

Atendimento Pré Hospitalar



Legislação aplicável ao APH no Brasil

O APH, no Brasil se desenvolveu por muito tempo sem normas regulamentadoras ou que implementassem um sistema bem definido. Apenas em 1998 o



Conselho Federal de Medicina qualifica o atendimento pré-hospitalar como serviço médico, tanto na

coordenação quanto na supervisão (Resolução CFM n. 1.529/98). No ano seguinte o Ministério da Saúde aprova a normatização do atendimento pré-hospitalar com a Portaria n. 824, revogada posteriormente pela Portaria n. 814/2001, mais abrangente. Ainda no mesmo ano o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, com o intuito de reduzir

a mortalidade no Brasil. Em 2002 o Ministério da Saúde aprova a regulamentação técnica dos sistemas estaduais de urgência e emergência (Portaria n. 2048/GM), um avanço para a época. Nesta portaria fica claro a opção pelo modelo franco-alemão de atendimento pré-hospitalar. Em todas as unidades federadas. Assim finalmente o Brasil conseguiu implantar uma legislação na área de urgência e emergência. Após duas décadas de evolução legislativa na área de urgência e emergência, principalmente quanto à fase pré-hospitalar dos atendimentos, no Brasil



Emergências Traumáticas



Tipos de trauma

Existem dois tipos de trauma: o contuso e o penetrante. Podemos diferenciá-los pelo fato de penetrarem ou não a pele. Se um objeto colide com o corpo atingindo uma pequena área, concentrando a troca de energia em um ponto apenas, este provavelmente vencerá a elasticidade dos tecidos e penetrará a pele. Um agressor usando uma arma branca contra uma vítima é um exemplo. A faca atingirá o corpo em uma pequena área de contato, concentrando a energia neste ponto e rompendo a pele.

Atropelamentos



Os atropelamentos podem ser divididos em três fases que apresentam padrão de lesões características. A primeira fase é o impacto da vítima com a frente do veículo. Na segunda há o impacto com o capô

e possivelmente com o parabrisa, e a última acontece

quando a vítima atinge o solo. As prováveis lesões da primeira fase irão depender da altura da vítima e do tipo de veículo (altura do parachoque). Em crianças, as partes acometidas compreendem as pernas e a pelve (fêmur e cintura pélvica), enquanto nos adultos podemos suspeitar de fraturas na tíbia e na fíbula, não descartando o comprometimento dos joelhos.

Na segunda fase há grande probabilidade de ocorrerem lesões do tronco e da cabeça, devido ao impacto com o capô ou parabrisa. No caso particular de crianças, podemos ainda associar lesões abdominais visto que elas podem não rolar para cima do capô, devido à baixa estatura.

Na terceira e última fase, a colisão com o chão leva à suspeição de fraturas na cabeça, coluna cervical, pescoço e tronco. Se o impacto com o solo for lateral,

podemos observar ainda lesões de ombro, membros superiores e quadril.

Os atropelamentos causam inúmeros danos à vítima e diversas lesões, pois não há proteção ao corpo. Como visto, a energia cinética depende da massa e velocidade. Como a massa da máquina é bem maior do que a massa da vítima, além de possuir considerável velocidade, a energia transferida para o corpo é bastante grande e causa severas lesões, em qualquer das três fases

Quedas

A energia envolvida neste tipo de acidente é a potencial gravitacional dada pela fórmula: $E_p = m \cdot g \cdot h$

onde m é a massa, g é a constante gravitacional e h é a



altura. Assim, quanto maiores a massa e a altura da queda, maior

será a energia envolvida no processo, e maior a probabilidade de existirem graves lesões. Em ocorrências de queda, devemos

observar três aspectos importantes:

- a altura da queda, a superfície em que a vítima caiu e a parte do corpo que primeiramente atingiu a superfície.
- O tipo da superfície também contribui para a severidade das lesões, levando-se em conta a densidade, elasticidade ou compressibilidade.
- Impacto contra plano rígido é mais danoso do que contra superfície que apresenta elasticidade

Se a vítima cai em pé, associam-se fraturas dos ossos do calcânhar, conhecida por síndrome de Don Juan. Pode haver compressão dos tornozelos e joelhos, assim como fraturas de tibia e fíbula. O peso d

Ferimentos Contusos

Também chamados de lacerações. São lesões teciduais de bordas irregulares, provocados por objetos rombudos através de trauma fechado sob superfícies

ósseas com esmagamento do tecido. Podem causar sangramento de variados graus e danos a tendões, músculos, nervos, e vasos sanguíneos. O sangramento deve ser controlado por Compressões diretas e de curativos e bandagens

Ferimentos Perfurantes

Lesões causadas por perfuração da pele e dos tecidos subjacentes por um objeto. O orifício de entrada pode não corresponderá profundidade da lesão. Os primeiros socorros incluem o tratamento das condições que causam riscos iminentes de vida (XABCDE) Aqueles localizadas no Tórax e abdômen devem ser ocluídas o mais rápida possível

Lacerações

Grandes lesões contusas geralmente com lesão de músculo, tendão, nervose sangramento que pode ser moderado a intenso. Grandes traumas como em acidentes automobilísticos nesse caso socorrista deve controlar

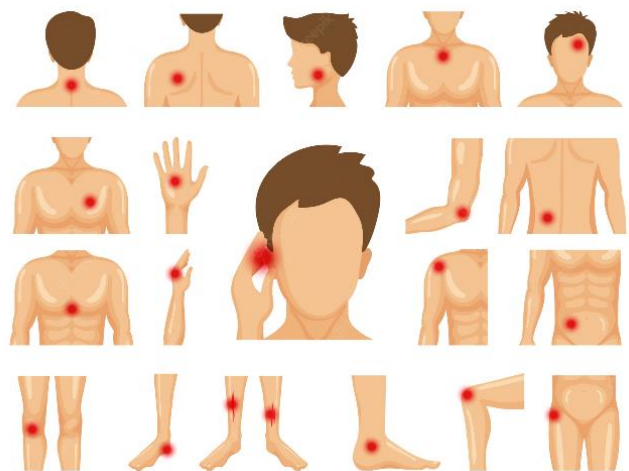
sangramento por Compressão direta, aplicação de bandagens e de imobilizar extremidades

Ferimento Transfixiantes

Atravessam de lado a lado uma parte do corpo

Ferimentos Puntiformes

Geralmente sangram pouco para o exterior



Traumatismo Cranioencefálico TCE



Traumatismo Cranioencefálico é uma agressão ao cérebro não de natureza degenerativa ou congênita mas causada por força física externa que pode produzir um estado diminuindo ou alterando a consciência que resulta em um estado de comprometimento das habilidades cognitivas ou do funcionamento físico.

Traumatismo penetrantes tem por prognósticos aqueles sem lesão penetrantes. Paciente com lesão penetrante são mais propensos a apresentar nível de consciência na escala de glasgow mais baixos e geralmente morte precoce. Outros dados levados em consideração são a idade da vítima que interfira no mecanismo e no prognóstico da lesão...

Lesão Cerebral Focal Primária

Pode resultar em contusão, laceração, hemorragia intracraniana por trauma local direto

Lesão Focal Difusa Secundária

Pode causar lesão anormal, difusa e aumento do tamanho do cérebro (Edema) pelo mecanismo de aceleração e desaceleração

Variáveis	Escore	
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Total máximo

15

Total mínimo

3

Classificação de TCE com base na ECG

Tce leve

Aproximadamente 80% dos traumas cranioencefálicos são classificados como leve e

geralmente envolvem recuperação semintercorrências. Cerca de 3% dessas vítimas apresentam Glasgow grave.. no Tce o escore é de 14/15

Tce Moderado

Aproximadamente 10% dos traumas atendidos no serviço de urgência e emergência são moderados, sendo definidos como um nível de consciência entre 9 e 13. Pacientes frequentemente apresentam-se confusos, sonolentos com Glasgow rebaixado podendo apresentar Défts neurológicos focais

Tce Grave

Dentro deste grupo estão aqueles que apresentam maior risco de mortalidade e morbidade. Após o trauma os pacientes apresentam nível de consciência entre 3 e 8.

Nesses pacientes a abordagem deve ser imediata submetido a Vias Aéreas auxiliares.

Vítimas com Glasgow menor que 8 deve-se submetido a vias aéreas definitivas e manter a ventilação mecânica

Os sintomas de traumatismo craniano podem se manifestar no momento do acidente ou depois de horas e até mesmo semanas.

Fique atento a esses sinais:

- dor de cabeça intensa e persistente;
- desmaio;
- perda de memória;
- perda de visão;
- confusão mental;
- vômito;
- perda de equilíbrio;
- sangramento nasal;

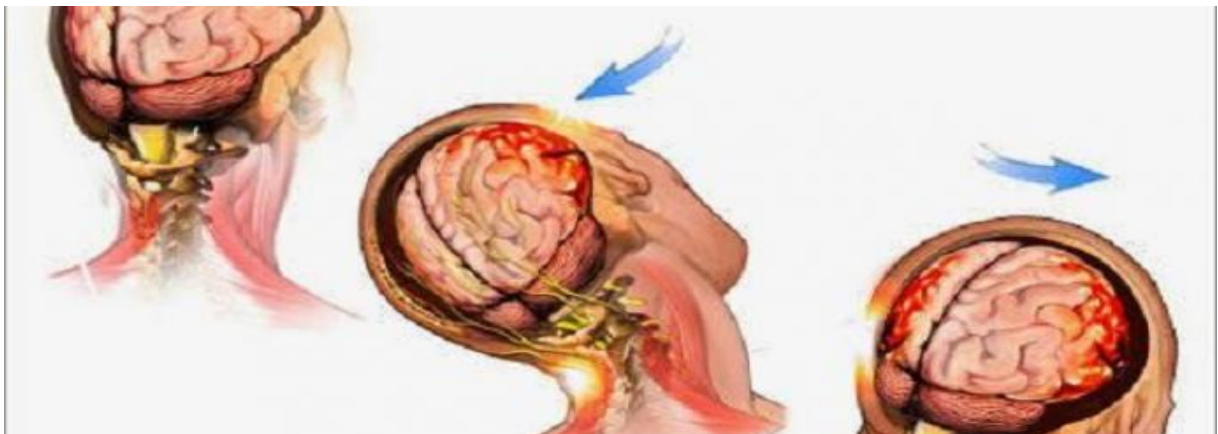
- sonolência;
- perda de sensibilidade.

