



Avaliação Primária e Secundária

- INSTRUTOR: 1º TEN QOBMEC **GUSTAVO**
- INSTRUTOR: ST QPBMEC **AGENALDO**





OBJETIVOS

1. Avaliar a Cena;
2. Estabelecer prioridades de atendimento durante a avaliação da cena;
3. Definir Análise Primária;
4. Executar todos os passos do Exame primário;
5. Efetuar a avaliação neurológica;



OBJETIVOS

(continuação)

6. Iniciar padrões de Assistência Pré-hospitalar de Transporte Imediato;

7. Realizar o SAMPLA;

8. Executar o exame físico detalhado;

9. Identificar alterações que indiquem traumas ou emergências médicas a serem tratadas.



1. AVALIAÇÃO DA CENA

- A avaliação tem início antes da chegada dos socorristas ao local do incidente;
- É um exercício mental e uma rápida apreciação dos diferentes fatores que podem estar relacionados com o próprio acidente;
- Captação de informações da cena (quantas vítimas, situação, estado da vítima);
- A equipe, já em deslocamento, discute possíveis ações de emergência que poderá desenvolver ao chegar no local.



AValiação DA CENA

- Avaliação da cena: impressão geral da situação e segurança, causas e resultados do incidente, familiares e populares;
- O socorrista deve avaliar se há necessidade de apoio ou recursos adicionais no local;
- A avaliação deve ser feita inicialmente, sendo reavaliada sempre que possível, ela é contínua;
- Os problemas identificados na avaliação devem ser sanados antes do atendimento à vítima.

COMPONENTES DA AVALIAÇÃO DA CENA

SEGURANÇA DA CENA

- Segurança da equipe e da vítima;
- Fogo, eletricidade, trânsito, ambiente, materiais perigosos e fluídos orgânicos, armas de fogo ou branca, agressor no local.

SITUAÇÃO DA CENA

- O que aconteceu na cena, por quê?
- Porque acionaram ajuda, quem Solicitou?
- Qual o mecanismo do trauma?
- Quantas vítimas, necessita de apoio adicional?
- Trauma resultante de emergência clinica?

AVALIAÇÃO DA CENA



A maioria dos acidentes envolvendo equipes de socorros está relacionada com veículos;

Muitos socorristas feridos ou mortos, estavam trabalhando na cena no incidente.

AVALIAÇÃO DA CENA

PERGUNTAS DA CENA



- Cena está segura?
- Qual o mecanismo do evento?
- Número de vítimas?
- Necessita de equipamentos?
- Necessita de apoio adicional?



2. PRIORIDADES NA AVALIAÇÃO DA CENA

- 1. Avaliação da Cena;**
- 2. Reconhecer incidente com múltiplas vítimas, se vítimas em massa, muda-se a prioridade, ao invés de destinar todos os recursos à vítima mais grave, inicia o salvamento do maior numero de vítimas possível;**
- 3. Avaliação da vítima.**



AValiação DA CENA





AVALIAÇÃO DA VÍTIMA

- As decisões de tratamento e de transporte da vítima, são baseadas na avaliação;
- O primeiro objetivo na avaliação é determinar a condição “atual” da vítima ➡ desenvolvendo uma impressão geral sobre seu estado e...



TRIÂNGULO DE SOBREVIVÊNCIA

- Se identificadas condições que coloquem a vida em risco, iniciam-se a intervenção e reanimação;
- As etapas devem ser realizadas de forma rápida e eficiente;
- A vítima grave não deve permanecer na cena, além do tempo necessário;
- Transporte rápido para tratamento cirúrgico definitivo;
- Período de ouro – quanto mais tempo na cena, maior a possibilidade de perda sanguínea e morte.

PENSAMENTO CRÍTICO

PERÍODO DOURADO



- Dr. Adams Cowley, 1960 – “Hora de ouro”: vítima com lesão grave tem menos de 60 minutos para sobreviver, pode morrer depois de duas a três semanas.
- Período de ouro – depende da lesão e da resposta do paciente (ferimento no coração/ hemorragia interna).
- Os objetivos devem ser: acesso ao paciente, identificação e tratamento dos ferimentos fatais e transporte rápido à Unidade Médica de referência.
- Três maiores causas de mortes em vítimas de trauma: 1º Perda aguda de sangue maciço; 2º Lesão em órgãos vitais; 3º Obstrução de vias aéreas.

