

C01: AVALIAÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA NAS EMERGÊNCIAS CLÍNICAS
Objetivo: Avaliar a vítima de emergências clínicas de forma padronizada
Frequência: Em todos os atendimentos a agravos clínicos
Executante: Médico, Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem e Conductor Socorrista

A avaliação primária deve ser realizada em todos os atendimentos clínicos com objetivo de identificar e corrigir situações de risco iminente de gravidade e morte, prestando assistência de forma organizada de acordo com as prioridades.

Devemos Iniciar a avaliação checando sempre a responsividade do paciente, e caso esteja não responsivo, checar pulso carotídeo e expansão torácica. Não havendo, iniciar Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) conforme protocolo específico. Havendo pulso e respiração, prosseguir avaliação conforme descrita abaixo.

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA EM ADULTOS

- Avalie a segurança da cena, coloque os EPI's e desça os materiais mínimos necessários (mochila azul e vermelha, DEA e Oxigênio). Obs: Kit parto, se gestante.

A: VIAS AÉREAS

- Avaliar a permeabilidade das vias aéreas e corrigir situações de risco com manobras manuais de abertura (hiperextensão da cabeça e elevação do queixo), uso de cânula orofaríngea, aspiração de secreções, retirada de próteses ou corpo estranho.

B: BOA VENTILAÇÃO E OXIGENAÇÃO

- Avaliar padrão ventilatório, simetria e velocidade da expansão torácica; dificuldade ou esforço respiratório.

- Administrar O₂ a 10L/min em Máscara com reservatório se saturação < 94% e/ou conforme protocolo específico.

- Considerar suporte ventilatório bolsa-válvula-máscara se paciente em Parada respiratória na proporção de 01 ventilação a cada 6 segundos com 15L/min.

C: CIRCULAÇÃO E CONTROLE DE HEMORRAGIAS

- Avaliar sinais de choque, buscar e controlar hemorragias/sangramentos visíveis.

- Pulsos periféricos: Velocidade, ritmo, amplitude e simetria – rápido, fino, arritmico.
- Tempo de reenchimento capilar: < 2segundos.
- Pele: coloração, umidade e temperatura – pálida ou cianótica, sudoreica, pegajosa e fria.
- Se sangramento ativo: considerar compressão direta no local e curativo compressivo. Somente se não controlável, utilizar torniquete, conforme protocolo específico.
- Em adultos, na presença de 02 ou mais Ps alterados (pele, pulso, perfusão ou PAS < 90mmHg), puncionar AVP com 500ml de Ringer Lactato na velocidade de 80 gotas/min e instalar O2 a 10L/min em Máscara com reservatório independente da saturação.

D: DÉFICIT NEUROLÓGICO

- Aplicar a Escala de Coma de Glasgow e realizar avaliação pupilar (fotorreatividade, diâmetro e simetria).
- Avaliar força motora e sensibilidade nos 04 membros e aplicar Cincinatti.

E: EXPOSIÇÃO E CONTROLE DE HIPOTERMIA

- Realizar exposição controlada, direcionada de acordo com a queixa do paciente, observando possíveis lesões, edema, petéquias, hiperemia, equimose, etc.

VÍTIMAS PEDIÁTRICAS:

Seguir a mesma sequência e condutas das vítimas adultas, atentando-se às diferenças a seguir:

A: VIAS AÉREAS

Para garantir uma melhor abertura de via aérea em decúbito dorsal, utilizar coxins nas escápulas. Atentar-se para correta inserção de cânula de guedel – ângulo voltado para baixo. Toda aspiração de via aérea deve ser realizada com cautela (sem movimentação excessiva).

B: BOA VENTILAÇÃO E OXIGENAÇÃO

Administrar O2 a 5L/min em Máscara com reservatório se saturação < 94% e/ou conforme protocolo específico. Se necessário suporte ventilatório com bolsa-válvula-máscara na proporção de 1 ventilação a cada 2 ou 3 segundos, mantendo no dispositivo neonatal 5L/min e no pediátrico 10L/min.

