada, estava consciente e colaborante. A médica que se encontrava de serviço refere que a vítima recuperou após 2 minutos de manobras SBV e que o episódio se deveu a um problema no circuito da máquina de hemodiálise, que levou a uma considerável perda hemática pela fístula AV.

Actuação: O₂ – 10 L/min; Voluven® 500 mL/EV; SF 0,9% 500 mL/EV.

Hipótese de diagnóstico: Hipovolemia.

Seguimento: Transporte para CHVNG; Triagem – Vermelho.

Tarefas desempenhadas: ECG e posterior análise.

VMER-CHVNG, 27.12.2011, Turno da Tarde, Anexo VII

1ª Activação

Horário da activação: 16:10

Motivo: Queda.

Identificação: J. F., sexo masculino, 48 anos.

Antecedentes pessoais: Aparentemente saudável.

Avaliação: TA – 165/108; FC – 86 bpm, pulso rítmico, amplo e regular; FR – 18 cpm; Glicemia capilar – 106 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 99%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Mucosas coradas e hidratadas; Sem lesões traumáticas aparentes; Tórax sem dor à palpação e sem diminuição da expansibilidade torácica; ACP – Normal; Palpação abdominal – Normal; Exame Neurológico Sumário – Normal; Glasgow – 15.

Observações: À nossa chegada, vítima consciente e colaborante, após queda de uma altura de 4 metros no local de trabalho. Sem alteração do estado de consciência, náuseas, vômitos ou cefaleias. Dor na região lombar, de intensidade 3/10, sem irradiação, com limitação na sua mobilidade.

Actuação: Aplicação de colar cervical e imobilização em plano duro; O₂ – 10 L/min.

Hipótese de diagnóstico: Trauma.

Seguimento: Transporte para CHVNG; Triagem – Amarelo.

Tarefas desempenhadas: Pesquisa de sinais vitais; Implementação de oxigenoterapia; Participação na imobilização.

2ª Activação

Horário da activação: 18:35.

Motivo: PCR.

Identificação: E. L., sexo feminino, 89 anos.

Antecedentes pessoais: Desconhecidos.

Avaliação: Livores cadavéricos; Midríase fixa bilateral; Glasgow – 3.

Observações: Encontrada inconsciente no seu domicílio, pelo filho. À nossa chegada ao local, os BV encontravam-se em manobras de SBV há aproximadamente 2 minutos. Decisão de não efectuar SAV. Retirado corpo estranho da via aérea da vítima. Contactada a PSP por inexistência de médico assistente para a certificação do óbito. A equipa da VMER só abandonou o local após a chegada das autoridades policiais.

Actuação: Verificação do óbito.

Hipótese de diagnóstico: PCR por aspiração de corpo estranho.

VMER-HSJ, 28.12.2011, Turno da Manhã, Anexo VIII

1ª Activação

Horário da activação: 9:02.

Motivo: PCR.

Identificação: M. C. A., sexo feminino, 61 anos.

Antecedentes pessoais: DM tipo 2; IRC em hemodiálise.

Avaliação: Ausência de pulso; Pele fria e pálida; Midríase fixa bilateral; Glasgow – 3. ECG – Assistolia.

Observações: Acamada desde há 1 ano, dependente para as actividades diárias. Encontrada inconsciente pela filha, de manhã. Foi decidido não iniciar SAV, tendo sido verificado o óbito.

Actuação: Verificação do óbito e contacto com o médico assistente para certificação do óbito.

Diagnóstico: Cadáver.

Tarefas desempenhadas: ECG e posterior análise.

2ª Activação

Horário da activação: 12:28.

Motivo: Alteração do estado de consciência.

Identificação: M. R., sexo masculino, 82 anos.

Antecedentes pessoais: Linfoma cervical; HTA; AVC sem sequelas (segundo familiares); FA.

Medicação habitual: Varfarina, Nifedipina, Bromazepam, Omeprazol.

Avaliação: T – 36,3 °C; TA – 170/82 mmHg; FC – 74, pulso rítmico, irregular; FR – 14 cpm; Glicemia capilar – 146 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 93%; Pupilas midriáticas bilateralmente; Mucosas coradas e hidratadas; ACP – Murmúrio vesicular presente bilateralmente, crepitações inspiratórias bibasais; Glasgow – 4; ECG – RS.

Observações: À nossa chegada ao local (domicílio), vítima inconsciente há aproximadamente 20 minutos e a reagir em descerebração. Segundo os familiares, estava “bem” durante o período da manhã, tendo sido encontrado inconsciente às 12h. Referidos vários episódios de trémulos difusos intermitentes.

Actuação: Acesso venoso; Desobstrução/Aspiração da via aérea; Entubação endotraqueal; Ventilação mecânica; O₂ – 15 L/min; Propofol 1% 80 mg/EV em perfusão 8 mL/h; Morfina 5 mg/EV; SF NaCl 0,9% 500 mL/EV.

Hipótese de diagnóstico: AVC hemorrágico?

Seguimento: Transporte para HSJ; Triagem – Laranja.

Tarefas desempenhadas: Pesquisa de sinais vitais; Participação em entubação endotraqueal.

VMER-HSJ, 29.02.2012, Turno da Manhã, Anexo IX

1ª Activação

Horário da activação: 10:05.

Motivo: Dispneia.

Identificação: A. S., sexo masculino, 73 anos.

Antecedentes pessoais: AVC; Demência; Cancro colorectal; Aneurisma da aorta abdominal.

Medicação habitual: Ranitidina, Sulfato ferroso, Clopidogrel, Lorazepam, Quetiapina.

Avaliação: T – 38,3 °C; TA – 79/46 mmHg; FC – 162, pulso rítmico, amplo e regular; FR – 25 cpm; Glicemia capilar – 240 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 63%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Palidez, hipersudorese e cianose labial; Tiragem subcostal e supraclavicular, utilização dos músculos acessórios; ACP – Roncos e sibilos dispersos bilateralmente, com maior incidência à esquerda. S1 e S2 presentes, hiperfonéticos; Palpação abdominal – Normal; Glasgow – 7; ECG – TS.

Observações: Acamado, totalmente dependente. À nossa chegada ao local (domicílio), vítima prostrada, com SDR. Segundo a esposa, terá feito aspiração do leite durante o pequeno-almoço, o que terá precipitado o episódio.

Actuação: Aspiração da via aérea, sem saída de conteúdo alimentar, mas com secreções traqueobrônquicas muito espessas e purulentas; Acesso venoso; O₂ – 15 L/min; Hidrocortisona 100 mg/EV; Brometo de ipatrópio EV; Paracetamol 1 g/EV; SF NaCl 0,9% 500 ml/EV.

Hipótese de diagnóstico: Aspiração conteúdo alimentar?; Infecção respiratória?.

Seguimento: Transporte para HSJ; Triagem – Laranja.

Tarefas desempenhadas: Pesquisa de sinais vitais.

VMER-HSJ, 02.03.2012, Turno da Tarde, Anexo XII

1ª Activação

Horário da activação: 16:00.

Motivo: Acidente de trabalho com máquina industrial.

Identificação: A. N., sexo masculino, 45 anos.

Antecedentes pessoais: Saudável.

Avaliação: TA – 107/70 mmHg; FC – 87 bpm, pulso rítmico, amplo e regular; FR – 14 cpm; Glicemia capilar – 109 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 100%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Mucosas coradas e hidratadas; Sem lesões traumáticas aparentes; Tórax sem dor à palpação e sem diminuição da expansibilidade torácica; ACP – normal; Palpação abdominal – Normal, sem sinais de irritação peritoneal; Exame Neurológico Sumário – Normal; Glasgow – 15. ECG – RS.

Observações: Episódio ocorrido na zona industrial da Maia, em fábrica de reciclagem. Traumatismo ao nível da cintura, ao ficar “entalado” entre uma viga de aço e uma empilhadora, sem perda de consciência. À nossa chegada ao local, vítima imobilizada em plano duro e com colar cervical pelos BV, consciente e orientada no tempo e no espaço. Refere dor com intensidade 7/10, em moedeira, sem irradiação mas limitante na sua mobilidade. Mobilidade e sensibilidade dos membros conservada. Sem outras lesões aparentes.

Actuação: Acesso venoso; Tramadol 100 mg/EV; Metoclopramida 100 mg/EV; SF NaCl 0,9% 500 mL/EV.

Hipótese de diagnóstico: Trauma.

Seguimento: Transporte para HSJ sem médico.

Tarefas desempenhadas: ECG e posterior análise.

2ª Activação

Horário da activação: 19:32.

Motivo: Dispneia.

Identificação: M. C., sexo feminino, 56 anos.

Antecedentes pessoais: Cardiomiopatia dilatada; HTA; FA; DM tipo 2; Tuberculose ganglionar; Doente em hipocoagulação crónica e com CDI.

