



Centro Municipal da Saúde Dr. Adalberto Otto - CEMUSA

Protocolo

MPES – MESTRADO PROFISSIONAL DE ENSINO EM SAÚDE / UFF

MESTRANDO: JOSÉ EDUARDO DA COSTA GIRCYS

**ABORDAGEM INICIAL DE URGÊNCIA A ADULTOS COM REDUÇÃO DE NÍVEL
DE CONSCIÊNCIA NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA**

GUIA PRÁTICO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Sumário

Introdução

A- Etapas de execução do **protocolo** de atendimento :

- 1-Identificação do paciente com nível de consciência reduzido;
- 2- Avaliação clínica do paciente;
- 3- Considerações especiais de avaliação.

B-Etapas do processo de **avaliação** clínica do paciente:

- 1-Avaliar nível de consciência;
- 2- Desobstruir vias aéreas;
- 3-Avaliar a respiração;

- 4-Avaliar a circulação;
- 5-Estabilizar a coluna vertebral, em caso de trauma;
- 6-Reposição volêmica;
- 7-Verificar sinais vitais, inclusive temperatura corporal;
- 8-Determinar a glicemia capilar;
- 9-Monitorar com oximetria de pulso;
- 10-Registrar traçado eletrocardiograma;
- 11-Efetuar cateterismo vesical de vítimas inconscientes

C- Medidas executadas na **evidência** de parada cardíaco-respiratória:

- 1-Executar massagem cardíaca externa;
- 2- Executar ventilação.

Breve introdução

A proposta de elaboração e adequação deste procedimento operacional padrão em uma unidade de Atenção Secundária (CEMUSA), visa atender às necessidades do profissional de saúde do Posto, referentes ao conhecimento e entendimento prático na abordagem de pacientes adultos que ao serem designados para atendimento ambulatorial local, apresentem quadro clínico de rebaixamento de nível de consciência, podendo corresponder a uma urgência, ou até mesmo evoluam para uma emergência médica. Desta forma, a sistematização e a organização prática assistencial propicia menor risco de morte e melhora a qualidade de assistência ao usuário, ampliando o acolhimento, em situação de excepcionalidade.

Através da prática da Educação Permanente com profissionais de saúde deste Posto, foi possível discutir o processo de trabalho, sendo identificado uma situação-problema envolvendo paciente com risco potencial de complicações, decorrentes de queda de nível de consciência, justificando desta forma, a elaboração deste procedimento operacional padrão, adequado à realidade local, as condições do Posto de Saúde, e tendo em vista a baixa complexidade existente nesta unidade.

Esta pesquisa foi inicialmente desenvolvida, e submetida à aprovação do CEP - Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal Fluminense, em concordância com a Secretaria de Saúde do município de Teresópolis, tendo como proposta de produto do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde na Universidade Federal Fluminense, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Paulo Fonseca Corvino, e elaboração mediante participação de profissionais de saúde do Posto Cemusa.

Este protocolo deverá ser atualizado anualmente, ou sempre que se fizer necessário, assim como os profissionais de saúde do Posto deverão ser submetidos a treinamento teórico-prático periódico.

Metodologia

Local de aplicação: CEMUSA (Centro Municipal de Saúde), localizado no bairro de São Pedro no município de Teresópolis

Responsáveis pela execução deste procedimento: Vigilante do Posto; Recepcionista; Profissionais de Saúde (Técnico de Enfermagem; Enfermeiro(a); Médico (a))

Responsável pela elaboração do Protocolo: Profissionais de Saúde do CEMUSA

Materiais envolvidos no procedimento: aparelho de aferição de pressão arterial; aparelho de aferição de glicemia capilar; colar cervical; maca para avaliação clínica; aparelho de eletrocardiograma; oxímetro de pulso; prancha de imobilização e transporte; máscara para suporte de oxigênio; cilindro oxigênio; cânula de Guedel; cateter vesical.

A-ETAPAS DE EXECUÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE COM NÍVEL DE CONSCIÊNCIA REDUZIDO

A abordagem ao paciente admitido com constatação de nível de consciência reduzido, deverá ser realizada neste primeiro momento, tornando-se indispensável o reconhecimento desta condição clínica pelo profissional pertencente a este Posto, podendo ser executado desde o vigilante, mediante treinamento prévio, assim como ele pode assegurar medidas de segurança local para o atendimento da vítima e dos profissionais de saúde durante o incidente.