C: CIRCULAÇÃO E CONTROLE DE HEMORRAGIAS

Havendo 02 ou mais Ps alterados, instalar O2 a 5L/min em Máscara com reservatório independente da saturação e comunicar-se com a Central de regulação. O acesso venoso deverá ser solicitado pelo Médico regulador em situações onde o mesmo julgar necessário, informando também qual a solução e a velocidade de infusão desejada.

D: DÉFICIT NEUROLÓGICO

Considerar dificuldade de fala, podendo realizar avaliação da escala AVDI (Alerta, resposta à Voz, resposta à Dor ou Irresponsivo).

E: EXPOSIÇÃO E CONTROLE DE HIPOTERMIA

Atentar-se à hipotermia e buscar sinais de violência.

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Realizar a entrevista SAMPLA (com o paciente, familiares ou terceiros) voltadas para a queixa principal:

- **S:** verificação dos sinais vitais e Sintomas da queixa (detalhamento da queixa: hora de início, características e localização); A glicemia capilar poderá ser realizada de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo específico.
- **A:** história de alergias medicamentosa;
- **M:** medicamentos em uso e/ou tratamentos em curso;
- **P:** passado médico – problemas de saúde ou doença prévia, gestação e histórico gestacional;
- **L:** horário da última ingestão de líquidos ou alimentos;
- **A:** ambiente do evento.

Realizar exame físico direcionado pela queixa, buscando por alterações anatômicas, dores, lesões, edemas, massas palpáveis ou anormalidades (o exame não deve atrasar a passagem de caso ou transferência em pacientes instáveis).

COMUNICAÇÃO COM A REGULAÇÃO MÉDICA

- Relatar os achados em Ficha, passar o caso ao Médico Regulador e seguir orientações.

C16: EMERGÊNCIAS METABÓLICAS (HIPER/HIPOGLICEMIA)

Objetivo: Atender o paciente de forma rápida e eficaz a fim de prevenir complicações

Frequência: Durante atendimento às vítimas com alterações de glicemia.

Executante: Médico, Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem e Condutor Socorrista

HIPERGLICEMIA:

O quadro inicial geralmente apresenta sinais e sintomas semelhantes. Entretanto é fundamental que a equipe os conheça para realizar a conduta adequada. Os sintomas mais comuns são:

- Cansaço, sonolência, náuseas, vômitos, dor abdominal, polidipsia, poliúria.

As complicações agudas mais comuns da hiperglicemia são a **Cetoacidose diabética** (> 250 mg/dl) onde há presença de hálito cetônico e desidratação e **Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico** (> 600 mg/dl) com sinais de desidratação severa.

Alguns sinais e sintomas são indicadores de gravidade: Alteração do nível de consciência (rebaixamento ou agitação), Alterações respiratórias, convulsão e sinais de choque.

HIPOGLICEMIA:

Em pacientes com baixos níveis de glicose sanguínea, o quadro inicial geralmente apresenta: tremores, sudorese, palidez cutânea, taquicardia, tonturas, cefaléia, fraqueza, parestesias, distúrbios visuais ou alteração do nível de consciência (convulsão e coma).

CONDUTAS GERAIS:

- Realizar avaliação primária e secundária clínica:
- **A:** Manter via aérea pérvia.
- **B:** Se saturação < 94% ofertar O2 em máscara com reservatório a 10L/min.
- **C:** Atentar-se aos sinais de choque.
- **D:** avaliar déficit neurológico e alterações pupilares.
- **E:** Evitar hipotermia.

SAMPLA: Realizar glicemia capilar, conforme P05– (somente se paciente apresentar sinais e sintomas acima citados).

- **SE GLICEMIA CAPILAR > 250MG/DL:** puncionar acesso venoso periférico e instalar Ringer Lactato 500 ml 80gts/min. (gota a gota), comunicar-se com a regulação médica e aguardar conduta.