Avaliação: T – 36,0 °C; TA – 99/74 mmHg; FC – 189 bpm, pulso arritmico e de amplitude variável; FR – 22 cpm; Glicemia capilar – 214 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 99%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Cianose labial e hipersudorese; ACP – Crepitações dispersas pelos 2/3 inferiores de ambos os campos pulmonares. S1 e S2 presentes, hiperfonéticos. Glasgow – 15. ECG – FA.

Observações: À nossa chegada ao local (rotunda à saída da A4 em Valongo), vítima já se encontrava a ser assistida por ambulância do INEM. Dispneia em repouso com início há 20 minutos. Concomitantemente, dor torácica de início gradual, intensidade 6/10, em moedeira, com irradiação para o braço direito. Refere que já não consegue dormir em decúbito dorsal há vários dias, por dificuldade respiratória.

Actuação: Acesso venoso; O₂ – 6 L/min; Morfina 3 mg/EV; Furosemda 20 mg/EV; Digoxina 0,25 mg + 0,25 mg/EV; Amiodarona 150 mg/EV; SF NaCl 0,9% 100 mL/EV.

Hipótese de diagnóstico: EAP em contexto de descompensação cardíaca por FA?

Seguimento: Transporte para CHP; Triagem – Laranja.

Tarefas desempenhadas: ECG e posterior análise; Auscultação cardio-pulmonar.

VMER-HSJ, 13.03.2012, Turno da Manhã, Anexo X

1ª Activação

Horário da activação: 08:59.

Motivo: Queda.

Identificação: M. A., sexo feminino, 54 anos.

Antecedentes pessoais: HTA; Dislipidemia; Depressão. Medicação habitual: Sinvastatina, Pantoprazol, Fluvoxamina, Loflazepato de etilo.

Avaliação: TA – 100/72 mmHg; FC – 80 bpm, pulso rítmico, amplo e regular; FR – 15 cpm; Glicemia capilar – 178 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 99%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Mucosas coradas e hidratadas; Sem lesões traumáticas aparentes; Tórax sem dor à palpação e sem diminuição da expansibilidade torácica; ACP – Normal; Palpação abdominal – Normal; Exame Neurológico Sumário – Normal; Glasgow – 15.

Observações: Queda da própria altura na via pública, sem perda de consciência. À nossa chegada ao local, vítima consciente e colaborante. Refere episódio de tontura antes da queda. Nega dispneia ou dor torácica.

Actuação: Nenhuma medida.

Hipótese de diagnóstico: Lipotímia?

Seguimento: Transporte para CHP sem médico.

Tarefas desempenhadas: Pesquisa de sinais vitais.

2ª Activação

Horário da activação: 10:01.

Motivo: Convulsão.

Identificação: J. C., sexo feminino, 71 anos.

Antecedentes pessoais: AVC com sequelas (Hemiplegia direita); Epilepsia; DM tipo 2.

Medicação habitual: Gabapentina, AAS, Pantoprazol, Metformina, Trazodona, Fenitoína.

Avaliação: T – 39,9 °C; TA – 180/85 mmHg à 1ª avaliação e 170/75 mmHg à 2ª avaliação (5 min após a 1ª avaliação); FC – 110 bpm à 1ª avaliação e 130 à 2ª avaliação (5 min após a 1ª avaliação); FR – 17 cpm à 1ª avaliação e 15 cpm à 2ª avaliação (5 min após a 1ª avaliação); Glicemia capilar – 133 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 98%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Mucosas coradas e hidratadas. Hipersudorese; ACP – Normal; Glasgow – 5; ECG – TS.

Observações: Internada em centro social no Porto por dependência total nas actividades diárias. À nossa chegada ao local, crise convulsiva tónico-clónica, com a duração de 10 segundos. Segundo a equipa de enfermagem da instituição social, já teria tido 5 crises anteriormente, com a mesma duração e com o intervalo de 3 minutos entre elas. Recorreu ao serviço de urgência do CHP no dia anterior por episódio semelhante, onde lhe foi diagnosticada uma ITU, recebendo alta com antibioterapia (Amoxicilina + Ácido clavulâmico).

Actuação: Acesso venoso; Diazepam 4 mg + 4 mg + 2 mg/EV; Paracetamol 1 g/EV; O₂ – 15 L/min.

Hipótese de diagnóstico: Crise convulsiva.

Seguimento: Transporte para CHP; Triagem – Laranja.

Tarefas desempenhadas: Pesquisa de sinais vitais; Instituição de oxigenoterapia.

3ª Activação

Horário da activação: 12:38.

Motivo: Alteração do estado de consciência.

Identificação: R. C., sexo feminino, 50 anos.

Antecedentes pessoais: HTA. Medicação habitual: Amlodipina, Valsartan + Hidroclorotiazida.

Avaliação: T – 36,0 °C; TA – 140/100 mmHg; FC – 86 bpm, pulso rítmico, amplo e regular; FR – 15 cpm; Glicemia capilar – 108 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 96%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Mucosas coradas e hidratadas. Hipersudorese; ACP – Normal; Exame Neurológico Sumário – Normal; Glasgow – 15;

Observações: À nossa chegada ao local (assistência social), já se encontrava a ser assistida no interior da ambulância da CVP, em decúbito dorsal. Consciente e colaborante, refere episódio precedente de elevando stress emocional. Nega perda de consciência, dispneia ou dor torácica.

Actuação: Nenhuma medida.

Hipótese de diagnóstico: Lipotímia.

Seguimento: Transporte para CHP sem médico.

Tarefas desempenhadas: Pesquisa de sinais vitais; Auscultação cardio-pulmonar.

4ª Activação

Horário da activação: 13:10.

Motivo: PCR.

Identificação: L. G., sexo masculino, 55 anos.

Antecedentes pessoais: Etilismo; TCE.

Avaliação: Ausência de pulso; Pele fria e pálida; Ferida cortocontusa na região parietal e frontal esquerda com vários coágulos hemáticos sobrepostos e hematoma peri-orbitário esquerdo; Glasgow – 3; ECG – Assistolia.

Observações: A VMER-HSJ foi accionada para PCR em Raimonda (Paços de Ferreira) por indisponibilidade da VMER da área. Vítima encontrada em decúbito ventral pelos vizinhos, inconsciente, à entrada do seu domicílio. À nossa chegada ao local, às 13:45h, a vítima encontrava-se no interior da ambulância dos BV, imobilizado em plano duro e com colar cervical, e em manobras de SBV há 5 minutos. Por se encontrar em PCR há tempo indeterminado (pelo menos 35 minutos) e em assistolia, não foi iniciado o SAV. Contactadas as autoridades policiais, tendo a VMER abandonado o local após a sua chegada.

Actuação: Verificação do óbito.

Diagnóstico: Cadáver.

Tarefas desempenhadas: Manobras SBV.

VMER-HSJ, 18.03.2012, Turno da Manhã, Anexo XI

1ª Activação

Horário da activação: 10:27.

Motivo: Alteração do estado de consciência.

Identificação: A. N., sexo feminino, 84 anos.

Antecedentes pessoais: Doença de Alzheimer; Hipotiroidismo; Dislipidemia. Medicação habitual: AAS, Trimetazidina, Levotiroxina sódica, Olanzapina, Sinvastatina, Alprazolam.

Avaliação: T – 40,7 °C; TA: 1ª avaliação – 112/58 mmHg, 2ª avaliação – 95/52 mmHg; FC: 1ª avaliação – 108 bpm, 2ª avaliação – 115 bpm; FR: 1ª avaliação (FiO₂ – 21%) – 20 cpm, 2ª avaliação – 21 cpm; Glicemia capilar – 212 mg/dL; SaO₂: 1ª avaliação – 94%, 2ª avaliação (FiO₂ – 40%) – 99%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Palidez e Hipersudorese; ACP – Normal; Gasimetria arterial (FiO₂ – 40%): pH – 7,42, paCO₂ – 29,4 mmHg, paO₂ – 111 mmHg, HCO₃ – 22,8, Ionograma – Normal; Glasgow – 10; ECG – RS.

Observações: À nossa chegada ao local (domicílio), vítima em decúbito dorsal na cama, visivelmente prostrada, consciente mas não colaborante (estado normal devido a doença de base). Sem SDR. Segundo cuidadora, teve uma infecção respiratória recente, tendo sido medicada com amoxicilina + ácido clavulâmico.

Actuação: Acesso venoso; Paracetamol 1 g/EV; SF NaCl 0,9% 100 + 500 ml/EV; O₂ – 6 L/min.

Hipótese de diagnóstico: Sépsis sem foco esclarecido.

Seguimento: Transporte para HSJ; Triagem – Via Verde Sépsis.

Tarefas desempenhadas: Pesquisa de sinais vitais; Gasimetria arterial.

2ª Activação

Horário da activação: 11:38.

Motivo: Síncope.

Identificação: M. L., sexo masculino, 84 anos.

Antecedentes pessoais: AVC com sequelas (Hemiparesia membro inferior direito); Síndrome Vertiginoso; HBP; Nevralgia do Trigémio. Medicação habitual: Sinvastatina, Clopidogrel, Carbamazepina, Trimetazidina.