Suspeitar de Fratura na Base do crânio quando ocorrer:

Sangramento no nariz

Sangramento do Outido

Roxidão abaixo dos olhos



Avaliação da Vítima



O primeiro passo para o atendimento propriamente da vítima é sua avaliação. Para melhor sistematização e controle para a manutenção da vida da vítima, a avaliação é dividida em duas fases:

avaliação primária, ou também chamada de avaliação rápida,

avaliação secundária, também chamada de avaliação detalhada.

A avaliação primária visa identificar de maneira rápida situações em que a intervenção da equipe de socorristas seja imediata. Devido a isso, observam-se as seguintes situações na vítima:

risco de vida;

risco de perda de membro por amputações traumáticas

além de outras situações que podem evoluir para as duas descritas anteriormente.

Dessa forma, a avaliação primária avalia e, se for preciso, trata a liberação das vias aéreas, ventilação e oxigenação adequadas, controle de hemorragias e perfusão.

Não havendo alterações durante a avaliação primária, passa-se à avaliação secundária, que tem por objetivo detalhar toda e qualquer alteração que a vítima tenha e não fora tratada ou identificada durante a avaliação primária, ou seja, não oferecia risco à vida da vítima, bem como o monitoramento de sinais vitais.

Avaliação Primária

Ao abordar a vítima, o socorrista deve realizar perguntas simples a ela, tais como:

“Senhor(a) Qual seu nome?”

“Eu sou o Socorrista....vou te ajudar”

“De onde vem?”

“Para onde vai?”

Essas perguntas visam avaliar, de maneira rápida e sucinta, o estado



respiratório, circulatório e neurológico da vítima, por meio das respostas da vítima. Respostas coerentes mostram que a mesma está orientada e respirando, que o sistema circulatório e neurológico estão preservados até o presente momento, porém não se pode afirmar que problemas futuros não poderão ocorrer. Caso contrário, a avaliação deverá ser ainda mais minuciosa, a fim de descobrir qual provável alteração a vítima possui. Esse primeiro contato com a vítima chama-se

RESPONSIVIDADE e deve ser realizado em todas as vítimas, antes da avaliação primária, após o socorrista estabilizar a coluna cervical da mesma.

Após checar a responsividade da vítima, deve-se realizar a avaliação primária. Para melhor

sistematização de atendimento à vítima de trauma, a avaliação primária é dividida em 5 tópicos a serem avaliados, visando as principais alterações que podem levar a vítima ao óbito. Dessa forma, adotaremos uma sequência alfabética, de fácil entendimento e memorização, em que as iniciais derivam do inglês e representa a dinâmica correta de avaliação da vítima: **ABCDE**.

Durante a avaliação, deve-se seguir estritamente a sequência alfabética descrita e só seguir adiante quando aquela em que estivermos avaliando já esteja sem alterações

A (Airways): Abertura de vias aéreas com controle de coluna cervical

A primeira etapa da avaliação visa o controle de coluna cervical e a liberação de vias aéreas. O socorrista, ao estabilizar a coluna cervical da vítima com as mãos, deve **checar a responsividade dela**. **Caso responda, considera-se que as vias aéreas estão liberadas.** **Caso contrário, realiza-se manobras de liberação de vias aéreas**

- desobstruir o canal e impedir a queda da língua na faringe posterior, situação essa que ocorre quando a vítima está inconsciente.
- A boca da vítima deverá ser aberta, realiza-se inspeção visual e, se for preciso, uma varredura digital em vítimas arreativas, em busca de objeto que esteja obstruindo ou que possa vir a obstruir as vias aéreas da vítima.
- **Toda vítima inconsciente deve receber a cânula orofaríngea.** A cânula ideal para cada vítima é a que possuir o tamanho equivalente ao da distância

da fenda labial até o lóbulo da orelha.

- Após medir e descobrir o tamanho certo da cânula, deve ser feita a introdução na boca da vítima com a parte côncava para cima, até atingir o **palato duro (céu da boca)**. Após, vira-se a cânula de forma que a parte côncava fique para baixo, projetando a língua para frente e, dessa maneira, liberando as vias aéreas.

É válido ressaltar que nem todas as vítimas inconscientes aceitam a colocação da cânula e, devido a isso, deve-se manter a monitoração constante das vias aéreas e respiração da vítima.

Às vítimas de emergências clínicas que não sofreram trauma e necessitem de liberação das vias aéreas, utilizam-se a técnica de hiperextensão da coluna cervical, movimento esse que retifica as vias aéreas e facilita a entrada de ar.

Por fim, caso nenhuma das manobras acima descritas tenham o efeito esperado, pois a obstrução encontra-se na faringe ou ainda mais embaixo, deve ser utilizada a **manobra de Heimlich**.



Após a liberação de vias aéreas, deve-se concluir a estabilização da coluna cervical que visa a respectiva imobilização, impedindo qualquer movimento da região e evitando-se o agravamento da lesão, caso haja. Além disso, a perfeita imobilização evitará a lesão no bulbo, que levará a uma parada respiratória.

A primeira estabilização é feita com as mãos, na posição em que a vítima se encontrar, sendo que a equipe de socorristas movimentará a vítima de forma que ela fique em **decúbito dorsal**. Somente nessa posição será colocado o colar cervical, exceto em vítima no interior do veículo, que poderá

O colar cervical não é garantia de estabilidade completa da coluna cervical, pois os movimentos de rotação e lateralização da cabeça ainda são exequíveis. Dessa forma, mesmo após a colocação do colar, o socorrista só deixará de estabilizar com as mãos a coluna cervical da vítima após colocá-la na prancha e afixar os coxins laterais com as fitas

receber o colar cervical após a equipe estabilizá-la e deixá-la sentada no banco do veículo

B(Breathing):Boa Respiração



Avalia-se a respiração da vítima pelo método mnemônico **VOS — ver,**

ouvir e sentir. Caso a vítima não esteja respirando, inicia-se imediatamente a reanimação respiratória e verifica-se o pulso carotídeo para constatar

ocorrência de parada cardiorrespiratória.

Em situações que a vítima tenha respondido às perguntas, quando checado a responsividade, considera-se que a vítima está respirando e observa-se como está a sua respiração. Nesses casos, avalia-se a qualidade quanto à velocidade, profundidade, ao ritmo e sons.

Em caso de respiração muito lenta (abaixo de 12 repetições por minuto) ou muito rápida (acima de 30), deve-se administrar oxigênio e avaliar a necessidade de realizar ventilação assistida. Nesses casos, deve-se inspecionar o tórax da vítima e, se possível, auscultar o pulmão visando encontrar motivos de alteração respiratória da vítima.

C(Circulation): Circulação.

Na letra "C" avalia-se o funcionamento do sistema circulatório da vítima. Inicia-se com a verificação do pulso, sendo que, em vítimas



conscientes checa-se a presença dos pulsos distais (radial ou pedioso), sua qualidade e regularidade.

As alterações em quaisquer dos itens avaliados remete a uma avaliação ainda mais criteriosa quanto à questão de funcionamento do sistema circulatório. Nas vítimas inconscientes, checa-se o pulso carotídeo. Nas situações em que o pulso carotídeo não estiver presente, inicia-se de imediato os procedimentos de reanimação cardíaca.

Após a verificação do pulso, checa-se então a perfusão capilar e a coloração da pele. A perfusão capilar acima de 2 segundos significa que não há oxigenação adequada. A perfusão pode ser avaliada também observando-se a coloração das unhas e dos lábios da vítima. A pele pálida e cianótica são também sinais de má oxigenação dos tecidos.

A hemostasia de grandes hemorragias deve ser realizada durante a avaliação primária. O

método de contenção de grandes sangramentos é a compressão direta. Não havendo o resultado esperado, deve-se realizar o torniquete. Devem ser observados ainda os sinais e sintomas que podem caracterizar uma hemorragia interna. Caso os sinais estejam presentes, a equipe deve realizar o transporte ao hospital imediatamente.



D(Disability): Disfunção Neurológica

A letra “D” destina-se à avaliação do estado neurológico da vítima. Para isso, realiza-se duas

Variáveis		Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Total máximo **Total mínimo**
15 **3**

avaliações: Escala de Coma de Glasgow — ECG

E(Exposure): Exposição da vítima

Por fim, após afastada qualquer situação que possa levar a vítima ao óbito, faz-se necessária a exposição da vítima para verificar existência de lesões ou situações que passaram despercebidas durante a avaliação primária.

A avaliação é feita da cabeça aos pés, observando estruturas e contornos ósseos, musculatura, pele, enfim, observando minuciosamente todo o corpo da vítima na tentativa de encontrar prováveis lesões.