- **SE GLICEMIA CAPILAR < 70MG/DL:** puncionar acesso venoso periférico e instalar SG 5% 250 ml aberto, comunicar-se com a regulação Médica e aguardar conduta, pois apenas o médico regulador poderá prescrever Glicose 50% ou 25% pelo rádio ou telefone.
- Anotar em ficha de atendimento o nome do médico prescritor, assim como a quantidade de ampolas e a concentração prescrita.
- A glicemia capilar só deverá ser repetida por solicitação do Médico regulador.

VÍTIMAS PEDIÁTRICAS:

- Diante de sinais e sintomas acima citados, realizar a glicemia capilar e reportar à central de regulação o resultado, seguindo orientações, pois a punção venosa deverá ser indicada pelo Médico regulador.

T01: AVALIAÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA NO TRAUMA
Objetivo: Avaliar a vítima de forma padronizada
Frequência: Todos os atendimentos de trauma ou suspeitos
Executante: Médico, Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem e Condutor Socorrista

A avaliação primária deve ser realizada em todos os atendimentos clínicos pois visa identificar e corrigir situações de risco iminente de gravidade e morte, prestando assistência de forma organizada de acordo com as prioridades.

Devemos Iniciar a avaliação checando sempre a responsividade do paciente. Se paciente não responsivo, checar pulso carotídeo e expansão torácica e caso esteja ausente, iniciar Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP). Havendo pulso e respiração, prosseguir avaliação conforme descrita abaixo.

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

- Garantir a segurança do local e fazer uso de EPIs.

X – CONTROLE DE HEMORRAGIAS EXSANGUINANTES:

A abordagem da vítima deverá ser realizada pelo lado em que a mesma estiver olhando, garantindo a estabilização manual da coluna cervical. Identifique-se e avalie a responsividade do paciente.

Caso o paciente não responda, inicie protocolo de RCP.

Estando responsivo, um socorrista assume a cervical e inicia avaliação da letra A, enquanto o outro realiza o controle da hemorragia exsanguinante – sangramentos de grande importância como arteriais ou venosos de grande calibre.

Caso seja necessário e possível de ser instalado, o torniquete poderá ser utilizado como primeira opção na letra X, seguindo orientações do protocolo específico.

A – ABERTURA DE VIAS ÁREAS COM CONTROLE DE COLUNA CERVICAL:

Estando a coluna cervical com estabilização manual, o segundo socorrista deverá então espalmar as duas mãos na altura da orelha e realizar leve tração e alinhamento da coluna cervical. Não continuar o movimento se presença de dor intensa, crepitação cervical, queixa de formigamento, perda de sensibilidade durante o movimento ou se houver resistência ao mesmo;

Colocar colar cervical de tamanho adequado para o paciente (infantil, PP, P, M, G), medindo do ângulo da mandíbula até o trapézio com os dedos da mão e na parte rígida do colar, conforme imagem abaixo.

Para paciente com respiração ruidosa, fala rouca ou hiporresponsivos, inspecionar cavidade oral em busca de obstrução (retirando próteses, restos alimentares, sangue e secreção): aspirar com bico rígido ou utilizar pinça Magyl se necessário;

O socorrista poderá realizar manobras manuais ou técnicas para abertura de vias aéreas (sem hiperextender o pescoço) como Tração do Mento ou Elevação da mandíbula;

Considerar o uso de cânula orofaríngea (Guedel) em pacientes inconscientes.



B – BOA RESPIRAÇÃO E OXIGENAÇÃO

Avaliar a respiração: expansibilidade torácica, simetria e frequência;

Palpar o tórax em busca de lesões, crepitações ou enfisemas – se necessário realizar curativo de 3 pontos;

Instalar oxímetro de pulso e avaliar a Saturação de Oxigênio;

Instalar oxigênio sob máscara com reservatório à 10L/min se: Sat.O2 < 94% ou se paciente apresentar sinais de instabilidade respiratória: bradipneia, dispneia, taquipneia, assimetria na expansão torácica, presença de crepitação ou enfisema subcutâneo.