Avaliação: T – 37,0 °C; TA: 1ª avaliação – 87/50 mmHg, 2ª avaliação – 84/58 mmHg, 3ª avaliação – 127/66 mmHg; FC – 41 bpm, pulso rítmico e regular, fraco; FR – 14 cpm; Glicemia capilar – 120 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 95%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Mucosas coradas e hidratadas; Sem lesões traumáticas aparentes; ACP – Normal; Palpação abdominal – Normal; Exame Neurológico Sumário – Normal; Glasgow – 15; ECG – BS.

Observações: À nossa chegada ao local (domicílio), vítima recuperada da síncope. Nega dispneia, dor torácica ou palpitações. Nega náuseas e vômitos. Segundo a filha, episódio semelhante em Dezembro de 2011, com recurso ao serviço de urgência do CHP, recebendo nota de alta sem diagnóstico estabelecido.

Actuação: Acesso venoso; SF NaCl 0,9% 500 ml + 100 ml/EV.

Hipótese de diagnóstico: Arritmia?

Seguimento: Transporte para HSJ; Triagem – Laranja.

Tarefas desempenhadas: ECG e posterior análise.

3ª Activação

Horário da activação: 13:15.

Motivo: Acidente de viação em veículo de 2 rodas (com capacete).

Identificação: Sem identificação. Sexo masculino. Idade aparente: 32-36 anos.

Antecedentes pessoais: Desconhecidos.

Avaliação: TA: 1ª avaliação – 121/67 mmHg, 2ª avaliação – 135/62 mmHg; FC: 1ª avaliação – 105 bpm, 2ª avaliação – 92 bpm, pulso rítmico e regular; FR: 1ª avaliação – 18 cpm, 2ª avaliação – 16 cpm; SaO₂ : 1ª avaliação - (FiO₂ – 21%) – 94%, 2ª avaliação - (FiO₂ – 40%) – 97%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Mucosas coradas e hidratadas; ACP – Normal; Abdómen mole e depressível, com dor à palpação no flanco esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal; Várias feridas/fracturas: ferida cortocontusa parietal direita (4 cm) com perda hemática significativa, associada a provável fractura; hematomas peri-orbitários bilaterais; ferida cortocontusa na região infra-orbitária direita com perda hemática ligeira; fractura do maxilar, com perda significativa de dentição; várias contusões e escoriações torácicas com fractura aparente de várias costelas; ferida cortocontusa ao nível do membro superior direito com coágulos hemáticos sobrepostos e fractura fechada do rádio distal; fractura fechada ao nível do joelho esquerdo, associada a dor e hematoma de grandes dimensões; fractura ao nível da articulação tibio-társica esquerda, com dor intensa associada a hematoma; bacia estável, sem dor à palpação; Glasgow: 1ª avaliação (à chegada) – 12, 2ª avaliação (durante o transporte) – 10. ECG – RS.

Observações: À nossa chegada ao local, vítima já imobilizada em plano duro e com colar cervical, dentro da ambulância dos BV. Via aérea preservada e sem SDR. Consciente mas pouco colaborante, em virtude das dores de forte intensidade. Hemodinamicamente estável, com TS.

Actuação: Imobilização em plano duro e aplicação de colar cervical; Acesso venoso; Desobstrução/Aspiração da via aérea; O₂ – 15 L/min; Morfina 4 mg/EV; Fentanil 0,05 mg/EV; SF NaCl 0,5% 500 ml/EV.

Hipótese de diagnóstico: Politraumatizado.

Seguimento: Transporte para HSJ; Triagem – Via Verde Trauma.

Tarefas desempenhadas: Pesquisa de sinais vitais; Auxílio na aplicação do ABCDE de trauma.

VMER-HSJ, 18.03.2012, Turno da Tarde, Anexo XII

Não foi registada qualquer activação.

VMER-HSJ, 23.03.2012, Turno da Manhã, Anexo XIII

1ª Activação

Horário da activação: 08:35.

Motivo: PCR.

Identificação: M. F., sexo masculino, 91 anos.

Antecedentes pessoais: DPOC; HTA; HBP.

Avaliação: Ausência de pulso; Pele fria e pálida; Midríase fixa bilateral; Glasgow – 3; ECG – Assistolia.

Observações: Habitava em lar de idosos em Paranhos. Accionado o 112 pelo enfermeiro responsável do lar, após encontrar a vítima inconsciente no quarto. À nossa chegada (08:42h), realizou-se prontamente um ECG, que revelou um traço electrocardiográfico de assistolia. Decisão de não iniciar SAV.

Actuação: Verificado o óbito e contacto com o médico assistente para certificação do óbito.

Diagnóstico: Cadáver.

2ª Activação

Horário da activação: 11:38.

Motivo: Dor torácica + Síncope.

Identificação: D. N., sexo masculino, 71 anos.

Antecedentes pessoais: HTA; Fumador.

Avaliação: TA: 1ª avaliação – 151/89 mmHg, 2ª avaliação – 154/88 mmHg; FC: 1ª avaliação – 82 bpm, 2ª avaliação – 84 bpm, pulso rítmico, amplo e regular; FR – 18 cpm; Glicemia capilar – 114 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 97%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Mucosas coradas e hidratadas, hipersudorese; ACP – Normal; Glasgow – 15; ECG – Elevação do segmento ST em V1 e V2.

Observações: Episódio ocorrido em centro de saúde na Maia. À nossa chegada, encontrava-se em decúbito dorsal, consciente e colaborante. Dor retroesternal em pontada, com início abrupto e

intensidade 6/10, sem irradiação, associada a hipersudorose e síncope. Recuperou consciência após alguns segundos. Nega dispneia, náuseas e vômitos. Transmissão do ECG para o CODU para discussão com o serviço de cardiologia do HSJ, que não valorizou.

Actuação: Acesso venoso; SF NaCl 0,9% 500 ml/EV; Aspirina 250 mg/PO.

Hipótese de diagnóstico: Angina instável? EAM?

Seguimento: Transporte para HSJ ; Triagem – Laranja.

Tarefas desempenhadas: Pesquisa de sinais vitais; Auscultação cardíaco-pulmonar.

VMER-CHP, 26.03.2012, Turno da Manhã, Anexo XIV

1ª Activação

Horário da activação: 09:35.

Motivo: Hipoglicemia.

Identificação: M. S., sexo feminino, 82 anos.

Antecedentes pessoais: Cardiopatia isquémica; HTA; DM tipo 2; Dislipidemia.

Avaliação: T – 36,0 °C; TA – 183/64 mmHg; FC – 66 bpm, pulso rítmico, amplo e regular; FR – 16 cpm; Glicemia capilar: 1ª avaliação – 41 mg/dL, 2ª avaliação (após administração glicose 30%) – 173 mg/dL; SaO₂ (FiO₂ – 21%) – 100%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Pele pálida e hipersudorese; ACP – Normal; Glasgow – 15.

Observações: Reside em lar de idosos na Maia. VMER-CHP accionada para o local por indisponibilidade da VMER-HSJ. À nossa chegada, vítima em decúbito dorsal, consciente mas visivelmente prostrada. Cefaleia holocraniana de média intensidade.

Actuação: Acesso venoso; Glicose 30% 20 mg + 20 mg/EV.

Hipótese de diagnóstico: Hipoglicemia.

Seguimento: Transporte para HSJ; Triagem – Verde.

Tarefas desempenhadas: Pesquisa de sinais vitais.

2ª Activação

Horário da activação: 12:37.

Motivo: Queda.

Identificação: A. T., sexo masculino, 51 anos.

Antecedentes pessoais: Doença bipolar; Alcoolismo; Fumador; Ex-Toxicod dependente.

Medicação habitual: Divalproato de sódio.

Avaliação: T – 36,0 °C; TA – 134/75 mmHg; FC – 80 bpm, pulso rítmico, amplo e regular; FR – 16 cpm; Glicemia capilar – 107 mg/dL; SaO₂ – 97%; Pupilas isocóricas e fotorreactivas; Mucosas coradas e hidratadas; Sem lesões traumáticas aparentes; Tórax sem dor à palpação e sem diminuição da expansibilidade torácica; ACP – Normal; Palpação abdominal – Normal; Exame Neurológico Sumário – Normal; Glasgow – 15.

Observações: VMER-CHP accionada para o Hospital Magalhães Lemos por queda de uma altura de 4-5 metros após tentativa de fuga. À nossa chegada ao local, vítima em decúbito dorsal. Iniciou-se imediatamente ABCDE. Dor lombossagrada, em moedeira, intensidade 8/10 e sem irradiação. Nega cefaleias, náuseas ou vómitos. Nega alteração da mobilidade e sensibilidade dos membros.

Actuação: Aplicação de colar cervical e imobilização em plano duro; Acesso venoso; Fentanil 0,10 mg/EV; SF NaCl 0,9% 100 mL/EV.

Hipótese de diagnóstico: Trauma.

Seguimento: Transporte para CHP; Triagem – Amarelo.

Tarefas desempenhadas: Participação na imobilização; Pesquisa de sinais vitais.