PRINCÍPIOS X PREFERÊNCIAS

- Princípio definem as ações de cuidados para otimizar a sobrevivência e o prognóstico da vítima, a forma de implementação desses princípios vai depender das preferencias elencadas pela equipe.
- O socorrista deve aplicar princípios científicos ao cuidado da vítima.
- Ex: em uma hemorragia exsanguinante, o principio é a contenção imediata desse sangramento, enquanto que a preferencia pode ser o uso de torniquete ou compressão local com gases hemostáticas.



AVALIAÇÃO PRELIMINAR

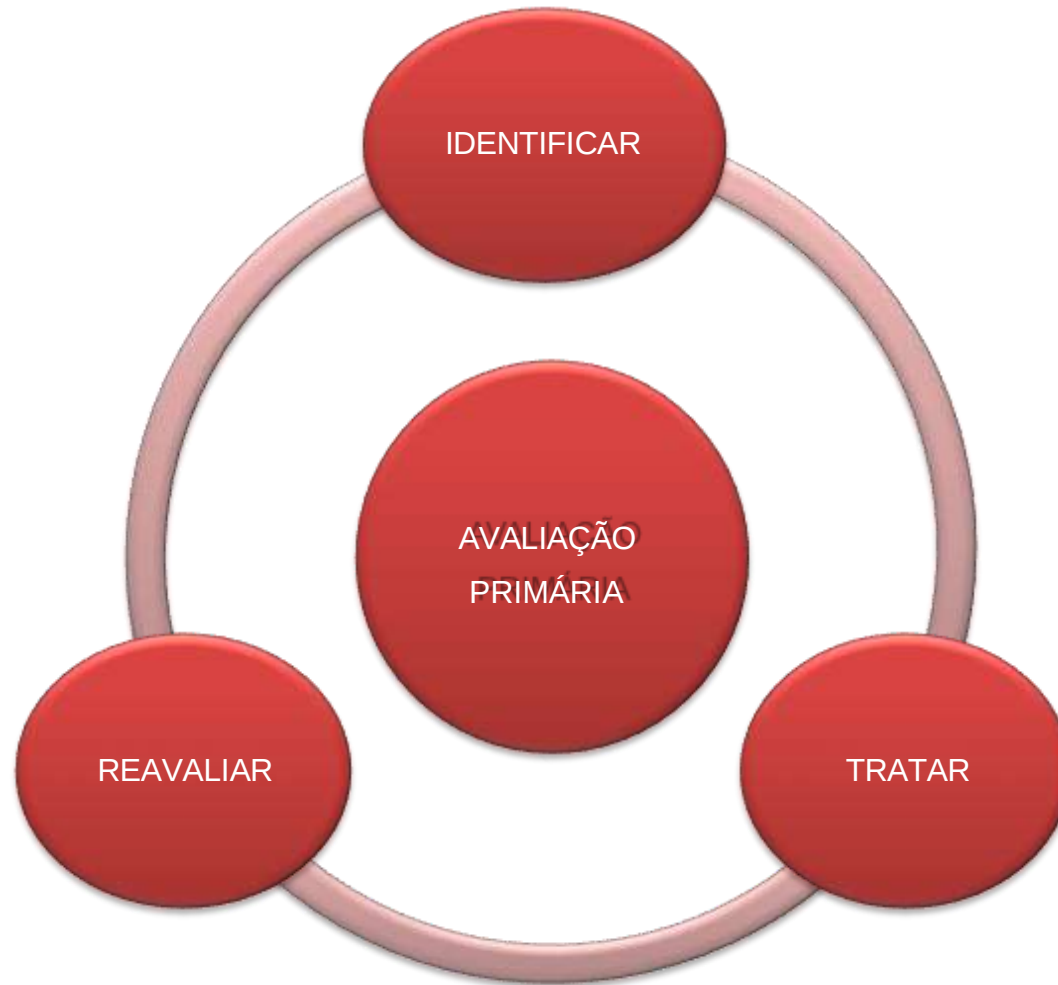
- Avaliar e controlar hemorragia severa;
- Formular a IMPRESSÃO GERAL;
- Queixa principal do paciente. Aparência da pele, movimentos ventilatórios (procurando resposta da vítima);
- Visão geral rápida: estado respiratório, circulatório e neurológico;
- Avaliar a natureza da doença;
- Avaliar mecanismo do trauma ou natureza da lesão.



3. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

**VISA IDENTIFICAR E MANEJAR,
RAPIDAMENTE, SITUAÇÕES QUE
AMEAÇAM A VIDA DA VÍTIMA.**

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA



AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

- Inspecionar tórax e abdômen da vítima procurando sinais de boa respiração.
- Checar simultaneamente o pulso central.