C- CIRCULAÇÃO E CONTROLE DE HEMORRAGIA

Avaliar os 3 “Ps” em busca de sinais de choque:

- **Pele:** coloração, temperatura e umidade – pálida ou cianótica, fria, pegajosa e úmida;
- **Pulso:** ritmo, frequência e amplitude – fino, rápido e arritmico;
- **Perfusão capilar:** tempo de reenchimento > 2 segundos;

Controlar hemorragia:

- Em caso de hemorragias externas, utilizar a sequência de técnicas para controle:

1º compressão direta em lesão, 2º curativo compressivo e 3º após comunicar a central de regulação e ter autorização, utilizar o torniquete. O Torniquete pode ser utilizado como primeiro recurso em casos de hemorragias exsanguinantes.

- Buscar hemorragias internas: Pelve, Femur e Abdome: em caso de instabilidade pélvica ou fratura de femur, realizar estabilização imediata;

- Reavaliar as técnicas de controle realizadas no X.

Após controle de hemorragias, na presença de O₂ ou mais Ps alterados - pele, pulso, perfusão ou PAS < 90mmHg), puncionar AVP com 500ml de Ringer Lactato aberto e instalar O₂ a 10L/min em Máscara com reservatório independente da saturação.

D – ESTADO NEUROLÓGICO

Avaliar as pupilas:

- **Simetria:** isocória ou anisocória
- **Reação à luz:** fotorreagentes ou não reagentes;
- **Tamanho:** miose ou midríase

Aplicar Escala de Coma de Glasgow;

A avaliação neurológica pediátrica também pode ser baseada em Escala de Coma de Glasgow específica ou em Escala de Resposta Pediátrica AVDN:

A: Alerta;

V: Responde aos estímulos Verbais;

D: responder aos estímulos Dolorosos;

N: Não responder a estímulos.

E – EXPOSIÇÃO E CONTROLE DE HIPOTERMIA

A exposição deverá ocorrer preferencialmente no interior da viatura, expondo o que for necessário, preservando assim a intimidade da vítima;

Expor no local, apenas regiões essenciais para a avaliação primária;

Cuidados com hipotermia: aquecer o paciente com cobertor e manta aluminizada;

Realizar imobilização de lesões ósteo-articulares identificadas durante a avaliação da vítima antes do pranchamento, caso a vítima esteja estável.

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Avaliar condição da vítima após avaliação inicial e iniciar busca por lesões que possam ter passado despercebidas.

- Realizar avaliação da vítima no interior da viatura, iniciando pela avaliação dos sinais vitais: FC, FR, PA, Saturação de Oxigênio, temperatura e reavaliar nível de consciência;
- Neste momento, determinar se Vítima está estável ou Instável. Se instável, passar o caso e aguardar a conduta, realizando a Avaliação secundária de forma reduzida, durante o trajeto até a referência;
- Durante a realização da Avaliação Secundária, se encontrada lesão grave ou paciente apresentar agravamento/instabilidade do quadro, passar o caso e aguardar a conduta, realizando o restante da avaliação durante o trajeto até a referência.

Entrevista **SAMPLA**:

S: Sinais e sintomas associados

A: alergia medicamentosa

M: medicamentos de uso regular ou tratamentos

P: passado médico e antecedentes cirúrgicos

L: líquidos e alimentos ingeridos (último horário)

A: ambiente e evento que levaram ao trauma

- Proceder ao exame físico minucioso direcionado às queixas e considerando a cinemática do trauma:

CABEÇA/FACE: Ferimentos ou deformidades; Crepitação óssea; Hemorragias; Lesões penetrantes; Secreção ou sangue pela boca, nariz e/ou ouvidos; Dentes quebrados, próteses dentárias.

PESCOÇO: Ferimentos ou deformidades; Resistência ou dor ao movimento; Crepitação óssea; Enfisema subcutâneo; Distensão jugular. (Valorizar dor em região cervical!)