B. Análise das actividades realizadas durante o estágio

O estágio terminou com um número total de 29 activações: 21 por doença súbita, 7 por trauma e 1 activação abortada. Constata-se que a doença súbita é responsável pela maior percentagem de activações (Gráfico II).

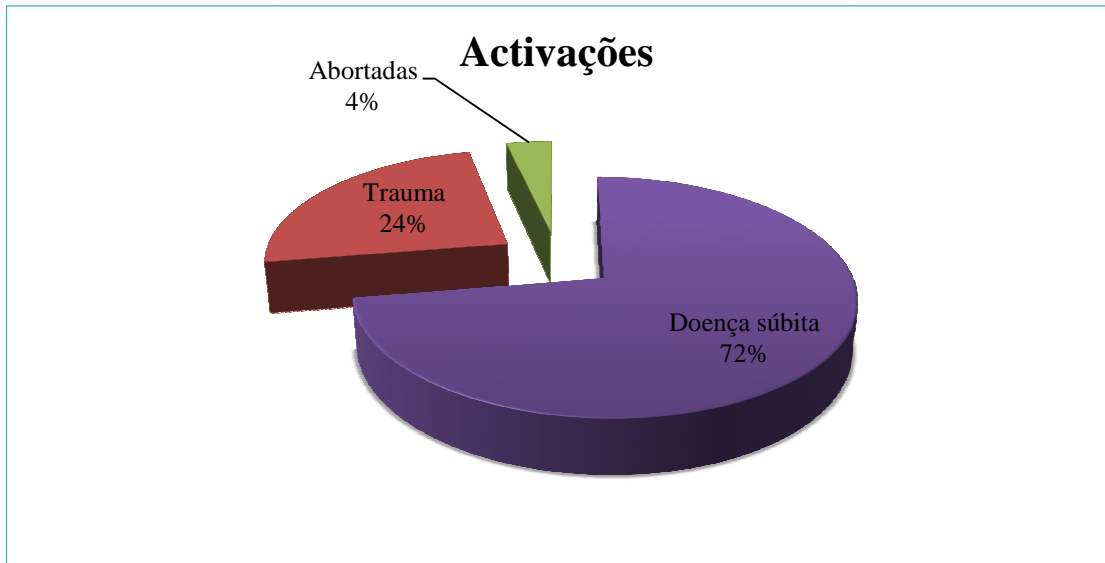


Gráfico II: Motivo das activações

Pode-se verificar que a VMER apresentou o maior número de activações (Gráfico III), o que é influenciado pelo facto de ter sido dedicado um maior número de horas ao estágio neste meio (Gráfico I). A doença súbita foi, em todos os meios INEM, o principal motivo de activação (Gráfico III).

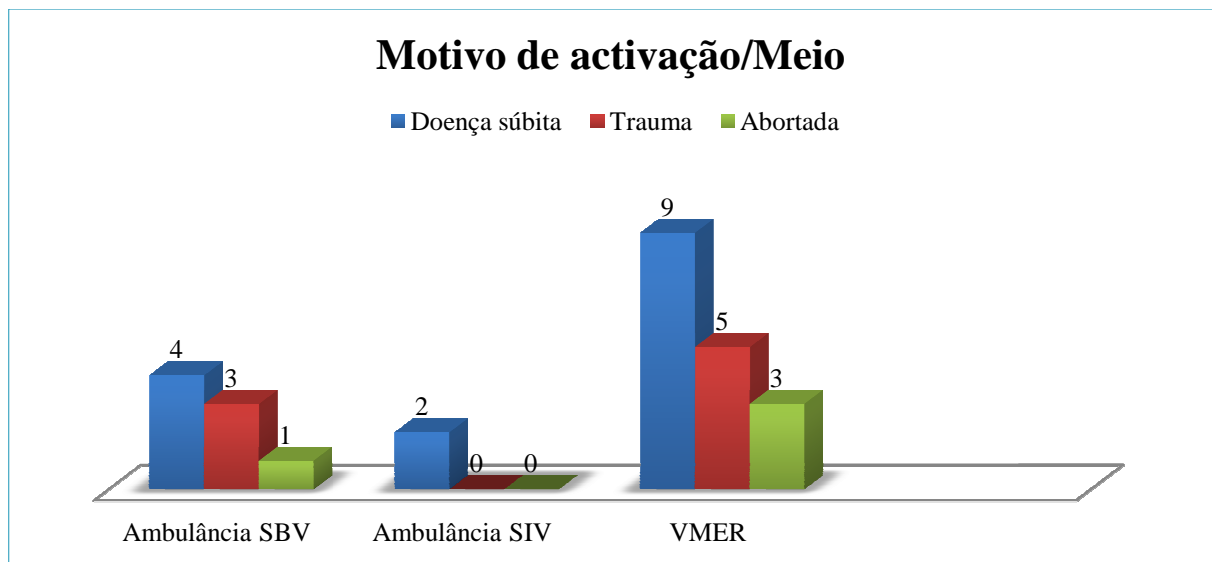


Gráfico III: Motivo das activações/Meio INEM

Durante este estágio, a VMER foi accionada para 5 situações de PCR - o que representa 17% de todas as activações (Gráfico IV): 4 resultaram na morte da vítima e 1 revertida antes da chegada

da equipa médica ao local. Nas situações que resultaram na morte da vítima, o ritmo electrocardiográfico obtido à chegada ao local era compatível com assistolia. Em nenhum dos casos se iniciou SAV, uma vez que as vítimas se encontravam em PCR há mais de 30 minutos ou com sinais de morte irreversível (Manual SAV, 2007), atitude suportada pela literatura internacional, que recomenda o término da reanimação em vítima em assistolia há mais de 10 minutos sem nenhuma causa prontamente identificável ou reversível (Eisenberg *et al*, 2001).

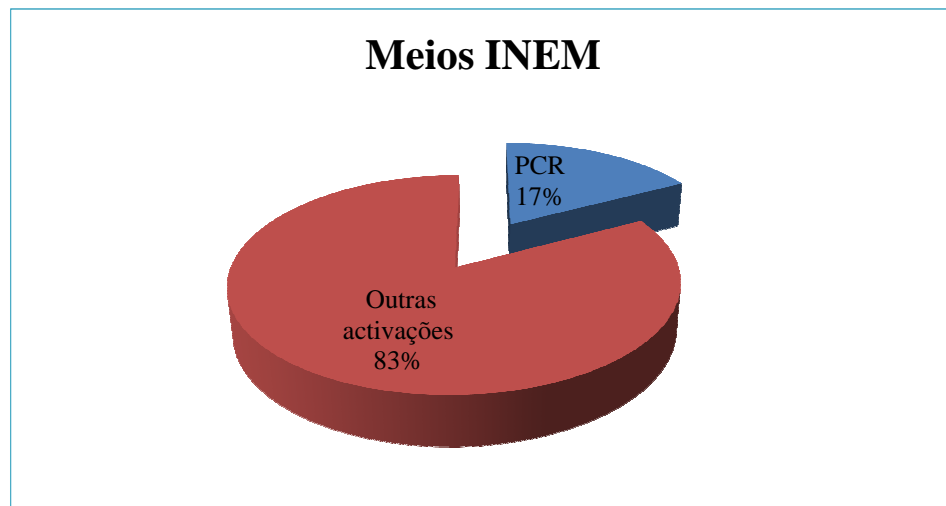


Gráfico IV: Número total de PCR

Segundo o Registo Nacional de Paragem Cardio-Respiratória, entre 23/Janeiro/2007 e 22/Janeiro/2009, ocorreram 1658 casos de PCR em território nacional, só 2% chegando ao hospital com “sinais de vida” (www.público.pt).

As tentativas de reanimação revelam-se infrutíferas em 70-90% dos casos, sendo a morte um desfecho quase inevitável (Lippert *et al*, 2010). A PCR é uma situação extremamente grave, necessitando de um reconhecimento imediato e de uma actuação rápida e qualificada para a sua reversão, o que torna preponderante uma aplicação correcta e célere da cadeia de sobrevivência.

A principal causa de PCR em ambiente extra-hospitalar é a isquemia miocárdica transitória (Zaidi *et al*, 2010), que resulta inadvertidamente em FV, sendo este ritmo detectado em 25-30% nos ECG's iniciais (Ringh *et al*, 2009). É provável que este número seja bem superior, uma vez que se estima que, se fosse realizado um ECG imediatamente após o colapso, a proporção de vítimas com FV poderia atingir os 59-65% (van Alem *et al*, 2003). Contudo, verifica-se que, à chegada dos meios de emergência, a maior parte dos casos já evoluiu para assistolia (Waalewijn *et al*, 2002).

Na maioria dos países, o tempo médio entre a chamada para o 112 e a chegada da ambulância ao local está entre os 5-8 minutos (van Alem *et al*, 2003). Até ser aplicado o primeiro choque, o tempo médio é de 11 minutos (Kitamura *et al*, 2010). É por esta razão que o SBV e a desfibrilhação se revelam essenciais, pois são capazes de alcançar uma taxa de sobrevivência na ordem dos 49-75%, se forem aplicadas entre os 3-5 minutos iniciais (Valenzuela *et al*, 2000). Como “tempo é vida”, cada minuto a mais reduz a percentagem de sobrevivência em 10-12% (Valenzuela *et al*, 1997), sendo que esta diminui mais lentamente quando aplicado SBV, atingindo os 3-4% / minuto (Waalewijn *et al*, 2002).