Imediatamente, poderá ser delegado ao recepcionista da unidade, comunicar aos profissionais de saúde presentes naquele momento na unidade (Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro(a) e médico(a)), a provável condição de urgência, para identificação da situação clínica do paciente e direcionamento do atendimento. Ao recepcionista poderá ser autorizado e responsabilizado, após o atendimento inicial, contactar o serviço de ambulância móvel do SPA – Serviço de Pronto Atendimento (Dr.Eithel Abdalla) para transferência à unidade hospitalar de referência, além do SAMU, da Região Serrana / SES RJ.

Na área da saúde, as palavras **Urgência e Emergência** são parecidas, mas possuem conceitos diferentes. A principal diferença entre esses dois estados é que Emergência apresenta ameaça imediata para a vida do paciente, pois a situação implica em um risco iminente de morte, enquanto a Urgência é uma ameaça em um futuro próximo, que pode vir a se tornar uma emergência se não for solucionada. O paciente não apresenta risco de morte eminente, mas que pode evoluir para complicações mais graves, sendo necessário o encaminhamento para o plantão hospitalar.

2- AVALIAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE: (TÉCNICO DE ENFERMAGEM; ENFERMEIRO (A); MÉDICO (A))

Nesta primeira abordagem, torna-se necessário a atuação mínima de 4 agentes de saúde.

OBS: Na ausência de médico(a) na unidade, este procedimento de atendimento poderá ser executado pelo Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

3-CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO: **Coma** é o estado de falta de responsividade total ou quase total, no qual não é possível induzir uma ação do paciente dotada de propósito. **Estupor** é um estado de redução da vigília no qual é possível obter uma resposta do paciente aos estímulos vigorosos. **Letargia** é um estado no qual a vigília está diminuída mas é mantida apenas com estimulação leve.

B-ETAPAS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE-PROFISSIONAL DE SAÚDE

1. AVALIAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA – Utilizar escala de Glasgow.

Escala de Coma de Glasgow		
Parâmetro	Resposta obtida	Pontuação
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ao estímulo sonoro	3
	Ao estímulo de pressão	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Verbaliza palavras soltas	3
	Verbaliza sons	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza estímulo	5
	Flexão normal	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
Trauma leve	Trauma moderado	Trauma grave
13-15	9-12	3-8
Reatividade pupilar		
Inexistente	Unilateral	Bilateral
-2	-1	0

Primeiro faz-se a avaliação da escala normalmente, levando em conta a resposta de abertura ocular, de fala e de movimentação, somando pontos de acordo com a resposta. Após isso, faz-se a avaliação da reatividade pupilar com estímulo luminoso: se ambas as pupilas estiverem fotorreagentes, não se altera o somatório da escala já feito pelos passos acima; se somente uma das pupilas não estiver reagente, subtrai-se 1 ponto da escala; e se nenhuma das 2 pupilas estiverem reagentes, subtrai-se 2 pontos da escala. Assim, a não reação da pupila indica uma maior gravidade e pior prognóstico.

2- DESOBSTRUIR VIAS AÉREAS. Se o paciente apresentar respiração espontânea utilizar manobra manual de abertura observando cuidados com a coluna cervical caso indicado (possibilidade de trauma). Avaliar possibilidade de uso de colar cervical. Manter a permeabilidade da via aérea com cânula orofaríngea.

3- AVALIAR A RESPIRAÇÃO. Administrar oxigênio 10 a 15 litros por minuto através de máscara com reservatório em pacientes apresentando respiração adequada.

4- AVALIAR A CIRCULAÇÃO. Avaliar a circulação, sendo aferida a pressão arterial.

5- ESTABILIZAR A COLUNA VERTEBRAL, EM CASO DE TRAUMA. Proceder a imobilização do paciente em prancha para transporte à sala de estabilização.