TÓRAX ANTERIOR E POSTERIOR: Ferimentos e deformidades; Respiração difícil; Dispneia, taquidispneia, bradipneia; Afundamento;

- Abaulamento; Dor torácica; Hematomas, equimoses; Alteração de expansibilidade; Crepitação óssea; Enfisema subcutâneo; Ferimento aberto; Simetria.

ABDOMEN: Ferimentos (contusões, escoriações, etc); Dor a palpação; Rigidez; Objeto encravado.

PELVE: Ferimentos ou deformidades; Dor a palpação; Crepitação óssea; Hematomas.

EXTREMIDADES INFERIORES E SUPERIORES:

- Ferimentos ou deformidades;
- Pulso distal: extremidades superiores – artéria radial; extremidades inferiores – artéria pediosa;

- Avaliar a força muscular: lesão de nervos ou músculos;
- Perfusão capilar: lesão arterial ou sinais de choque;
- Temperatura e coloração da pele: lesão vascular.

PERÍNEO/RETO/VAGINA: Avaliar lesões aparentes e sangramentos;

- Passar o caso e aguardar a conduta.

TRAUMA ISOLADO: Iniciar protocolo de trauma conforme descrito acima e solicitar conduta da regulação para decidir pela colocação de colar e prancha, ou não.

T08: AVALIAÇÃO PRIMÁRIA NO TRAUMA EM POPULAÇÕES ESPECIAIS: IDOSO, CRIANÇA E GESTANTE

Objetivo: Realizar assistência às populações especiais quando vítima de trauma

Frequência: Em todos os atendimentos de trauma a idoso, gestante e criança

Executante: Médico, Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem e Conductor Socorrista
--

GESTANTE:

No trauma em gestante, devemos pensar nas possíveis lesões associadas de acordo com a biomecânica do trauma: Rotura uterina, Descolamento de placenta, Ferimentos penetrantes (ferimento por arma branca ou por projétil de arma de fogo), Lesão pelo cinto de segurança (crista ilíaca) além de suspeitar entre Eclâmpsia e TCE.

Realizar avaliação primária, considerando as peculiaridades:

X: Mesma abordagem.

A: Tempo de esvaziamento gástrico é aumentado gerando risco maior de vômitos e broncoaspiração.

B: Maior sensação de dispneia, FR aumentada e maior necessidade de O₂ precoce. Instalar precocemente O₂ sob máscara com reservatório à 10L/min se saturação de oxigênio menor que 94%.

C: Maior quantidade de volume sanguíneo que dificultam o aparecimento de sinais precoces de choque. Após a 30ª semana de gestação, a sínfise púbica e as articulações sacroilíacas se encontram afastadas e devem ser levadas em consideração antes da hipótese de fratura de bacia óssea..

D: Atentar-se para Crise convulsiva: Eclâmpsia x TCE?.

E: Exposição e controle de temperatura – cuidados com a privacidade da vítima.

F: Feto: avaliação de sangramento vaginal ou perda de líquido amniótico, leve palpação abdominal para identificar dor, contrações e movimentação fetal.

- Realizar avaliação secundária do trauma, conforme POP-T01, considerando as informações obstétricas como: Idade gestacional, Gestações, partos e Abortos prévios, local de acompanhamento de Pré Natal e riscos;

- Se gestante com idade gestacional maior que 20 semanas ou com altura uterina volumosa, deslocar útero para esquerda: a- elevar o lado direito da prancha com um cobertor enrolado abaixo da prancha; b- Elevando o MID contra o útero se não houver contraindicação; c- Deslocamento manual do útero. Essas medidas favorecem o retorno venoso (circulação e descompressão da veia cava)
- Passar o caso para o médico regulador e informar a cinemática do trauma (troca importante de energia, local de impacto, possível trauma abdominal) e Transportar para o hospital referenciado.

IDOSO:

O Trauma em idosos merece especial atenção aos mecanismos de trauma, uma vez que biomecânicas simples podem causar sérias lesões.