O SBV, mantendo algum débito cardíaco/grau de oxigenação e, como tal, uma perfusão mínima dos órgãos nobres (Manual SAV, 2007), duplica ou triplica as hipóteses de sobrevivência (Valenzuela *et al*, 1997). Esta medida aumenta a probabilidade de reversão da arritmia com a desfibrilhação, repondo o RS e o débito cardíaco (Koster *et al*, 2010), revelando-se ainda mais importante se o choque não for efectuado nos primeiros minutos após o colapso (Weisfeldt *et al*, 2002).

Como, numa percentagem considerável de casos, o intervalo de tempo ideal para actuar não é exequível por parte do meio de socorro, é imperativo que a população esteja devidamente treinada na aplicação correcta do SBV e da desfibrilhação por DAE. Estes aparelhos estão preparados para a utilização tanto por leigos como profissionais de saúde, recomendando-se a sua existência em todos os hospitais, estabelecimentos médicos extra-hospitalares e áreas públicas com elevado afluxo populacional (Koster *et al*, 2010). Em 2009, surgiu em Portugal o Programa Nacional DAE (Decreto-Lei nº 188/2009), estabelecendo regras para o seu uso e instalação/utilização no SIEM e em locais de acesso ao público, sendo o INEM responsável pela sua regulação em ambiente extra-hospitalar.

O trauma é a principal causa de morte em indivíduos com menos de 45 anos, permanecendo a 4ª causa de morte em todas as idades (Lieberman *et al*, 2003). No presente estágio, representou um total de 24% de todas as activações. Os acidentes de viação constituem o principal factor etiológico, provocando em Portugal 689 vítimas mortais e 2436 feridos graves em 2011 (Relatório Autoridade Nacional Segurança Rodoviária, 2011).

A 3ª activação de 18/03/2012 possibilitou a participação na aplicação do algoritmo de trauma. Foi realizado o exame primário – ABCDE – com o objectivo de identificar e corrigir situações que poderiam colocar em risco a vida da vítima e o exame secundário, com a finalidade de

identificar situações que, apesar de não implicarem risco imediato de vida, se não forem corrigidas, podem agravar o seu estado. A causa mais frequente de lesões que acarretam perigo de vida é o deficiente aporte de oxigénio aos tecidos, quer por hipóxia, quer por hipoperfusão (Manual Abordagem do Traumatizado, 2007). Esta activação revelou-se bastante emocionante, associada a enorme stress, constituindo um desafio na aplicação dos conhecimentos teórico-práticos na abordagem pré-hospitalar do trauma.

Na análise do diferente nível de gravidade atribuído pela Triagem de Manchester e do meio INEM envolvido (Gráfico V), pode-se verificar que a maioria das vítimas socorridas pela VMER foram triadas com vermelho e laranja, reflectindo assim o grau de diferenciação do meio accionado. Contudo, verifica-se a existência de 2 vítimas triadas com amarelo e 1 com verde, podendo corresponder a activações ou triagens inadequadas, ou a uma recuperação sintomática após a intervenção da equipa médica. Relativamente às ambulâncias, verifica-se que a maior parte das vítimas foram triadas com amarelo.

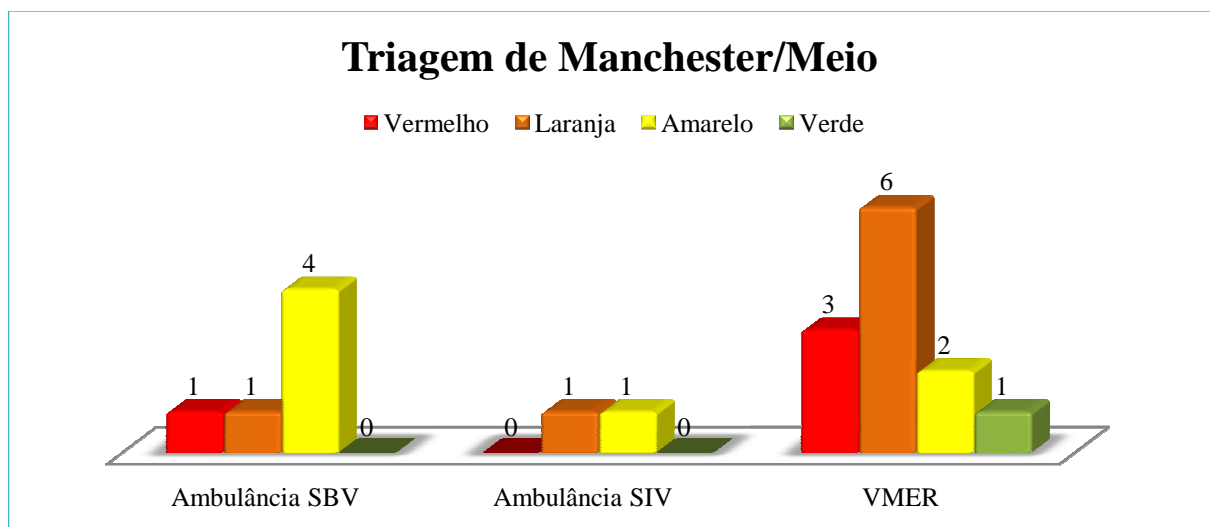


Gráfico V: Triagem de Manchester/Meio INEM

No que respeita à distribuição das activações por idade, verifica-se que ocorreu um maior número de activações entre os 80-89 anos (Gráfico VI), reflectindo o envelhecimento progressivo da população, bem como o aumento das co-morbilidades.

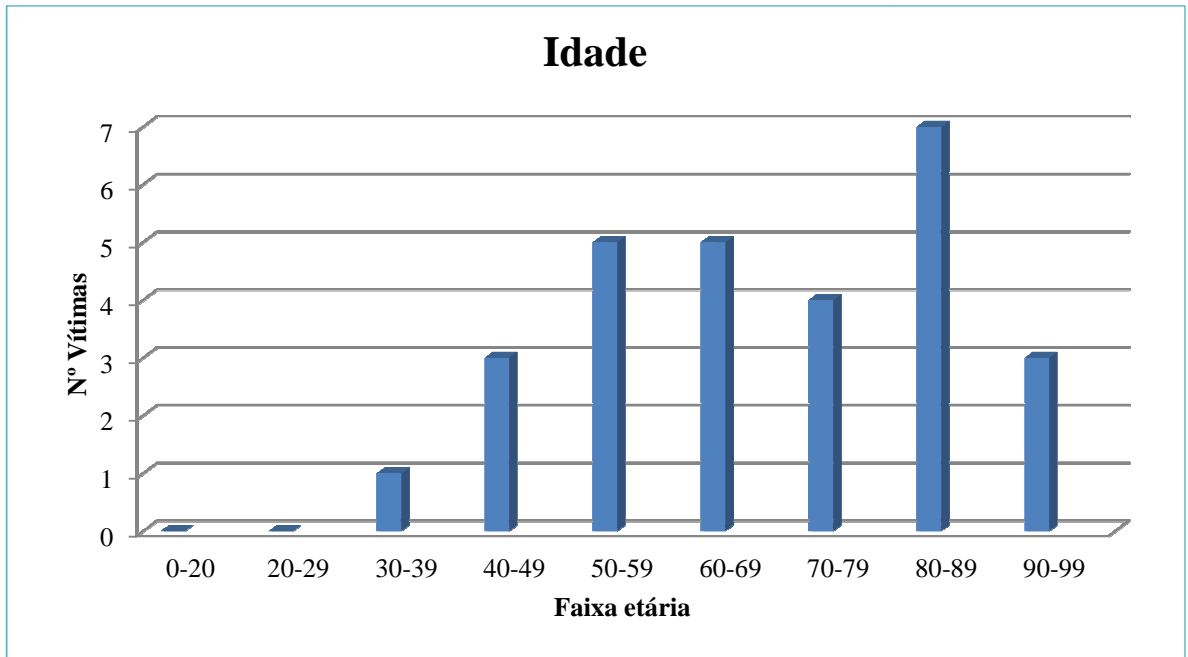


Gráfico VI: Idade das vítimas

Relativamente à distribuição das activações em função do género, verifica-se uma ligeira supremacia do sexo masculino (Gráfico VII).