6- REPOSIÇÃO VOLÊMICA. Inserir cateter em veia periférica calibrosa em extremidade superior. Iniciar infusão de solução cristalóide (Soro fisiológico a 0,9%) para manter veia (7 gotas por minuto).

7- VERIFICAR SINAIS VITAIS, INCLUSIVE TEMPERATURA CORPORAL. Aquecer passivamente pacientes hipotérmicos com cobertores. Resfriar pacientes apresentando hipertermia (utilizar compressas geladas em extremidades, região axilar e femoral)

8- DETERMINAR A GLICEMIA CAPILAR. Administrar glicose caso a glicemia capilar se encontre abaixo de 60 mg% ou na impossibilidade de se dosar a glicemia capilar, administrar 40 ml de solução glicosada a 25%.

9- MONITORAR COM OXÍMETRO DE PULSO.

10-REGISTRAR TRAÇADO DE ELETROCARDIOGRAMA.

11-EFETUAR CATETERISMO VESIVAL DE VÍTIMAS INCONSCIENTES.

ATENÇÃO: Após a avaliação inicial do nível de consciência pelo profissional de saúde, e mediante a constatação ao exame físico de ausência de pulso central (femoral e carotídeo), considerar a existência de PARADA RESPIRATÓRIA com provável evolução para PARADA CÁRDIO-RESPIRATÓRIA. Obter neste momento registro eletrocardiográfico para confirmação de traçado isoeletrico (ausência de onda de pulso).

OBS: A constatação do óbito, deverá ser efetuada pelo médico da Unidade, ou na ausência por substituto, após comunicação à Secretaria de Saúde.

C - MEDIDAS EXECUTADAS NA EVIDÊNCIA DE PARADA CÁRDIO-RESPIRATÓRIA :

**1- EXECUTAR MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA (PROFISSIONAL DE SAÚDE)
– DIVISÃO DE**

TAREFAS: Imediatamente, deve ser procedido de forma organizada e sistemática, pelos profissionais de saúde, manobras de ressuscitação cárdio-pulmonar, obedecendo os critérios a seguir:

DEFINIÇÃO DE PROFISSIONAL DA SAÚDE PARA EXCLUSIVAMENTE INICIAR MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA OU COMPRESSÃO TORÁCICA - 100 A 120 COMPRESSÕES POR MINUTO.

É o método efetivo de ressuscitação cárdica que consiste em aplicações rítmicas de pressões sobre o terço inferior do esterno. O aumento generalizado da pressão no interior do tórax e a compressão do coração fazem com que o sangue circule. Neste caso, as compressões devem ser feitas com o corpo inclinado ao da pessoa em parada cárdica. E então, colocar uma mão sobre a outra e, com o calcanhar da mão e o braço estendido, iniciar a compressão na linha entre os mamilos. A velocidade de compressão é de 100 a 120 compressões por minuto até uma profundidade de, pelo menos, (5cm) para um adulto médio, evitando excesso na profundidade das compressões torácicas (6cm), podendo desta forma ocasionar lesões, como fratura de arcos costais.

2. EXECUTAR VENTILAÇÃO (BOLSA RESERVATÓRIA DE OXIGÊNIO-MÁSCARA) – PROFISSIONAL DE SAÚDE

DEFINIR PROFISSIONAL VISANDO A MANUTENÇÃO E A PERMEABILIDADE DAS VIAS AÉREAS – VENTILAÇÃO EXECUTADA A CADA 6 SEGUNDOS (10 INCURSÕES POR MINUTO). Paralelamente ao início da massagem cárdica contínua, deve ser direcionado a outro agente da saúde envolvido no atendimento, a manutenção e a permeabilidade das vias aéreas. Neste caso, a ventilação (bolsa reservatória de oxigênio-máscara), acoplado a fonte de oxigênio, deverá ser executada a cada 6 segundos (cerca de 10 incursões por minuto), sem interromper as compressões, mesmo que não haja via aérea avançada (ventilação mecânica).

OBS 1: A administração de drogas vasoativas (noradrenalina), e/ou antiarrítmicas (lidocaína; amiodarona), assim como fármacos necessários de administração endovenosa, somente será permitido sob supervisão do médico do Posto de Saúde.