Caso haja suspeita de lesão em qualquer parte do corpo, as vestes devem ser removidas para melhor

avaliação. O socorrista deve ter o discernimento

de como e quando fazê-lo, preservando assim o pudor da vítima. Outra preocupação que os socorristas devem ter é quanto à hipotermia, tendo em vista que a exposição da vítima pode contribuir para a instalação desse quadro.

Por fim, é realizado o tratamento das lesões de extremidades, bem como os curativos necessários, evitando assim possíveis contaminações

Avaliação Secundária

É realizado após a estabilização dos sinais vitais do acidentado. Consiste em um exame minucioso, o qual se inicia na cabeça e vai até os pés, na parte anterior (frente) e posterior (costas), identificando lesões que apesar de sua gravidade não colocam em risco iminente a vida do acidentado. Esta avaliação é dividida em objetiva e subjetiva

Subjetiva: trata-se de um rol de perguntas direcionadas à complementação da avaliação

da vítima (anamnese). O socorrista deve:

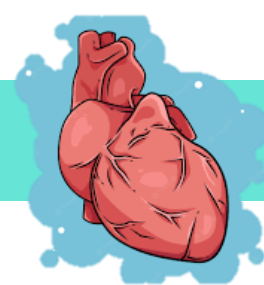
- o Relacionar o local do acidente com a posição da vítima;
- o Conversar com a vítima, se consciente, fazendo um histórico resumido (nome, idade, como ocorreu o acidente, queixas principais, endereço e telefone);

o Usar o AMPLA (Ambiente, Medicamentos, Passado médico, Líquidos e alimentos e

Alergias); e o Conversar com acompanhantes e testemunhas

Objetiva: o Examinar da “cabeça aos pés”; o Reavaliar a respiração, circulação e temperatura; o Aferir a pressão arterial com o uso do esfigmomanômetro.

Emergências Vasculares



Hemorragias

O sangue é uma substância líquida que circula pelas artérias e veias do organismo. Em um adulto sadio, cerca de **45%** do volume de seu sangue é composto por células (a maioria glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas). O sangue é **vermelho brilhante**, quando oxigenado nos pulmões (nos **alvéolos pulmonares**). Ele adquire **tonalidade mais azulada** quando perde seu oxigênio,



por meio de veias e pequenos vasos denominados capilares. Além disso, o sangue é o meio de transporte de nutrientes para todos os órgãos vitais, assim sendo, sua perda causará sérios danos ao organismo. Podemos definir hemorragia como a perda de sangue devido ao rompimento de veias ou artérias por causas diversas, como amputações, fraturas diversas.

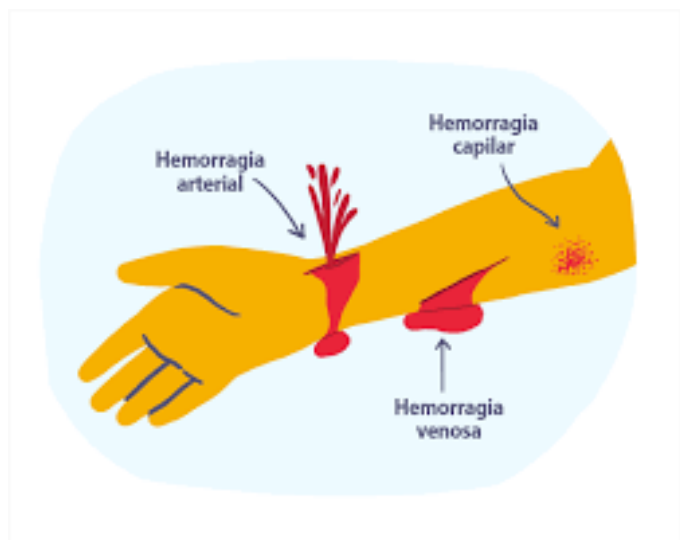
Outra importante definição que devemos descrever é o de **hemostasia**, que é o conjunto de mecanismos para estancar o processo hemorrágico. Todas as hemorragias requerem atenção por parte do

socorrista, devido ao volume de perda

Classificação das hemorragias

- **Externa:** é a mais fácil de realizar o reconhecimento, haja vista que o derramamento de sangue ocorre para fora do corpo. Caberá ao socorrista reconhecer se existe hemorragia arterial ou venosa.
- **Interna:** neste caso não é possível visualizar o sangue e o socorrista deduz o quadro devido aos sintomas do estado de choque, tais como:
- Pulso rápido e fraco;

- Pele fria, palidez intensa;
- Suor abundante;
- Sede;
- Náuseas e vômitos;
- Sensação de frio e presença de tremores;
- Respiração curta rápida e irregular;
- Tontura
inconsciência;



Traumas de extremidades



O trauma é assunto de importância socioeconômica mundial, em variados graus de acometimento, sendo os acidentes de trânsito sua maior incidência. Podemos citar como exemplo o trauma múltiplo, que pode ser entendido como o conjunto de lesões simultâneas, em que uma lesão ou combinações são potencialmente fatais, sendo a maior causa de óbito na faixa etária de 5 a 44 anos, na maioria homens, e que 80% dos casos apresenta alguma lesão ortopédica com instabilidade, dificultando os cuidados intensivos.

Avaliação

Os critérios de avaliação e conduta no trauma de extremidade visam identificar situações de

durante avaliação inicial (exame primário), seguido do relato e do exame físico (exame secundário). Essa aplicação técnica tem por objetivo reconhecer o dano e seu mecanismo, reconhecendo os indicadores de risco, evitando o agravamento da lesão potencial. A avaliação da circulação local (perfusão capilar), pulso arterial, função motora e sensibilidade deve ser realizada nos segmentos proximal e distal da fratura.

Em geral, o mecanismo de trauma é obtido pela descrição do acidente pela vítima consciente, por testemunhas que presenciaram o fato. Ainda, deve advir da

interpretação do local da cena por parte do socorrista, registrando essas informações e repassando à equipe de saúde na unidade hospitalar, para fins de tratamento e de interesse médico-legal

Um grave problema associado é a perda sanguínea, vejamos abaixo um quadro que demonstra a quantidade de sangue perdido pela vítima no caso das seguintes fraturas:

Local da fratura	Quantidade de sangue perdida em mL
Pelve	Mais de 2.000
Fêmur	1.000 – 2.000
Tíbia e fíbula	500 – 1.000
Úmero	500 – 750
Antebraço	250 – 500
Costela	125

Fraturas

Entende-se por fratura a rotura total ou parcial do tecido ósseo, podendo ser classificada em fechada ou aberta (exposta).

fratura óssea fechada



não apresenta evidência de ruptura da integridade da pele, contudo estudos comprovam a importância na avaliação dos tecidos moles adjacentes a essa pelo grau de associação à hemorragia.

fratura óssea exposta

apresenta ruptura da integridade da pele em grau variado, havendo comunicação do tecido ósseo fraturado e partes moles com meio externo, havendo o risco de contaminação (infecção óssea).



Sinais e sintomas

- Dor;
- Deformidade;

- Edema;
- Hematoma;
- Crepitação óssea; e
- Instabilidade e incapacidade funcional do segmento.

Luxação

A luxação articular é definida como a



deformidade e perda de congruência da harmonia de movimento da articulação, com comprometimento da cápsula articular e ligamentos.

Sinais e sintomas

- Forte dor na articulação;
- Edema; e
- Limitação funcional com instabilidade do segmento anatômico acometido.

Entorse



Pode-se definir entorse como sendo a lesão na qual ocorre distensão abrupta da articulação além de sua amplitude normal.

Sinais e sintomas

- Forte dor na articulação;
- Edema; e
- Limitação funcional com instabilidade do segmento anatômico acometido.

Conduas

- Avaliar a segurança do local;
- Executar o ABCDE;
- Se for o caso retirar ou cortar a roupa da vítima;
- No caso das fraturas abertas, controlar as hemorragias;
- Imobilizar sempre as fraturas, entorses e luxações visando estabilizar uma

articulação acima e outra abaixo do local lesionado;

- No caso das entorses e luxações, caso possua bolsa de gelo, colocá-la sobre o local lesionado;
- Preocupar-se sempre em avaliar o pulso do segmento afetado; e • Transportar imediatamente a vítima ao centro de referência.



Acionamento Adequado do Socorro



O acionamento do socorro deve ser realizado em todas as circunstâncias em que se constate dano à saúde de um indivíduo em seu local de trabalho, rua ou em sua residência, seja este dano de pequena, média ou grande severidade. Caso esteja sozinho, deve-se deixar a vítima e acionar o socorro especializado primeiramente, antes de implementar qualquer tipo de cuidado inicial. Deve-se entrar em contato com os Serviços de Urgência válidos no território nacional pelos telefones: **193 (Bombeiros)** ou **192 (SAMU)**. Ao acionar o Sistema de

Urgência/Emergência é importante informar:

- o tipo de emergência;
- o número de vítimas;
- o local do evento, com pontos de referência;
- o melhor acesso ao local.

Cadeia da Sobrevivência

A cadeia de sobrevivência corresponde à sequência básica de ações a serem executadas por qualquer indivíduo que presencie uma situação de urgência/emergência, seja na sua residência, no local de trabalho ou fora dele.

Etapas:

Reconhecimento imediato da Parada Cardiorrespiratória (PCR) acionamento do Serviço de Emergência/Urgência ;

- A Reanimação cardiopulmonar precoce, com ênfase nas compressões torácicas;

- Rápida desfibrilação com uso do D.E.A

Qual a finalidade da cadeia da sobrevivência?