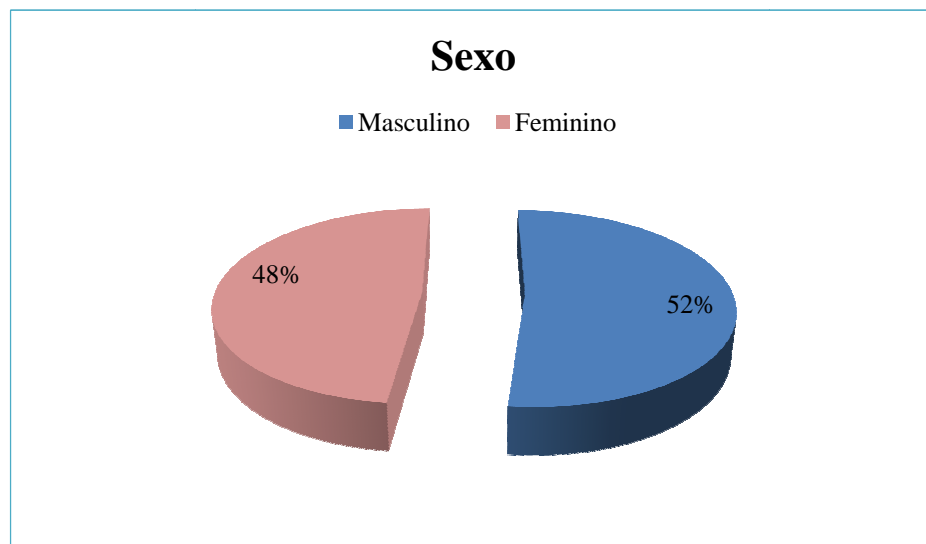


Gráfico VII: Sexo das vítimas

Durante o estágio, foram utilizadas 2 vias verdes: sépsis e trauma. Estas revelam-se essenciais, não só na melhoria das acessibilidades, como também na instituição de tratamentos mais eficazes, dado que o factor tempo é fundamental para a redução da mortalidade. O seu sucesso

depende do cidadão – 112 - e do diagnóstico/suspeita na fase pré-hospitalar, com posterior encaminhamento para a unidade de saúde diferenciada, atempadamente (Documento orientador sobre vias verdes EAM e AVC, 2007).

A observação da utilização da via verde da sépsis (18/03/2012, 1ª activação) permitiu contactar com a gravidade desta patologia. A sépsis define-se como uma resposta sistémica a uma infecção, frequentemente bacteriana, com uma mortalidade que ronda os 30%, mesmo quando tratada apropriadamente (Cohen, 2009). A sépsis adquirida na comunidade é responsável por 22% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos em Portugal, com uma mortalidade hospitalar de 38%. Tal como para o AVC e EAM, existe um conjunto de atitudes que, ao serem realizadas precocemente, reduzem a morbi-mortalidade na sépsis (Via Verde da Sépsis, 2009). A implementação desta via verde surge como uma medida necessária à diminuição, tanto da mortalidade, como dos elevados custos hospitalares associados.

Tendo em atenção o que foi descrito anteriormente, é possível elaborar uma reflexão ao nível dos objectivos/competências delineados neste estágio:

Tabela 1: Objectivos e competências/Reflexão

Objectivos/Competências	Reflexão
Situar o papel do médico na abordagem/ tratamento do doente emergente.	A equipa médica “na rua” representa uma extensão do serviço de urgência hospitalar, socorrendo atempadamente situações graves. Neste estágio, foram identificadas 13 situações em que o médico se revelou uma entidade fundamental na emergência pré-hospitalar, de que são exemplo as situações de PCR, Convulsões, Sépsis, Síncope, Politraumatizado, suspeita de EAM, suspeita de AVC, suspeita de Pneumonia/aspiração, suspeita de EAP.
Identificar as principais situações de emergência do foro médico/traumatológico.	<u>Emergências Médicas:</u> EAM – 2 situações (prováveis); PCR – 5 situações (nenhuma revertida); Convulsões – 2 situações; Colecistite – 1 situação (provável); Infecções das Vias Aéreas Inferiores/aspiração – 2 situações (prováveis); Hipovolemia – 1 situação (contexto de hemorragia de fístula A-V de doente em hemodiálise); AVC hemorrágico – 1 situação (provável); EAP – 1 situação (provável); Sépsis – 1 situação; Síncope

	(contexto de provável arritmia) – 1 situação; Hipoglicemia (doente diabético) – 1 situação. <u>Emergências Traumatológicas</u> : TCE – 1 situação; Politraumatizado – 1 situação.
Apreender técnicas “life-saving”.	<u>Aplicação de SBV</u> : 1 situação; <u>Entubação Endotraqueal</u> : 1 situação; <u>Aplicação de Colar Cervical</u> : 3 situações; <u>Imobilização em Plano Duro</u> : 3 situações.
Conhecer os protocolos de actuação e aplicar os algoritmos de SAV.	<u>Protocolos de Actuação Presenciados</u> : Sépsis – 1 situação; EAP – 1 situação (provável); Politraumatizado – 1 situação; Dor torácica – 2 situações; Dispneia – 3 situações; Hipoglicemia – 1 situação; TCE – 1 situação; Convulsões – 2 situações. <u>Algoritmo SAV</u> : Não foi iniciado em nenhuma PCR. <u>Algoritmo “SAVER” ®</u> : Nenhuma situação de vítima encarcerada durante o estágio.
Trabalho de equipa na EM.	O trabalho de equipa esteve patente em todas as activações realizadas, no entanto, destacam-se 8 activações, onde se observou uma evidente interacção entre os diferentes meios de EM – VMER e as Ambulâncias SBV/CODU/Unidade Hospitalar, e os restantes membros do SIEM – BV/PSP/GNR.

C. Análise crítica

O contacto com os diferentes meios INEM permitiu compreender o objectivo da sua diferenciação, articulação e o equipamento/material que cada um apresenta.

Na Ambulância SBV, os TAE’s revelaram-se técnicos altamente capacitados. Foi possível executar vários procedimentos e de assistir a autênticos desafios (TCE – 5ª activação de 23/10/2011), o que contribuiu para uma óptima integração na equipa.

A Ambulância SIV, um meio mais diferenciado, permitiu, não só observar as diferenças de material/equipamento, como também a instituição de medidas terapêuticas.

O estágio na VMER constituiu o maior desafio, dado o maior nível de gravidade das suas activações. A não aplicação do SAV durante o estágio constituiu uma limitação importante. Torna-se pertinente referir que nem todas as VMER se encontram equipadas com aparelhos para

leitura de gasimetria arterial, sendo de grande utilidade em situações diversas, nomeadamente naquelas que podem, eventualmente, tornar-se ameaçadoras à vida, como a PCR.

É de realçar, pela negativa, o comportamento inadequado por parte da população no que diz respeito à utilização do 112, através da realização de chamadas falsas ou de chamadas que não são compatíveis com urgência/emergência. Neste contexto, o INEM tem desempenhado um papel activo através da realização de várias campanhas de sensibilização, realçando a mensagem de que este comportamento conduz à mobilização dos meios em prejuízo daqueles que realmente necessitam.

Seria de considerar a implementação de um programa nacional de dadores de órgãos de vítimas de PCR em que as medidas de reanimação se revelaram infrutíferas. Em Espanha, entre 2005-2009, foram identificados 96 dadores válidos, o que se traduziu em 356 órgãos transplantados (158 rins, 16 fígados, 97 córneas, 72 tecidos ósseos e 13 pulmões) (Mateos Rodríguez *et al*, 2010). Esta medida, apesar de levantar questões médico-legais que teriam de ser solucionadas, permitiria a diminuição das longas listas de espera relativas à transplantação de órgãos.

III – CONCLUSÕES

O estágio no INEM permitiu o preenchimento de uma lacuna significativa a nível académico, ao estabelecer contacto com uma realidade diferente – a Emergência Pré-Hospitalar. O INEM representa, em Portugal, o expoente máximo desta abordagem, sendo o seu principal objectivo a prestação dos melhores cuidados de saúde ao doente emergente.

A realidade evidenciada durante este estágio permitiu verificar a elevada exigência psicológica e profissional a que estes profissionais estão sujeitos no decurso da sua actividade, submergindo inúmeras vezes em ambientes hostis e de verdadeira decadência social, ao mesmo tempo que necessitam de assistir devidamente o doente. Apesar do elevado stress a que estão submetidos, todos revelam elevados índices de satisfação nesta actividade.

A necessidade de aplicação dos vários protocolos de actuação tornaram-se fundamentais à complementação dos conhecimentos teóricos previamente assimilados, assim como à aquisição de novos conhecimentos e ao reconhecimento da importância que o trabalho de equipa representa nesta área.

Considerar-se-ia benéfica a inclusão da formação em SBV desde o ensino básico, com “reciclagens” periódicas obrigatórias, assim como informar adequadamente a população sobre a utilização incorrecta do número de emergência – 112, através de campanhas de sensibilização mais agressivas nos meios de comunicação social e a nível escolar.

Seria útil num futuro próximo, a implementação de um programa nacional de dadores de órgãos de vítimas de PCR não-revertida, contribuindo assim para uma diminuição das listas de espera para transplantação.

A criação de uma unidade curricular opcional de EM no ICBAS surgiria como uma excelente oportunidade para motivar o aluno para esta realidade, assim como permitir a sua formação em SAV.