O carrinho de emergência (carro de parada), é uma estrutura móvel, composta por gavetas providas com materiais, medicamentos, fármacos e equipamentos necessários, em situações de urgências, médicas, socorros imediatos, principalmente em casos de reanimação cardiorrespiratória, devendo estar presente em unidades ambulatoriais.

Cuidados com o Carrinho de Emergência

- Mantê-lo sempre organizado de maneira ordenada, reposto e a equipe deve está familiarizada;
- Excesso de material que dificulte a localização deve ser retirado;
- Ao lado do carrinho deve está a tábua de reanimação;
- Critérios de identificação podem ser: ordem alfabética (mais indicado), numérica crescente ou padronização por cores de diferentes contrastes;
- **Gavetas** com chaves soam contraindicadas, com exceção a guarda dos psicotróficos;
- O local onde fica o carrinho deve ser de fácil acesso, sem obstáculos no caminho para sua locomoção.
- Deve ser revisado por enfermeiros diariamente e após cada utilização.
- Toda equipe de **enfermagem** e médica deve ter reconhecimento de cada material armazenado;
- **Medicamentos** e materiais com prazo de validade a vencer até 3 meses deverão ser substituídos.

Existe controvérsia se o responsável pelo carrinho é o farmacêutico, porém na maioria das Instituições são enfermeiros.

OBS 2: Em caso de falha em tentativa de ventilação utilizando bolsa reservatória, ou ventilação ineficiente, utilizar a máscara laríngea.

A Máscara Laríngea (ML) é um dispositivo desenvolvido para o manuseio supraglótico das vias aéreas, podendo ser considerado como funcionalmente intermediário entre a máscara

facial e o tubo traqueal., dispensando o uso de laringoscópio, ou instrumentos especiais para sua inserção.

Novas diretrizes da American Heart Association (AHA):

No Suporte Básico da Vida (BLS) em adultos, a ML é recomendada como uma alternativa ao sistema bolsa-válvula-máscara facial e é considerada a primeira escolha para assegurar via aérea para reanimadores que não estão treinados para intubação traqueal. No Suporte Avançado da Vida em adultos (ACLS), a ML é recomendada como um dispositivo Classe IIb, definida como intervenção aceitável e possivelmente útil, sendo uma indicação nos casos de intubação traqueal difícil.

Restrições ao uso da ML:

- 1) Pacientes com maior risco de regurgitarem: pacientes que não estejam em jejum; hérnia de hiato, obstrução intestinal; obesidade extrema ou mórbida; grávidas com mais de 14 semanas; poli-traumatizados (estômago cheio);
- 2) Baixa complacência pulmonar ou alta resistência à ventilação (fibrose, DPOC, obesidade mórbida, broncoespasmo, edema pulmonar, trauma torácico, etc.);
- 3) Impossibilidade de extensão cervical ou abertura da boca mais de 1,5 cm, tornando difícil a progressão da ML para a hipofaringe; (espondilite anquilosante, artrite reumatóide intensa, instabilidade da coluna cervical, etc.).

OBS 3:

Estas manobras devem ser mantidas de forma contínua, devendo haver rodízio a cada 2 min. na execução destas tarefas, visando a manutenção efetiva do procedimento, até a chegada do serviço de ambulância móvel do município (SPA – Dr. Eithel Abdalla) ou do SAMU, sendo o paciente transferido para unidade hospitalar mediante contato já realizado pelo recepcionista do Posto de Saúde.

Referências:

-AMERICAN COLLEGE OF SURGIONS COMMITTEE ON TRAUMA . Advanced Trauma Life Support – ATLS. 10 ed. , 2018.

-ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA: REVISÃO INTEGRATIVA. Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(4):1225-33, abr., 2013

-Distúrbios da Consciência Humana – Parte 2 de 3: A Abordagem dos Enfermos em Coma. Rev Neurocienc 2012;20(4):576-583.

-[Suporte Básico de Vida \(BLS\): Novas Diretrizes 2015 | IBSP ...](#)

https://www.segurancadopaciente.com.br/central_conteudo/suporte-basico...

-Rebaixamento de nível de consciência.

[https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1331558615Cap_2 pag. 21 a 24](https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1331558615Cap_2_pag.21_a_24)