- Preservar a vida

- Restabelecer a saúde

- Aliviar o sofrimento

- Limitar a incapacidade



CÓDIGO PENAL DECRET 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO

CAPÍTULO III: DA PERICLITAÇÃO DA VIDA E DA SAÚDE **Art. 135** - Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, u à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública: Pena - detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa Parágrafo único

A pena é aumentada de metade, se da omissão resultar em lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resultar em morte



Parada Cardiorrespiratória PCR



Trata-se da condição em que a vítima deixa de realizar as incursões respiratórias (inspirar e expirar), os pulmões deixam de realizar as trocas gasosas (entrada de oxigênio e saída de gás carbônico) e o coração deixa de realizar sua função de bombeamento do sangue para o corpo. Então, cessa a chegada de sangue com oxigênio aos tecidos, podendo ocasionar danos aos órgãos vitais, como o cérebro e o próprio coração.



A PCR é reversível se houver atendimento rápido. A identificação e os primeiros atendimentos devem ser iniciados dentro de um período de, no máximo, 4 minutos, a partir da ocorrência, pois os centros vitais do sistema nervoso ainda continuam em atividade. A maioria das paradas cardiorrespiratórias em adultos é decorrente de uma alteração do ritmo cardíaco, denominada fibrilação ventricular. O único tratamento para essa alteração é

consiste em uma descarga elétrica aplicada no coração na tentativa de fazê-lo retornar a seu ritmo normal.

A RCP é a associação das técnicas de abertura das vias respiratórias, ventilação e compressão torácica, e constitui as medidas iniciais para manutenção da vida do indivíduo em PCR.

A RCP deverá ser realizada na forma de ciclos. Cada ciclo corresponde a duas ventilações e 30 compressões torácicas. E, cada ventilação, precisa ter duração de um segundo. Para ventilar um paciente em PCR existem três (3) formas: boca a boca; dispositivo Válvula Máscara (Pocket-Mask); dispositivo Bolsa-Válvula-Máscara (AMBU). Depende do que estiver disponível no local. As compressões torácicas deverão ter frequência de 100 a 120/min. Serão realizados cinco ciclos sequenciais, o que corresponde a dois minutos de RCP. De modo geral, função da RCP não é despertar a vítima, mas estimular a oxigenação e a circulação do sangue até que seja iniciado o tratamento definitivo.

Técnicas de Compressão Torácica

O trabalhador deve posicionar-se de joelhos, formando boa base, ao lado da vítima e localizar o esterno situado entre os dois mamilos (linha intermamilar).

- Apoiar a palma de uma das mãos sobre a metade inferior do esterno, devendo o eixo mais longo da mão acompanhar o eixo longo do esterno. Colocar a outra mão sobre a primeira, com os dedos estendidos ou entrelaçados, mas que não devem ficar em contato com o esterno. Manter os braços esticados, com os ombros diretamente sobre as mãos, efetuando a compressão sobre o esterno da vítima.

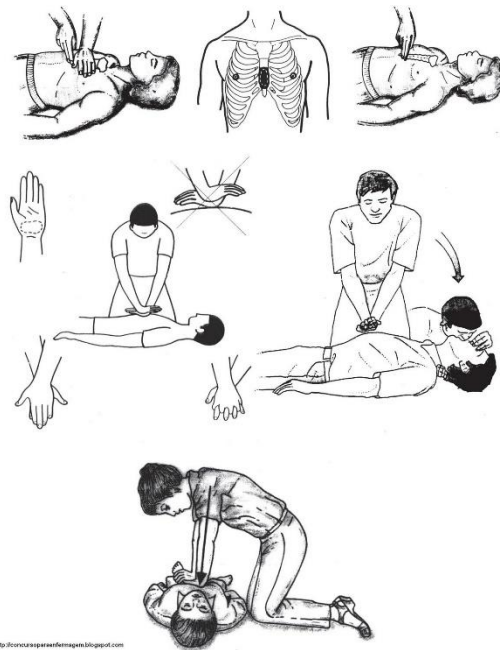
- A força da compressão deve ser provida pelo peso do tronco e não pela força dos braços, o que causa rapidamente cansaço.

- O esterno deve ser comprimido cerca de 1/3 à metade de sua profundidade para o adulto normal (cerca de 5 A 6 cm).

- A compressão deve ser aliviada completamente sem que o

socorrista retire suas mãos do tórax da vítima

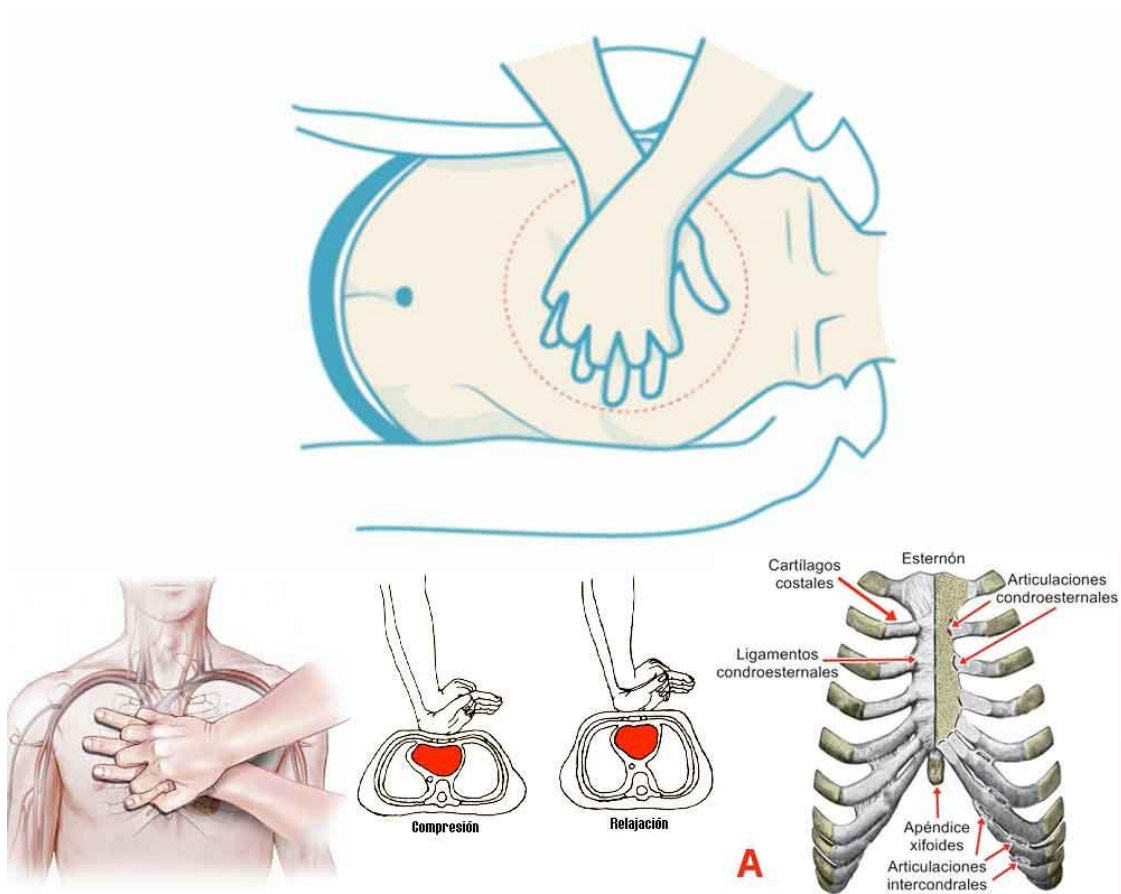
- As compressões torácicas devem, quando possível, serem acompanhadas da respiração de resgate realizada adequadamente, proporcionando um aporte de oxigênio



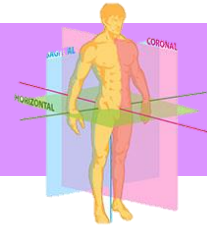
Uma dica para ter o ritmo necessário para realizar de 100 a 120 compressões por minuto, é realizar as compressões no ritmo de algumas músicas, como Stayin' Alive dos Bee Gees ou Another one Bites the Dust do Queen que possuem um ritmo de 110bpm.

A execução da RCP deve ser parada, somente, diante:

- Chegada do suporte especializado (SAMU,BOMBEIRO)
- Ordem médica
- Cansaço extremo do socorrista (MAIS DE 3HS COMPRIMINDO)
- Presença de sinais de vida na vítima
- Morte da Vítima



Planos Anatômicos



planos anatômicos são planos hipotéticos usados para dividir o corpo humano de forma a descrever a localização de estruturas ou a direção dos movimentos

Plano Sagital

É um plano paralelo a linha sagital e divide o corpo nas porções Direita e Esquerda

Plano Frontal

É um plano que divide o corpo nas porções Anterior(Frente) e Posterior(Costas)

Plano mediano

É um plano vertical que passa através do eixo mais longo que cruza o corpo dos pés até a cabeça.este plano sepr o copro em antímetros Direiro e Esquedo

Plano transversal:

divisão do corpo em superior e inferior.