- Três possibilidades:

1

• RESPIRA E TEM PULSO

2

• NÃO RESPIRA E TEM PULSO

3

• NÃO RESPIRA E NEM TEM PULSO

Abordagem da vítima 1. Avaliação do Paciente

4. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA - PASSO A PASSO

- Avaliação da cena – segurança e situação;
- **X - Hemorragias eXsanguinante:** Controle do sangramento externo maciço/ controle de hemorragia compressível grave;
- **A - Airway:** Estabilizar a coluna cervical manualmente, constatar responsividade e certificar-se da permeabilidade das vias aéreas;
- **B - Breathing:** Verificar ventilação;
- **C - Circulation:** Verificar circulação e outras hemorragias;
- **D - Disability:** Realizar exame neurológico (ECG + avaliação pupilar);
- **E - Exposure:** Exposição da vítima com controle de hipotermia.

X – HEMORRAGIAS EXSANGUINANTES



- Sangramento exangüinante pode matar um paciente mais rápido do que a maioria dos outros mecanismos de trauma;
- A vítima pode sangrar até morrer em poucos minutos, devido a uma lesão arterial significativa, este tipo de sangramento deve ser controlado imediatamente;
- A vítima pode estar deitada sobre a fonte principal de sangramento ou este sangramento pode estar escondido por suas roupas;
- Perdas significativas de sangue podem estar relacionadas a lacerações no couro cabeludo devido à alta concentração de células sanguíneas ou ferimentos que danificam grandes vasos sanguíneos: subclávia, axilar, braquial, radial, ulnar, carótida, femoral ou poplíteal;
- Examine rapidamente o paciente para obter sinais de sangramento grave e inicie tratamento adequado: torniquete em um membro, curativos compressivos, entre outros;
- Quando o sangramento ameaça claramente a vida, então os esforços para controlar a hemorragia têm precedência.