Os objectivos e competências delineados para este estágio foram concretizados, tendo esta sido uma experiência enriquecedora e uma forte motivação académica e profissional.

IV – BIBLIOGRAFIA

- Alagappan K, Kolliman CJ. History of the development of international emergency medicine. *Emerg Med Clin North Am.* 2005; 23 (1): 1-10.
- Cohen J, Sepsis. *Medicine.* 2009; 37 (10): 562-567.
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2007. Documento orientador sobre as Vias Verdes do EAM e AVC; disponível em www.acs.min-saude.pt.
- Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de Fevereiro. *Diário da República*, 1ª série – n.º 32.
- Decreto-Lei n.º 188/2009, de 12 de Agosto. *Diário da República*, 1ª série – n.º 155.
- Decreto-Lei n.º 234/81, de 03 de Agosto. *Diário da República*, 1ª série – n.º 176.
- Decreto-Lei n.º 511/71, de 22 de Novembro. *Diário da República*, 1ª série – n.º 274.
- Eisenberg MS, Mengert, TJ. Cardiac resuscitation. *N Engl J Med* 2001; 344 (17): 1304-1313.
- Gomes E, Araújo R, Soares-Oliveira M, Pereira N. International EMS: Portugal. *Resuscitation.* 2004. 62 (3): 257-260.
- Kitamura T, Iwami T, Kawamura T, Nagao K, Tamaka H, Hiraide A. Nationwide public-access defibrillation in Japan. *N Engl J Med* 2010; 362: 994-1004.
- Koster RW, Baulin MA, Bossaert LL, Caballero A, Cassan P, Cartrén M, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Resuscitation* 2010; 81 (10): 1277-92.
- Liberman M, Mulder D, Lavoie A, Denis R, Sampalis JS. Multicenter Canadian Study of Prehospital Trauma Care. *Annals of Surgery* 2003; 237 (2): 153-160.
- Lippert FK, Raffay V, Georgiou M, Steen PA, Bossaert L. Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 2010; 81 (10): 1445-51.
- Manual de Abordagem do Traumatizado. INEM. 2007.
- Manual de Suporte Avançado de Vida. INEM. 2007.

Mateos Rodríguez A, Cepas Vásquez J, Navalpotro Pascual JM, Martín Maldonado ME, Barba Alonso C, Pardillos Ferrer L, Andrés Belmonte A. Prehospital non-heart beating donors; 4 years experience of the SUMMA112 emergency service. *Emergencias* 2010; 22:96-100.

Nolan J, Soar J, Eikeland H. The chain of survival. *Resuscitation*. 2006; 71: 270-279.

Relatório de sinistralidade rodoviária anual, Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2011.

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

Valenzuela TD, Roe DJ, Cretin S, Spaite DW, Larsen MP. Estimating effectiveness of cardiac arrest interventions: a logistic regression survival model. *Circulation* 1997; 96: 3308-13.

Valenzuela TD, Roe DJ, Nichol G, Clark LL, Spaite DW, Hardman RG. Outcomes of rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos. *N Engl J Med* 2000; 343: 1429-30.

van Alem AP, Vrenken RH, de Vos R, Tijssen JG, Koster RW. Use of automated external defibrillator by first responders in out of hospital cardiac arrest: prospective controlled trial. *BMJ* 2003; 327: 1312.

Via Verde da Sépsis. Comissão regional do doente crítico, ARS Norte, 2009.

Waalewijn RA, Nijpels MA, Tijssen JG, Koster RW. Prevention of deterioration of ventricular fibrillation by basic life support during out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2002; 54: 31-6.

Weisfeldt ML, Becker LB. Resuscitation after cardiac arrest: a 3-phase time-sensitive model. *JAMA* 2002; 346: 549-56.

Zaidi A, Weston C. Cardiopulmonary resuscitation: practical aspects. *Medicine* 2010; 38:10.

FONTES ELECTRÓNICAS:

INEM online, consultado entre 5-8 Maio de 2012, disponível em: www.inem.pt.

Jornal O Público, consultado em 25/05/2012, disponível em: www.publico.pt/Sociedade/so-dois-por-cento-de-vitimas-de-paragem-cardiorespiratoria-chegam-vivas-ao-hospital_1412808.

Boas notícias online, consultado em 06/05/2012, disponível em: www.boasnoticias.clix.pt/noticias_INEM-investe-na-diminui%C3%A7%C3%A3o-do-tempo-de-socorro_6151.

V – ANEXOS

Anexo I – Declaração de Autorização de Estágio



Instituto Nacional de Emergência Médica
Delegação Regional do Porto

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que o I.N.E.M., não sendo uma entidade integrada no Serviço Nacional de Saúde, não tem Comissão de Ética que se possa pronunciar sobre o projecto de Tese do aluno:

Aluno: TIAGO FILIPE RODRIGUES LOPES

Título: Estágios em Meios de Emergência Médica Pré-Hospitalares INEM

Modalidade: Relatório de estágio

Orientador: Dr. António Marques

Co-orientador: Dr. Luís Meira

Mais se declara que o aluno **TIAGO FILIPE RODRIGUES LOPES**, foi autorizado a realizar um estágio nos meios do I.N.E.M., tendo assinado um termo de responsabilidade que o vincula ao sigilo profissional e ao cumprimento das normas previstas no Regulamento de Estágios do I.N.E.M..

Entre outras, as referidas normas obrigam ao respeito pela “confidencialidade da informação obtida no decurso do estágio, nomeadamente de toda a informação de carácter clínico a que tiver acesso”.

Delegação Regional do Porto, 05 de Janeiro de 2012

O Director da Delegação Regional do Porto

(Dr. Luís Meira)

Anexo II



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Tiago Filipe Rodrigues Lopes

OBJECTIVOS: RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR NO ÂMBITO DE TESE DE MESTRADO

Coordenador do Estágio: Dr. ANTONIO MARQUES / Dr. Luís Vieira

Data: 23 / 10 / 2011 Turno: Manhã Tarde Meio: SBV PORTO 2

Nº DE ACTIVACÕES: 05 Doença Súbita: 2 Trauma: 2 Outras: - Abortadas: 1

Assinaturas: O Estagiário Tiago Filipe Rodrigues Lopes
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo ANTONIO JACA (HAE) (AEN)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

. Exceção trabalho de equipa e nome profissional desonhado.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

O ESTAGIÁRIO MOSTROU-SE EMPENHADO E COLABORANTE DURANTE O ESTÁGIO. DADA A COMPLEXIDADE DAS ACTIVACÕES ACABOU POR SER FUNDAMENTAL A SUA COLABORAÇÃO.

Anexo III



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: TIAGO FILIPE RODRIGUES LOPES

OBJECTIVOS: RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR NO ÂMBITO DE TESE DE MESTRADO

Coordenador do Estágio: DR. ANTONIO MARQUES / DR. LUIS HEIRA

Data: 24 / 10 / 2011 Turno: Manhã Tarde Meio: SBY PORTO 2

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

Assinaturas: O Estagiário Tiago Filipe Rodrigues Lopes


O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo João Carlos Guedes Nunes

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

O elemento colocou as verificações do material, durante as Saídas Comuns, após a interação com a Equipa e familiares.



Anexo IV



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: TIAGO FILIPE RODRIGUES LOPES

OBJECTIVOS: TESE HESTRADO / HESTRADO INTEGRADO MEDICINA

Coordenador do Estágio: DR. ANTONIO MARQUES / DR. LUIS HEIRA

Data: 29 / 12 / 2011 Turno: Manhã Tardade Meio: SIV - GONDOMAR

Nº DE ACTIVAÇÕES: 1 Doença específica: 1 Outras: Partidas:

Assinaturas: O Estagiário Tiago Filipe Rodrigues Lopes
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psiquiatra Jeonica Martins VAS

CONFIRMAR ASSINATURAS

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSIQUIATRA

Realizado "Check-list" hospitalar. Foi verificada a disponibilidade e o nível de equipamento / carga até a ambulância SIV e SIV.

1ª Activação (15:12): Resposta: Transporte p/ Hospital de Volongo.

Anexo V



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIOS DE EMERGÊNCIA

ESTAGIÁRIO: TIAGO FILIPE RODRIGUES LOPES

OBJECTIVOS: TÉSE MESTRADO / MESTRADO INTEGRADO MEDICINA

Coordenador do Estágio: DR. ANTÓNIO MARQUES / DR. LUÍS HEIRA

Data: 30 / 12 / 2011 Turno: Manhã Tarde Meio: 31V - VILA DO CONDE

Nº DE ACTIVAÇÕES: 1 Doença: 1 Outras: 0 Cortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário Tiago Filipe Rodrigues Lopes
O Médico/Enfermeiro/TAE JORGE SILVA

OPINIONÁRIO

ESTAGIÁRIO	MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO
	<p>CONTINUA</p> <ul style="list-style-type: none">- Demonstra interesse nas actividades do S.N.E.M. S.V. e S.V.S. Protetor.- Boa relação inter pessoal <p><u>Jorge Silva</u> 90406</p>

Anexo VI



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: TIAGO FILIPE RODRIGUES LOPES

OBJECTIVOS: RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR NO ÂMBITO DE TESE DE Mestrado

Coordenador do Estágio: DR. ANTONIO MARQUES / DR. LOIS HEIRA

Data: 27 / 12 / 2011 Turno: Manhã Tarde Meio: VHCR - GAIA

Nº DE ACTIVAÇÕES: 01 Doença Súbita: 1 Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Tiago Filipe Rodrigues Lopes
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Zeus Campos

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

1ª observação (11:40): Paciente com sinais de AVC. Não foi iniciado SAV. Poderá haver alguma alteração após o início do tratamento.