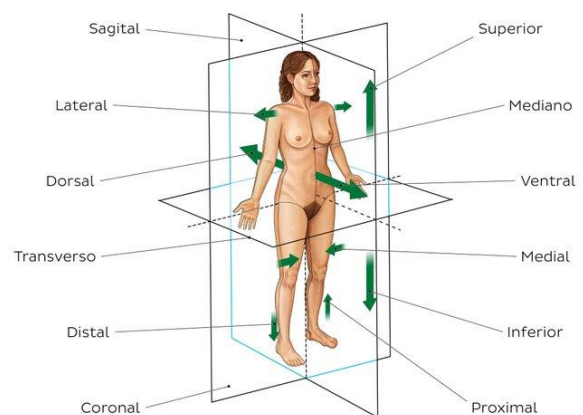
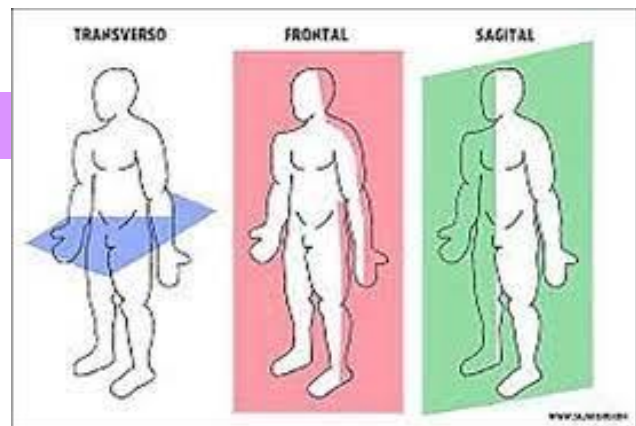
- Plano frontal:

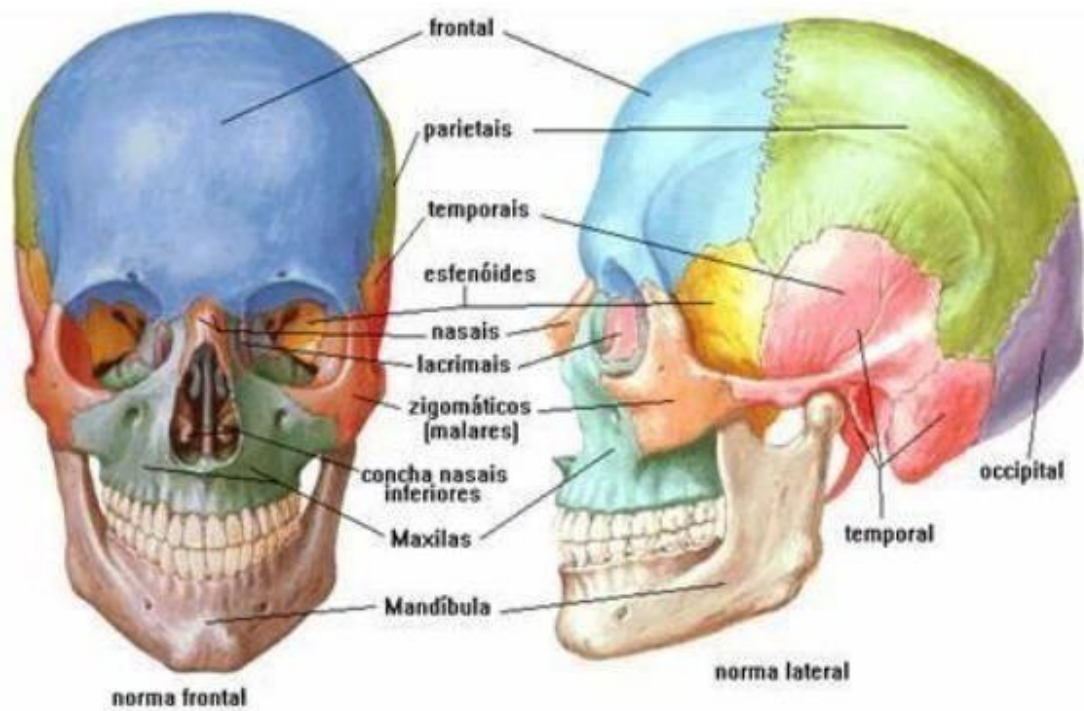
divisão do corpo em anterior (ventral) e posterior (dorsal).

Divisões do corpo humano

O corpo humano pode ser dividido em:

- cabeça;
- pescoço;
- tronco; e
- membros.





Esqueleto apendicular



Esqueleto axial

Apazamento de Medicações



O Apazamento é o horário de medicação padrão. É realizado apenas pelo Enfermeiro.

Plantão Diurno: **Caneta Azul**

Plantão Noturno: **Caneta Vermelha**

SOS: sempre que necessário

ATENÇÃO/CIENTE: 12/12 H geralmente é escolhido um dos horários sendo o mais adequado 18 06. Se for antibiótico sempre perguntar o horário de apazamento.

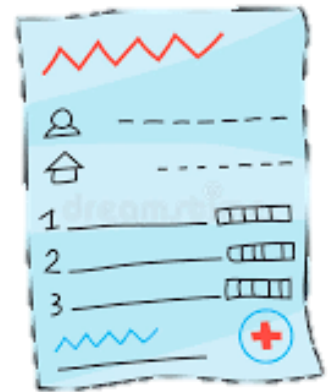
Frequência	Horários
2/2 H	08 10 12 14 16 18 20 22 2 4 02 04 06
4/4 H	10 18 22 02 06
6/6 H	12 18 24 06
8/8 H	14 22 06
12/12 H	10 22 18 06 12 24
IX ao dia	14
3x ao dia	14 22 06
Pela manhã	10
Em jejum	06
Á noite	22



SND: Serviço de nutrição e Diabética
(Medicação que deverá ser aplicada em caso de emergência sempre anotar o horário)

Nome: Angélica Moraes Data: 10/10/2022 Enf 301 02

Medicações	Horários
Dieta oral livre	SND
	500 500
Nacl 20% 1Amp nas II etapa sf 0,9%	
Trocar de decúbito 2/2H	08 10 12 16 20 22 24 02 04 06
Oxacilina 2g Ev4/4 H	10 14 18 22 02 06
Curativo Diurno após o banho	SOS
Dipirona 2ml EV 8/8H	14 22 06
Diazepam 10 ml a noite	22
Paracetamol 150 mg Vo em caso de dor até 6/6H	SOS



Extricação de Vítimas



A palavra extricação é um neologismo usada na nossa língua, oriunda da palavra em inglês "extricate" que significa retirada de alguém de uma situação ou local difícil. Desta forma definimos extricação, mais comumente, como a retirada de vítima

as manobras que servem para colocar as vítimas sobre a tábua de transporte. O princípio básico dos rolamentos é a mobilização da vítima como um todo, em bloco, como se estivéssemos rolando uma tora de madeira. Deve-se tomar cuidado especial com o alinhamento da coluna da vítima, em todos os seus segmentos. Os rolamentos podem ser realizados por duas ou mais pessoas, para que se estabeleça um alinhamento seguro da coluna da vítima. Quando os rolamentos são realizados por três pessoas, por exemplo, uma delas fica responsável pelo controle cervical, a outra vai mover o ombro e o quadril (tronco), e a terceira fica responsável pelo quadril e

pelas pernas da vítima, todas agindo em conjunto e mantendo o alinhamento

Rolamento 180° Decúbito Ventral

Esse rolamento pode ser realizado por dois ou três socorristas, dando preferência para realização com três

. O socorrista 1: posiciona-se de joelhos acima da cabeça da vítima, segurando-a pela mandíbula.

O socorrista 2: examina o membro superior do lado ao qual será efetuado o rolamento e o posiciona ao longo do corpo ou acima da cabeça da vítima, realizando a menor movimentação possível

. O socorrista 3: posiciona a prancha longa ao lado da vítima mantendo a distância adequada para o rolamento. O socorrista 2: posiciona-se de joelhos, no centro da prancha longa, na altura do tórax da vítima

segurando-a pelo ombro e coxa opostos.

O socorrista 3: posiciona-se de joelhos, no centro da prancha longa, na altura da coxa da vítima, segurando-a pela crista ilíaca e na altura da panturrilha.



Sob comando do SI é efetuado o rolamento em bloco até que esteja posicionada lateralmente (90 graus). Socorristas 1, 2 e 3: ajustam suas posições e completam a manobra de rolamento posicionando a vítima em decúbito dorsal sobre a prancha.



Socorristas 1, 2 e 3: ajustam suas posições e completam a manobra de rolamento posicionando a vítima em decúbito dorsal sobre a prancha.



Rolamento 90° Decúbito dorsal

Realizado com 3 socorristas acontece da seguinte forma:

O socorrista 1: segura a cabeça da vítima, fazendo o controle da coluna cervical mantendo-a alinhada;

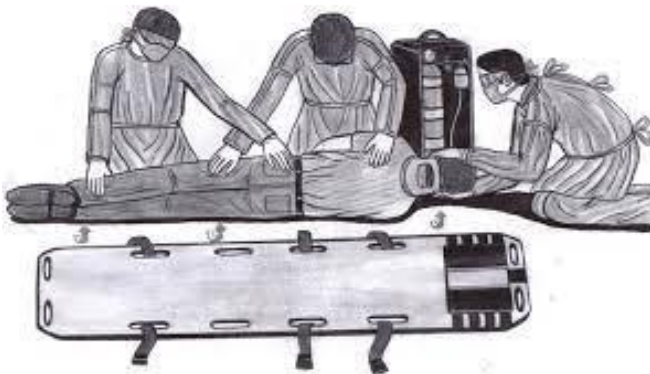
O socorrista 2: posiciona-se na lateral da vítima, na altura do tronco, colocando uma das mãos no ombro contralateral e a outra mão na região pélvica contralateral

O socorrista 3: posiciona-se na mesma lateral que o Socorrista 2, na altura dos membros inferiores da vítima; coloca uma das mãos na região pélvica, numa posição

acima da mão do Socorrista 2 e a outra mão na altura do terço médio da perna



O socorrista 3: posiciona-se na mesma lateral que o Socorrista 2, na altura dos membros inferiores da vítima; coloca uma das mãos na região pélvica, numa posição acima da mão do Socorrista 2 e a outra mão na altura do terço médio da perna



Socorrista 2: Examina a região posterior do corpo da vítima.