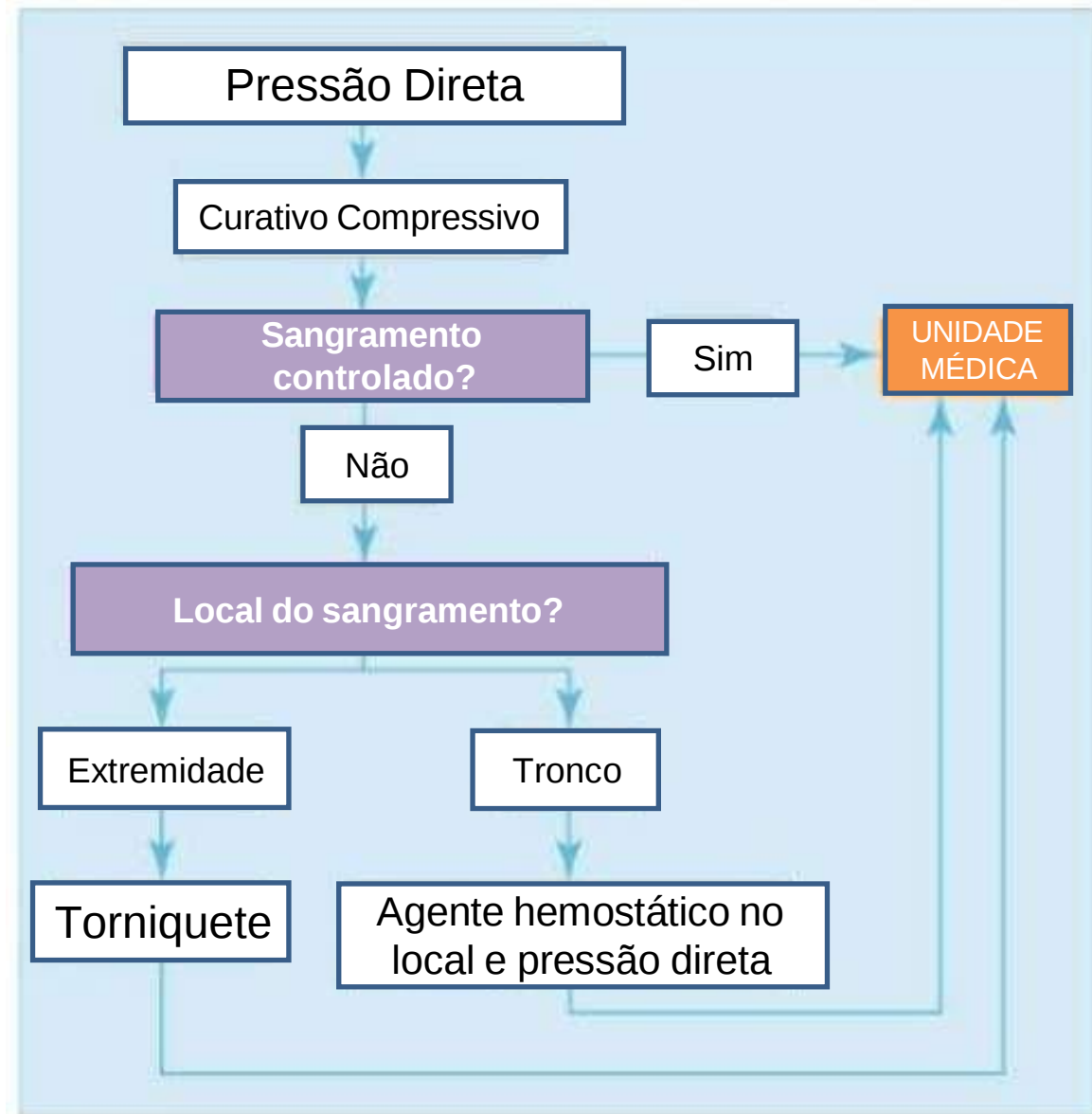
X – HEMORRAGIAS EXSANGUINANTES



ETAPAS DA CONTENSÃO DE HEMORRAGIA:

- Pressão direta da mão;
- Curativos compressivos;
- Fixação com ataduras;
- Ataduras elásticas;
- Tórqueto;
- Agentes hemostáticos;
- Tórqueto juncional, quando indicado.

X – HEMORRAGIAS EXSANGUINANTES



X – HEMORRAGIAS EXSANGUINANTES

CURATIVO COMPRESSIVO



- A pressão direta no local da hemorragia aumenta a pressão extraluminal, (pressão extramural = extraluminal ≠ intraluminal)
- Compressão dos lados do vaso lesionado - reduz o tamanho (área) da abertura - reduz ainda mais o fluxo sanguíneo para fora do vaso;
- Mesmo que a perda de sangue não esteja totalmente contida, pode diminuir até o ponto em que o sistema de coagulação possa agir.

TORNIQUETE



- Deve ser aplicado em MMII e MMSS, próximos a virilha ou axila, se um não for suficiente, outro deve ser aplicado proximal ao primeiro;
- Controle do sangramento exsanguinante de 80%;
- Apertar o suficiente par bloquear fluxo arterial e ocluir pulso distal;
- Tempo de segurança de 120 a 150 minutos. Seu uso nas forças armadas dos EUA não mostrou deterioração significativa com tempos de implementação prolongados, (tempo de transporte menor que esse período em cenários rurais ou urbanos);
- Vitima que necessitar de torniquete, provavelmente precisará de cirurgia;
- Anote o horário que o torniquete foi aplicado em um pedaço de fita e fixe-o no torniquete. Por exemplo, "TQ 2145" indica que o torniquete foi aplicado às 21:45 horas.

X – HEMORRAGIAS EXSANGUINANTES

TORNIQUETE

No passado foi recomendado aliviar o torniquete de 10 a 15 min. Para permitir o fluxo sanguíneo, de modo a preservar o membro, constatou-se através de estudos que tal prática somente aumentava a perda de sangue.

X – HEMORRAGIAS EXSANGUINANTES

PRESSÃO DIRETA

- Indicado em sangramentos graves não arteriais, em extremidade ou tronco;
- Gaze hemostática: aplicar pressão por 3 min ou pela recomendação do fabricante;
- Gaze comum: aplicar pressão por **10** min, evitar retirar antes do tempo para ver se o sangramento parou.

TORNIQUETE

- Extremidades e Juncionais.

OUTROS DISPOSITIVOS

- Agentes hemostáticos – coagulação;
- Tamponamento com gazes hemostáticas.