Realizar avaliação primária, considerando as peculiaridades:

X: Mesma abordagem, porém lembrando que o idoso tem menor capacidade de compensar o choque, tornando a perda ainda mais grave.

A: uso de próteses podem causar risco maior de obstrução e via aérea. Alterações anatômicas da coluna podem dificultar o controle da coluna: utilizar coxins para realizar correto apoio e imobilização cervical abaixo da região occipital.

B: Menor captação de O₂ e doenças prévias podem dificultar a determinação da oximetria. Seguir mesmo protocolo e passar o caso, aguardando orientação de ajuste. Dificuldade respiratória deve ser valorizada, uma vez que a fadiga muscular acontece muito mais rápido em idosos, levando a insuficiência respiratória.

C: Perfusão periférica aumentada, doenças prévia que alteram FC e Pressão arterial (Hipertensão, uso de marcapasso) que dificultam o aparecimento de sinais precoces de choque.

D: Atentar-se para condições prévias e diminuição de acuidade visual e auditiva. Catarata atrapalha a avaliação pupilar.

E: Exposição e controle de temperatura – cuidados com hipotermia pois há menor quantidade de gordura corporal.

- Realizar avaliação secundária do trauma, conforme POP-T01, considerando informações de familiares e conhecidos quando o paciente não puder fornecer;

- Imobilização em prancha deve ser com apoio em proeminências ósseas e respeitando alterações de anatomia em coluna. Sempre elevar a cabeceira da maca, deixando a prancha elevada quando houver problemas cardíacos associados.

- Passar o caso para o médico regulador e Transportar para o hospital referenciado.

CRIANÇA:

A criança frequentemente apresenta-se amedrontada, ansiosa, chorosa e/ou agitada. A equipe deve tentar acalmar e conquistar a confiança, e quando possível, avaliá-la próximo a um familiar.

Realizar avaliação primária, considerando as peculiaridades:

X: Mesma abordagem, porém lembrando que a criança tem menor capacidade de compensar o choque, tornando a perda ainda mais grave. Iniciar controle de hemorragias pela Compressão manual direta e a aplicação de torniquete deve ser escolhida somente se a compressão não resolver.

A: Língua e cabeça proporcionalmente maiores facilitam a obstrução da via aérea quando em decúbito dorsal, utilizar coxins (2 a 3 cm) da escápula ao final do tronco para realizar imobilização cervical sem prejuízo de via aérea. Palato não formado completamente exige técnica de inserção da cânula orofaríngea sem rotação, usando abaixador de língua.

B: FR mais alta de acordo com a idade. Menor capacidade compensatória leva a insuficiência respiratória mais rápido. Perceber sinais como: taquipneia, esforço respiratório (balanço da cabeça, batimento de asa nasal e uso de musculatura acessória) e **fornecer O2 em máscara com reservatório a 5l/min.** se saturação menor que 94% ou independente da saturação se: Trauma com sinais de instabilidade respiratória, O2 ou mais Sinais de Choque ou Queimadura de Vias Aéreas. Se necessário ventilações de resgate, utilizar a BVM de acordo com o tamanho da vítima na proporção de 1 ventilação a cada 2 ou 3 segundos com O2 (10l/min pediátrico / 5l/min neonatal).

C: Sinais de choque são de difícil percepção: atentar para taquicardia, perfusão periférica e coloração/temperatura da pele. Na presença de 2 ou mais sinais de choque, instalar **O2 em máscara com reservatório a 5l/min. independente da saturação** e comunicar a regulação para aguardar autorização para AVP e Reposição volêmica.

D: Considerar dificuldade de fala e realizar avaliação da escala AVDI ou Glasgow e pupilas.

E: Exposição e controle de temperatura – cuidados com hipotermia pois há menor quantidade de gordura corporal.

- Realizar avaliação secundária do trauma, conforme protocolo específico, considerando informações de familiares e conhecidos;
- Imobilização em prancha deve ser com apoio de 2 a 3cm da região escapular até final de tronco.
- Passar o caso para o médico regulador e Transportar para o hospital referenciado.