Socorrista 1: comanda o rolamento em bloco da vítima para colocá-la sobre a prancha longa e mantém a estabilização da coluna cervical, durante todo o procedimento.

O socorrista 1 permanece na imobilização cervical e os socorristas 2 e 3: prendem os tirantes nas seguintes posições:

- Na altura das axilas e cruzando;
- Na altura das cristas ilíacas;
- Na altura dos joelhos. Após é realizado a imobilização lateral da cabeça (colocação dos imobilizadores laterais de cabeça). Este rolamento

pode ser realizado, também, com somente dois socorristas. Sendo que o socorrista 1 permanecerá somente no controle. Vale ressaltar que todo o procedimento deve ser realizado em sincronia e sob o comando do socorrista que está no controle.

Elevação a Cavaleira

A finalidade dessa manobra é erguer a vítima do solo, quando o rolamento não é possível, e colocá-la sobre a tábua de transporte. A elevação pode ser realizada por três ou mais pessoas. Quando realizado por três socorristas:

O socorrista 1 é responsável em fixar cabeça, pescoço e ombros; posicionado na cabeça da vítima, comanda a ação;
O socorrista 2 faz o apoio do quadril da vítima com a s

2 mãos com as pernas abertas sobre a vítima;
O socorrista 3 na mesma posição do 2º - segura as pernas próximo aos joelhos
Quando realizado por quatro socorristas:

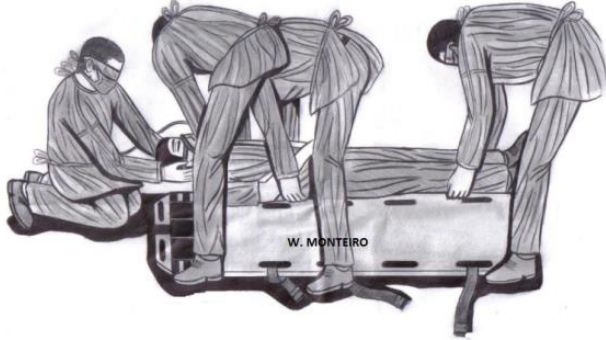
O socorrista 1: posiciona-se de joelhos de frente para a cabeça da vítima e a estabiliza

manualmente. O socorrista 2: em pé, posiciona-se sobre a vítima na altura do tórax, com um dos pés posicionados ao lado da vítima e o outro pé do outro lado da prancha longa.

Posiciona suas mãos sob as escápulas da vítima.

O socorrista 3: em pé, posiciona-se sobre a vítima na altura das coxas com um dos pés posicionados ao lado da vítima e o outro pé do outro lado da prancha longa e segura a vítima pela região pélvica. Posiciona suas mãos sob as nádegas da vítima

Socorrista 4: posiciona-se nos pés da vítima e a segura com as mãos posicionadas sob os tornozelos.

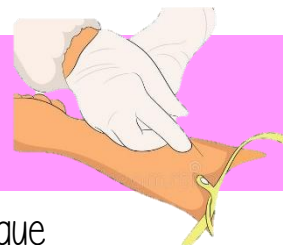


Após certificar-se que todos os socorristas estão na posição correta, o socorrista 1 faz a contagem conhecida pela equipe em voz alta e todos, ao mesmo tempo, levantam a vítima em bloco. Ao segundo comando do mesmo Socorrista, deslocam-se lateralmente para colocar a vítima sobre a prancha longa. Realiza-se a imobilização lateral da cabeça, prende os tirantes nas posições já citadas anteriormente.

ATENÇÃO

- Utilizar o método mais adequado de acordo com as condições do local da ocorrência e da posição em que se encontra a vítima.
- Ao realizar manobras de rolamento em bloco deve-se tomar cuidado de escolher o lado correto para efetuar o giro, deixando o lado com traumas ou fraturas livre.
- A vítima deve estar sempre bem fixa à prancha para evitar acidentes e também, se houver necessidade, movimenta-la rapidamente sem perder a imobilização da coluna.
- Para centralizar a vítima na prancha, usar técnica do deslizamento em "V";
- Cuidado com a imobilização torácica para não restringir o movimento respiratório.
- Sempre que possível o rolamento da vítima deverá ser efetuado sobre a prancha longa evitando dupla movimentação do acidentado

Agulhas Escalpes e Cateter



Existem quatro formas principais de se aplicar injeções. Cada uma delas tem sua forma correta de inclinação na hora da aplicação e serve para atingir uma determinada parte da pele ou músculo.

Intramuscular

Esse tipo de injeção é aplicada em uma posição de **90 graus**. Ela entra reta na vertical na pele e tem o objetivo de aplicar a substância diretamente no músculo. A famosa injeção de Benzetacil é aplicada dessa forma. Também é usada para antibióticos para tratar infecções.

Subcutânea

Essa injeção tem **45 graus** de inclinação e seu objetivo é aplicar o produto, medicamento ou substância na parte de gordura subcutânea da pele. Usada geralmente para aplicação de insulina.

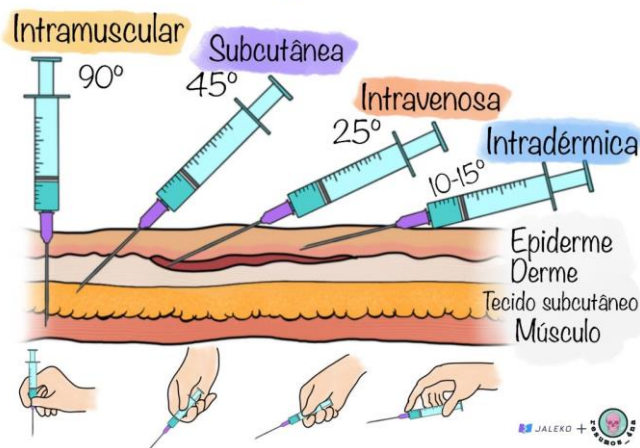
Intravenosa

Essa é aquela injeção que geralmente enfermeiros aplicam quando vamos tomar soro e eles precisam atingir nossa veia. Ela deve ser aplicada com **25 graus** de inclinação e atinge a segunda camada,

Intradermal

Essa é a injeção aplicada na camada mais superficial de nossa pele. Ela precisa ser feita **com 10 a 15 graus** de inclinação e não deve atingir a derme, onde se encontram veias e vasos. Ela é a mais superficial de todas as injeções. É usada para estes de alergia ou vacina BCG

Ângulos para aplicação de injeções



Tipos de Escalpe

O Scalps, é um pequeno dispositivo que é comumente utilizado para fazer punções intravenosas de curto período., é bastante utilizada para coleta de sangue, e também aplicação de medicação intravenosa. Seu uso não deve ser prolongado por mais do que 24 horas, pois, pode causar danos como lesões, em caso de movimentação do paciente.

Os tipos de escalpe, são diferenciados por suas cores e tamanhos, classificando assim, o tipo de paciente que deve utilizá-lo. São eles

Escalpe Bege 19G

é indicado para veias de maior calibre, e para coletas de sangue, ou medicações em grande dosagem. Geralmente é utilizada em adultos, idosos e adolescentes.

Escalpe Verde 21G e Azul 23G

são os de calibre mediano, também utilizados em adultos, idosos e adolescentes, para infusão de

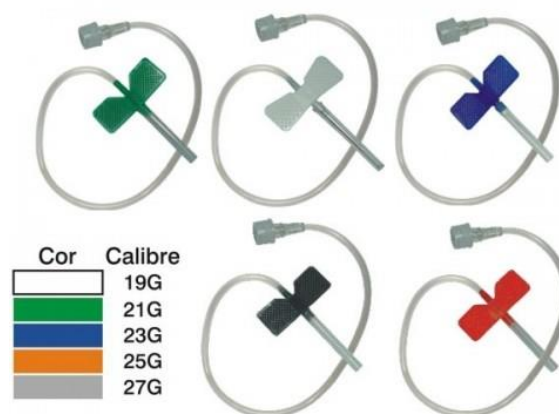
medicação e/ou coleta de sangue em grande e média quantidade.

são utilizados para veias menores, como de crianças e recém nascidos, para infusão de medicamentos em baixa dosagem

Laranja

25G e Cinza 27G

são utilizados para veias menores, como de crianças e recém nascidos, para infusão de medicamentos em baixa dosagem.



Cateter

podem ser rapidamente retirados, outros, podem ser utilizados por

um prazo maior. Este tempo também é determinado pelo profissional de saúde e pelo grau de evolução apresentado pelo paciente. Este instrumento é também responsável pelo controle das funções vitais.

Cateter Jelco intravenoso

Este modelo é composto por uma agulha e um revestimento flexível. Depois da execução do procedimento, a agulha é removida e o invólucro é anexado à pele. É usado na injeção de medicações na corrente sanguínea, de modo que o paciente não sofra muitas picadas durante sua internação.

Cateter duplo J

É responsável pela drenagem da urina, que parte do rim e vai até a bexiga. Durante o procedimento uma extremidade do utensílio é sustentada na pelve renal, enquanto a outra é sinuosamente inserida no interior da bexiga.

Para facilitar a retirada, alguns modelos desse cateter dispõem de um fio pendurado na extremidade,

evitando então, que o paciente tenha que ser submetido a uma cistoscopia.

Cateter nasal

Este modelo é usado na introdução de oxigênio, em pacientes em situações mais moderadas. O uso deste instrumento não causa grandes transtornos, já que permite que o paciente fale ou se alimente normalmente.