Anexo VII



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: TIAGO FILIPE RODRIGUES LOPES

OBJECTIVOS: RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR NO ÂMBITO DE Tese DE Mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. ANTONIO MARQUES / Dr. Luis HEINA

Data: 27 / 12 / 2022 Turno: Manhã Tarde Meio: VHER-GAIA

Nº DE ACTIVAÇÕES: 02 Doença Súbita: 1 Trauma: 1 Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Tiago Filipe Rodrigues Lopes
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Rui Pimenta

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

• Explicado funcionamento de VHER e a sua
 org.

• 1ª activação (16:10): Avulso. Imobilização
 em plano duro, aplicação
 de curativo. Implementação de
 oxigenoterapia.

• Após chegada a 1ª avaliação, vítima
 VHER avulso, todo que se substituiu por
 outro. Foi realizado fixar a base de
 carga integral.

• 2ª activação (18:35): PCR. Vítima e/ou
 lesionados. ECG-Avulso.
 NE foi realizado SAV.
 Contactado a autoridade.

O departamento nunca interveio em
 activações sendo coordenado
 activando as activações de
 Equipa e VEH SARDAS

Rui Pimenta
 20/12/22

Anexo VIII



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: TIAGO FINE RODRIGUES LOPES

OBJECTIVOS: TESE MESTRADO / MESTRADO INTEGRADO MEDICINA

Coordenador do Estágio: DR. ANTONIO MARQUES / DR. LUIS MEIRA

Data: 28 / 12 / 2011 Turno: Manhã Tarde Meio: VMER - São João

Nº DE ACTIVAÇÕES: 02 Doença Súbita: 2 Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Tiago Fine Rodrigues Lopes
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Sofia Rocha da Silva / Daniela Gregório

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

1ª Activação: PCR. ECG → Arritmia. Não foi iniciado SAV. Verificar o dolo e a efectividade medidas iniciadas.

2ª Activação: Atividade vital de emergência. Busca de inspiração de conteúdo abdominal. Manuseio entubação. Participação na intubação Endotracheal.

Durante este turno, o estagiário pode observar nos diversos actos de vida de uma renovação na CHECK LIST; pode também observar a aplicação de fixadores e estabilização da vítima, colaborar na fixação de curativos, no apoio familiar e acompanhar a vítima até ao hospital.

Julgo ter-me de 1 formando muito interessado e que isto ajudou ao seu crescimento e para a sua vida profissional futura.

Sofia Rocha da Silva
41155

Anexo IX



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: TIAGO FILIPE RODRIGUES LOPES

OBJECTIVOS: TESE MESTRADO / MESTRADO INTEGRADO MEDICINA

Coordenador do Estágio: DR. ANTONIO MARQUES / DR. LUIS VEIRA

Data: 29 / 02 / 2012 Turno: Manhã Tarde Meio: VNER-HS.J

Nº DE ACTIVACÕES: 01 Doença Súbita: 1 Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Tiago Filipe Rodrigues Lopes
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Ana Carneiro

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO	MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO
<p>1ª Ativação (40:05) → Ativação do sistema de comunicação. 3ª Sina de SPM. Vitória - major na documentação. Participação na Entidade Endotérmica. Proceder ABC básico.</p>	

Anexo X



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: TIAGO FILIPE RODRIGUES LOPES

OBJECTIVOS: TESE MESTRADO / MESTRADO INTEGRADO MEDICINA

Coordenador do Estágio: DR. ANTONIO MARQUES / DR. LUIS MEIRA

Data: 02/03/2012 Turno: Manhã Tarde Meio: VNER - H53

Nº DE ACTIVACÕES: 02 Doença Súbita: 1 Trauma: 1 Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário *Tiago Filipe Rodrigues Lopes*
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo *Josefa Mendes*

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

• 1ª activação (16:00) → Acidente el. Hóq. Industrial
 Resposta AEDS de trauma - ECG s/
 alterações. Transport. p/ hospital
 p/ médicos.

• 2ª activação (19:32) → Dispar. Víctima el
 grave acidente pessoal.
 Resposta PA no ECG s/
 Ref. de ténico el médico
 p/ base disto. q' deve agir
 de pático.

O Tiago demonstrou grande interesse
 e conhecimentos na área da
 emergência. Além disso possui
 uma capacidade de trabalho
 em equipa multidisciplinar
 que se deve salientar.

Anexo XI



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Tiago Filipe Rodrigues Lopes

OBJECTIVOS: TESE MESTRADO / MESTRADO INTEGRADO MEDICINA

Coordenador do Estágio: DR. ANTONIO MARQUES / DR. Luis MEIRA

Data: 13/03/2012 Turno: Manhã Tarde Meio: VHER-HSJ

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

Assinaturas: O Estagiário Tiago Filipe Rodrigues Lopes
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [Assinatura]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Effectuada manobra de SBV no âmbito da PEA
sem sucesso.

mostrou interesse e colaborou
com a equipe.

Anexo XII



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: *TIAGO FILIPE RODRIGUES LOPES*

OBJECTIVOS: *TÓPICO DE MESTRADO / MESTRADO INTEGRADO MEDICINA*

Coordenador do Estágio: *DR. ANTONIO MARQUES / DR. LUIS WEIRA*

Data: *18 / 03 / 2012* Turno: Manhã Tarde Meio: *VHER-HSS*

Nº DE ACTIVAÇÕES: *03* Doença Súbita: *2* Trauma: *1* Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário *Tiago Filipe Rodrigues Lopes*
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo *Ana Caneiro*

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

• 1ª Activação (10:24): Via Verde Sepsis
 • 2ª Activação (11:38): Sepsis controlada ambulância (continua...?)
 • 3ª Activação (13:45): Via Verde Trauma

Anexo XIII



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: TIAGO FILIPE RODRIGUES LOPES

OBJECTIVOS: TESE MESTRADO / MESTRADO INTEGRADO MEDICINA

Coordenador do Estágio: DR. ANTÓNIO MARQUES / DR. LUÍS MEIRA

Data: 18 / 03 / 2012 Turno: Manhã Tarde Meio: VTER-HSJ

Nº DE ACTIVAÇÕES: 0 Doença Súbita: Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Tiago Filipe Rodrigues Lopes
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo António Marques

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

• Efetuada "Check List".
• Apresentação de alguns procedimentos realizados
em emergência pré-hospitalar.

Anexo XIV



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: TIAGO FILIPE RODRIGUES LOPES

OBJECTIVOS: TESE MESTRADO / MESTRADO INTEGRADO MEDICINA

Coordenador do Estágio: ANTÓNIO MARQUES / LUÍS HEIRA

Data: 23/03/2012 Turno: Manhã Tarde Meio: VIMEZ S. JOÃO

Nº DE ACTIVAÇÕES: 02 Doença Súbita: 2 Trauma: 0 Outras: 0 Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário Tiago Filipe Rodrigues Lopes
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Alexandra Baptista

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

• 1ª activação (08:35) → PCR. Não foi iniciado SAA
 Verificado ritmo e condoto
 médico adequado

• 2ª activação (11:32) → Depsito de CAH. VIMR
 chamada ao CS Maia. ECG a)
 alterações e discussão el/colab)
 HSS q não voltagem.

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

23/03/2012
Alexandra Baptista
 40907

Anexo XV



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: TIAGO FILIPE RODRIGUES LOPES

OBJECTIVOS: TESE MESTRADO / MESTRADO INTEGRADO MEDICINA

Coordenador do Estágio: ANTÓNIO MARQUES / LUÍS HEIRA

Data: 26/03/2012 Turno: Manhã Tarde Meio: UMER HSA

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

Assinaturas: O Estagiário Tiago Filipe Rodrigues Lopes
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [Assinatura]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO	MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO
<ul style="list-style-type: none"> • Hobbido o equipamento de UMER-HSA a base em que se regista alguma alteração relativa a outra UMER. • 1ª activação (09:35): Hipóglucemia em doente acamado a cl/ DH Tipo 2. Melhorou significativamente após administração glucose 30%. • 2ª activação (12:35): Trauma após tentativa de fugir do Hospital Magalhães Lemos. Aplicado algoritmo trauma - 51/leões aparentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentada a base + UMER + carga. • O TIAGO COLABOROU SEMPRE QUE LHE FOI SOLICITADO, manifestando grande interesse nas activações. • Contribuiu para o bom relacionamento / trabalho com toda a equipa multidisciplinar <p><u>[Assinatura]</u></p>