Cateter arterial periférico

Este tipo de cateter é utilizado a curto prazo, no controle de hemodinâmico e análises gasométricas e em pacientes críticos.

Cateter Venoso Central

O Cateter Venoso Central é o mais recomendado no tratamento de veias centrais: jugulares, internas, femorais e subclávias.



Calculo de Gotejamento



O cálculo de gotejamento deve ser realizado para o controle dessa infusão contínua. No geral é prescrita em horários que determinarão seu tempo de infusão e quantas gotas serão infundidas por minuto.

Esse gotejamento pode ser em gotas ou microgotas. As medidas importantes para esse cálculo são descritas juntamente com as fórmulas aplicadas para a realização do cálculo de gotejamento. o enfermeiro deve saber também que a versão macrogotas equivale a 20 gotas/mL, enquanto o tipo microgotas equivale a 60 gotas/mL.

Gotejamento com Equipo Gotas

$$\text{Gotas(Gts)} = \frac{\text{Volume(ml)}}{\text{Tempo(h)} \times 3}$$

é dado em mililitros (ml), tempo em horas (h) e o número 3 representa uma constante para expressar o resultado em gotas, uma vez que 1 gota equivale a 3 microgotas

Existem outras variáveis da fórmula que devem ser consideradas, principalmente quando o médico prescreve em volume/minuto. Nesse caso, a fórmula mais adequada é:

$$\text{gts min} = \frac{\text{volume} \times 20}{\text{valor por min}}$$

Para calcular o gotejamento de uma solução de 500 mL de volume, no período de 6 hora

$$\text{gts} = \frac{500}{6 \times 3} = 28$$

Gotejamento com Equipo Microgotas

$$\text{Microgotas(Mgts)} = \frac{\text{Volume(ml)}}{\text{Tempo (h)}}$$

O segredo é você calcular a quantidade de gotas por minutos e depois multiplicar por 3, você terá o resultado em microgotas.

Curativos Cirúrgicos



chamamos de curativos cirúrgicos os dispositivos com cobertura estéril que são colocados nas feridas ou lacerações da pele após as cirurgias. Sobretudo, esses curativos têm como objetivo proteger a área, promover a rápida cicatrização, e prevenir contaminações e infecções do local.

Principais Finalidades Dos Curativos Cirúrgicos

- Prevenir e tratar infecções das lesões contaminadas;
- Evitar a contaminação das feridas;
- Promover uma cicatrização eficiente
- Aliviar a dor;
- Manter medicamentos no local;
- Proteger contra outros traumas;
- Manter o local limpo e seguro.

Principais tipos de Curativos Cirúrgico

Curativo Impermeável



Esse curativo proporciona uma maior proteção em relação aos curativos

convencionais. Afinal, o curativo impermeável age de uma forma seladora, impedindo a entrada de água, sujeira ou germes. Assim, a lesão fica muito mais protegida, visto que o ambiente se torna ideal para uma cicatrização mais rápida. Nesse sentido,

As características sobre o Curativo

- Película ultrafina confortável e transparente;
- Hipolergênico;
- Almofada anti-aderente e absorvente;
- Permite a respiração da pele e reduz o risco de maceração;

- Totalmente estéril.

Curativos Absorventes

os curativos com característica absorvente visam absorver o fluido e reduzir o potencial de

vazamentos, assim como o risco de maceração da pele. Também, eles possuem uma camada externa com proteção contra

bactérias e vírus. Geralmente, esse curativo cirúrgico tem um lado que garante absorção rápida, combinado com um “sistema” de retenção da umidade altamente eficiente. Ou seja, a camada resiste à água e à infiltração, e ainda assim garante a respiração da pele.



Curativo de Fixação de Catéter

trata-se de um curativo especialmente projetado para a fixação e proteção de cateteres.

Não só de linha central, mas também periféricos. Portanto, é

um curativo que possui filme de poliuretano, é transparente



e mantém a área do cateter sempre seca e segura.

Curativo de lesão por pressão

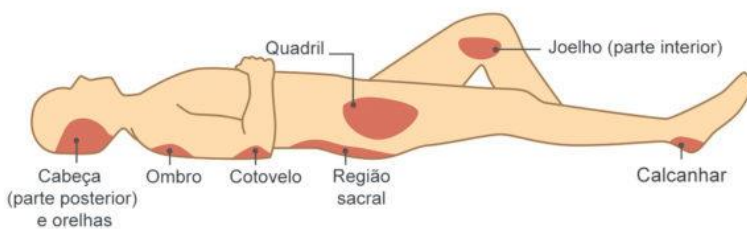
Lesões por pressão ou úlceras de pressão. Também chamados de Escaras são feridas que aparecem na pele de pessoas que permanecem muito tempo na mesma posição, geralmente acamadas ou com mobilidade reduzida. Essas lesões ocorrem devido à pressão constante em pontos com proeminências ósseas que ficam em contato com a superfície, como, por exemplo, a cama ou a cadeira de rodas. A ferida pode ser superficial (atingindo apenas a epiderme) ou profunda, chegando a comprometer músculos, tendões, ossos e até órgãos.

Os locais mais comprometidos são:

- Região sacral (acima do cóccix);
- Trocânteres (parte superior e lateral do fêmur);

- Maléolos (osso lateral dos pés);
- Calcanhares (devido ao constante contato com a cama).

Como evitar escaras?



- 1 Mude a posição do paciente na cama, movimentando-o sequencialmente a cada 3 horas;
- 2 Hidrate a pele frequentemente;
- 3 Avalie diariamente a pele das regiões mais suscetíveis às lesões;
- 4 Para mudar a posição, nunca arraste o paciente sobre a cama;
- 5 Procure orientação profissional sobre tecnologias terapêuticas que diminuem a cronicidade de lesões.

Como fazer curativos em feridas abertas?

Limpar corretamente a lesão e sua região periférica é essencial para o sucesso do tratamento.

Lave a lesão com soro fisiológico em jatos, limpando também a pele ao redor da ferida. É importante que o soro fisiológico esteja em temperatura ambiente ou levemente aquecido. Isso ajuda no processo de cicatrização.

Dica: você pode substituir o soro fisiológico por uma solução específica para a limpeza de feridas com PHMB, como Prontosan ou Aquasept.

Após realizar a limpeza cautelosa da lesão, aplicação do curativo Membracel:

Sondagem



Sonda Nasogástrica (SNG)

A passagem de sonda nasogástrica é a inserção de uma sonda plástica ou de borracha, flexível, podendo ser curta ou longa, pela boca ou nariz. Ela tem a finalidade de: descomprimir o estômago e remover gás e líquidos; diagnosticar a motilidade intestinal; administrar medicamentos e alimentos; tratar uma obstrução ou um local com sangramento; obter conteúdo gástrico para análise.



Tipos de Sonda Nasogástrica

Sonda de Levine:

é uma das mais usadas, existindo no mercado tanto tubos de plástico como de borracha, com

orifícios laterais próximos à ponta; são passadas normalmente pelas narinas. Apresenta uma única luz (números 14 a 18). A sonda é usada para remover líquidos e gases do trato gastrointestinal superior em adultos, obter uma amostra do conteúdo gástrico para estudos laboratoriais e administrar alimentos e medicamentos diretamente no trato gastrointestinal.



A colocação da sonda pode ser checada depois de colocada

aspirando-se o conteúdo gástrico e checando-se o pH do material retirado. O pH do aspirado gástrico é ácido (± 3); o pH do aspirado intestinal ($\pm 6,5$), e o pH do aspirado respiratório é mais alcalino (7 ou mais). Uma radiografia é o único meio seguro de se verificar a posição da sonda;

Sonda gástrica simples ("Salem-Ventrol"):

é uma sonda radiopaca, de plástico claro, dotada de duas luzes. É usada para descomprimir o estômago e mantê-lo vazio;



Sonda Nutriflex:

é uma sonda usada para nutrição. Possui 76 cm de comprimento e uma ponta pesada de mercúrio para facilitar sua inserção. É protegida por um lubrificante que é ativado quando é umidificado;



Sonda de Moss:

é uma sonda de descompressão gástrica de 90 cm de comprimento, três luzes e somente um balão que serve para fixar a sonda ao estômago quando inflado. O cateter de descompressão serve para aspiração gástrica e esofágica, como também para lavagem. A

terceira luz é uma via para alimentação duodenal;



Sonda S-B:

é usada para tratar sangramento de varizes esofágicas. Tem 3 luzes e 2 balões; duas das luzes são utilizadas para inflar os balões, enquanto a terceira é usada para lavagem gástrica e para monitorizar o sangramento



A sonda nasoenteral é passada da narina até o intestino. Difere da sonda nasogástrica, por ter o calibre mais fino, causando assim, menos trauma ao esôfago, e por alojar-se diretamente no intestino, necessitando de controle por Raios-X para verificação do local da sonda.

Tem como função apenas a alimentação do paciente, sendo de escolha no caso de pacientes que receberam alimentação via sonda por tempo indeterminado e prolongado. Por isso, esta sonda só

permanece aberta durante o tempo de infusão da alimentação. A técnica de sondagem se assemelha com a técnica de sondagem nasogástrica.

Sonda Nasoenteral(SNE)

É passada da narina até o intestino. Difere da sonda



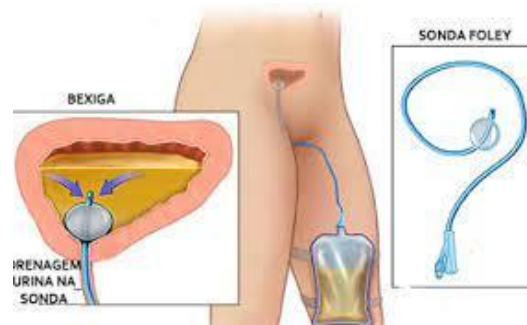
nasogástrica, por ter o calibre mais fino, causando assim, menos trauma ao esôfago, e por alojar-se diretamente no intestino,

necessitando de controle por Raios-X para verificação do local da sonda. Tem como função apenas a alimentação do paciente, sendo de escolha no caso de pacientes que receberam alimentação via sonda por tempo indeterminado e prolongado. Por isso, esta sonda só permanece aberta durante o tempo de infusão da alimentação. A técnica de sondagem se

assemelha com a técnica de sondagem nasogástrica

Sonda Vesical(SV).

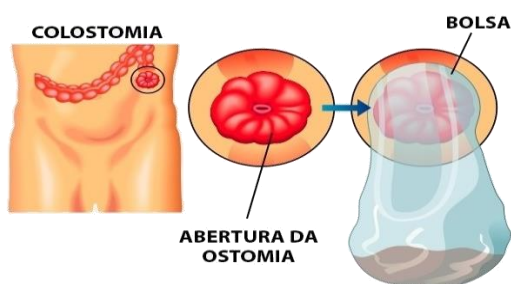
A sondagem vesical é a introdução de uma sonda ou cateter na bexiga, que pode ser realizada através da uretra ou por via supra-púbica, e tem por finalidade a remoção da urina. A técnica também é conhecida como cateterismo vesical, que ajuda a pacientes que devido a obstruções como dilatação uretral e hipertrofia da próstata, por exemplo, não controlam a saída de urina. O risco de infecção é inerente ao procedimento; a colonização bacteriana ocorre na metade dos pacientes com sonda de demora por duas semanas e praticamente em todos os pacientes após seis semanas de sondagem.



Colostomia



É um procedimento que consiste numa abertura da parede abdominal, para realizar uma ligação do intestino com a pele, permitindo a saída de fezes. E urina. As colostomias nem sempre são permanentes, especialmente em crianças com defeitos congênitos.



Uma colostomia pode ser o resultado de um dos vários procedimentos para corrigir problemas no trato digestivo inferior. Outras "ostomias" incluem ileostomia e urostomia. Uma **ileostomia** é um desvio do fundo do intestino delgado. Uma **urostomia** é um desvio dos tubos que levam a urina para fora da bexiga.

Os tipos de bolsa de colostomia

Cada paciente tem uma necessidade, adaptadas ao estilo

de vida e rotinas, por este motivo existem diferentes modelos de bolsas de colostomia

Bolsa Drenável:

fabricada em material resistente para garantir maior durabilidade e tempo de uso, é o modelo ideal para a maioria dos casos. Conta com uma abertura na qual é possível esvaziar o conteúdo de seu interior.

Bolsa Não drenável:

trata-se de uma bolsa de



colostomia descartável, geralmente encontrada em modelos lacrados, impossibilitando a abertura para limpeza e a reutilização.

Peça única:

contém em um mesmo item tanto a bolsa quanto a sua placa, que tem a função de manter a pele ao redor do estoma protegida. Possui

um valor mais baixo, porém uma durabilidade menor

Duas peças:

mais duráveis que a anterior, esse modelo conta com um coletor plástico à parte, usado para encaixar na placa colada junto ao abdômen. Possibilita a retirada das partes internas da bolsa para higienização, além de



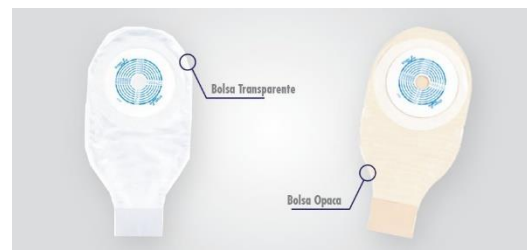
Bolsa Transparente:

é possível ver o conteúdo armazenado pela bolsa, o que facilita para acompanhar o enchimento da bolsa e, também, avaliar o aspecto das fezes (qualquer pequena alteração é percebida já no início).

Bolsa Opaca:

é o modelo ideal para aqueles que preferem que o conteúdo da bolsa não fique visível. O plástico é de cor bege, impedindo o contato

visual com as fezes. Oferecer uma proteção adicional para o estoma.



Quais os cuidados com a higiene?

Existem alguns cuidados básicos, porém de grande importância, que podem auxiliar a rotina de quem precisa administrar o uso da bolsa coletora:

- higienizar a pele ao redor do estoma, com uma gaze com água morna;
- pode-se usar sabonete para retirar os resíduos e desengordurar a pele;
- medir o estoma com uma régua (há régua circular especial para mensurar o estoma) com extrema exatidão;
- encaixar adequadamente a bolsa ao estoma, pressionando bem a placa de resina para que cole muito bem à pele;



Sinais vitais são medidas corporais básicas, essenciais para que nosso corpo funcione bem. Essas medidas devem ser realizadas no atendimento pré-hospitalar, pois servem para estabelecer seus padrões basais, diagnosticar o início de uma possível enfermidade, acompanhar a evolução do paciente e orientar o melhor tratamento ao indivíduo. Os sinais vitais compreendem:

- Temperatura (T)
- Frequência respiratória (FR)
- Frequência cardíaca (BPM)
- Pressão arterial (PA)
- Dor

Frequência Cardíaca

refere-se à quantidade de batidas do coração por minuto, podendo sofrer variação de acordo com a idade, esforço físico ou presença de doença cardíaca.

Idade:	Frequência:
Adultos	60-100 BPM
Crianças	80-120 BPM
Bebês	100-160 BPM

Frequência Respiratória (FR)

A taxa de respiração é o número de respirações que uma pessoa toma por minuto. A taxa é geralmente medida quando uma pessoa está em repouso e simplesmente envolve a contagem do número de respirações por um minuto, contando quantas vezes o peito sobe.

As taxas de respiração normal para uma pessoa adulta em repouso variam de 12 a 16 respirações por minuto

Idade:	Frequência
Adulto	12-20 mRM
Criança	20-25 mRM
Bebês	30-60 mRM

É preciso utilizar as mãos. Então, para avaliar a frequência cardíaca, coloque os dedos indicador e médio na artéria radial, que está localizada na parte interna do pulso, próxima ao polegar, e sinta a pulsação. Caso não seja possível, podemos verificar na artéria carótida, localizada na lateral do pescoço, também utilizando os dois dedos e pressionando. Mas, cuidado para não apertar demais, pois dessa forma poderá prejudicar a medição. Então, pressione apenas o suficiente para sentir o batimento.

Os batimentos devem ser verificados durante um minuto ou por 30 segundos. Geralmente, adultos em condições normais tem entre 60 e 80 batimentos cardíacos por minuto. Para verificar a frequência respiratória observe e conta as movimentações torácicas pressão arterial, medida sempre em duas partes: sistólica e diastólica.

Pressão Arterial (PA)

O valor sistólico corresponde à tensão no momento em que o órgão se contrai e, portanto, é superior ao diastólico. O valor obtido na diástole é mais baixo, pois se refere ao instante de relaxamento do músculo cardíaco. Idealmente, os valores de pressão num paciente adulto ficam entre 120/80 mmHg

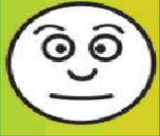

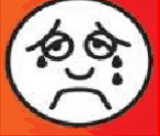
Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤120	≤80
Pré-Hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio1	140-159	90-99
Hipertensão estágio2	160-179	100-109
Hipertensão estágio3	≥180	≥110

Temperatura (T)

Medida por meio de um termômetro, demonstra o resultado entre ganho e perda de calor do corpo para o ambiente.



Estratificação dos sinais vitais/ glicemia/ Saturação de O2 e Dor

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA – MPM (Movimentos por minuto)			
Faixa etária	Verde	Amarelo	Vermelho
Adulto	20 – 24	25 – 34	≥ 35
Criança até a 1 ano	30 – 59	60 – 69	≥ 70
Criança de 1 a 5 anos	20 – 49	50 – 59	≥ 60
Criança > 5 anos	17 – 39	40 – 49	≥ 50
FREQUÊNCIA CARDÍACA – BPM (Batimentos por minutos)			
Faixa etária	Verde	Amarelo	Vermelho
Adulto	100 – 119	120 – 139	≥140 e < 60
Criança até a 1 ano	80 – 160	131 – 179	≥180
Criança de 1 a 5 anos	80 – 110	111 – 129	≥130
Criança > 5 anos	75 – 110	111 – 129	≥130
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA – mm Hg (Milímetros de mercúrio)			
Adulto	140 – 149	150 – 169	≥170 ≤80
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA – mm Hg (Milímetros de mercúrio)			
Adulto	80 – 90	91 – 109	≥110 ≤50
TEMPERATURA AXILAR – ° C (Grau Celsius)			
Adulto/Criança	37,5°C	37,6 – 38,4	≥ 38,5 ≤35
GLICEMIA CAPILAR – mg/dL (Miligramas por decilitros)			
Hiperglicemia	126 – 199	200 – 300	≥ 301
Hipoglicemia	-	70	≤ 50
SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO (Porcentagem)			
Saturação	≥ 96	90 – 95	≤ 90
DOR (Escala numérica/faces)			
Score	2 – 4	5 – 7	> 8
Faces			

Atenção: Qualquer alteração nos parâmetros estratificados, mesmo que avaliados isoladamente, deverá ser respeitada para classificação do **enfermeiro** ou **médico**.

Fluxograma de Rcp