X – HEMORRAGIAS EXSANGUINANTES

PRESSÃO DIRETA





TORNIQUETE

- Sangramento exsanguinante presente, deverá ser controlado antes mesmo da abertura das vias aéreas;
- Se o operador for a vítima, o torniquete deverá ser aplicado na região da axila (MMSS) e/ou virilha (MMII)

X – HEMORRAGIAS EXSANGUINANTES

TORNIQUETE



Combat Application Tourniquet



Special Operations Force
Tactical Tourniquet



Sam Junctional Tourniquet

X – HEMORRAGIAS EXSANGUINANTES

USO DO TORNIQUETE



A – ABERTURA DA VIA AÉREA E CONTROLE DA COLUNA CERVICAL

- O socorrista deverá realizar o controle da coluna cervical, checar a **RESPONSIVIDADE**, identificando-se para a vítima;
- Todas as vítimas de trauma, com mecanismo significativo, são suspeitas de lesão espinhal até que tal possibilidade seja descartada;
- Movimentos excessivos na cervical, podem agravar danos neurológicos, pela compressão óssea da medula espinhal. Deve-se garantir que cabeça e pescoço sejam mantidos “manualmente” restritos, na posição neutra;
- Garantir via aérea pérvia, sem perigo de obstrução;
- Após inspeção, optar por uma técnica de abertura de VA;



A – ABERTURA DA VIA AÉREA E CONTROLE DA COLUNA CERVICAL

TIPOS DE OBSTRUÇÃO DE VA

- Relaxamento da língua - queda do nível de consciência;
- Líquidos;
- Sólidos (ovace)

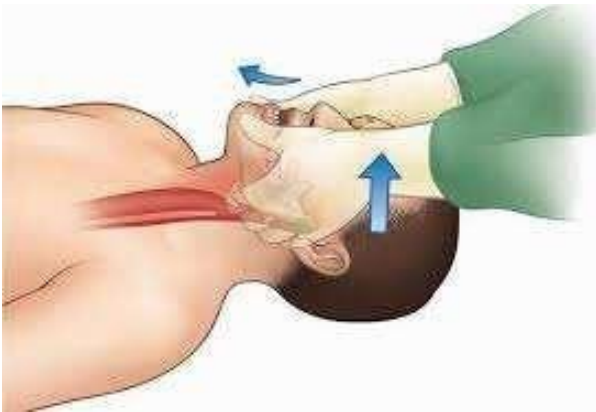
A – ABERTURA DA VIA AÉREA E CONTROLE DA COLUNA CERVICAL

TÉCNICAS DE ABERTURA DE VIAS AÉREAS

Vítimas de trauma

JAW-THRUST

Impulso da mandíbula



CHIN LIFT

Elevação do queixo



Vítimas clínicas

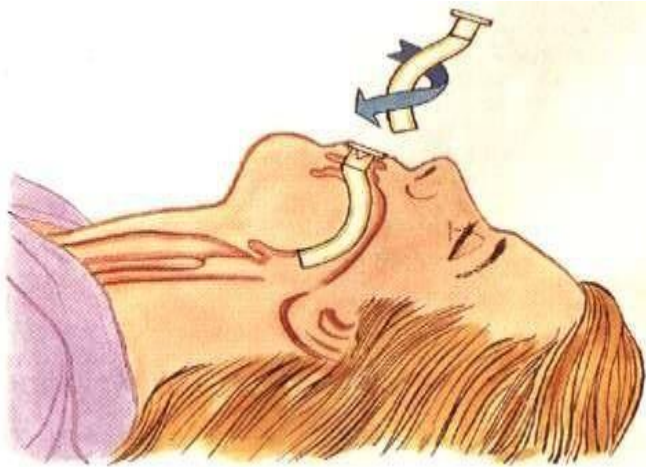
HEAD TILT AND CHIN LIFT

Inclinação da cabeça e elevação do queixo



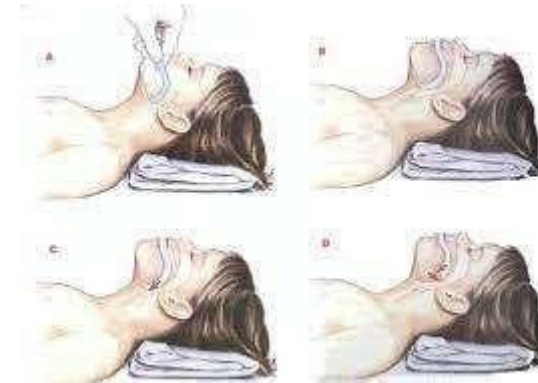
A – ABERTURA DA VIA AÉREA E CONTROLE DA COLUNA CERVICAL

COLOCAÇÃO DE CÂNULA OROFARÍNGEA



VÍTIMA ADULTAS INCONSCIENTES

- Inserir a cânula com a concavidade para cima, dirigindo sua extremidade para o palato duro ("céu da boca"), logo atrás dos dentes incisivos superiores, ao sentir resistência, faça uma rotação da extremidade da cânula orofaríngea em 180° e então abaixe até que o rebordo fique posicionado entre os dentes.

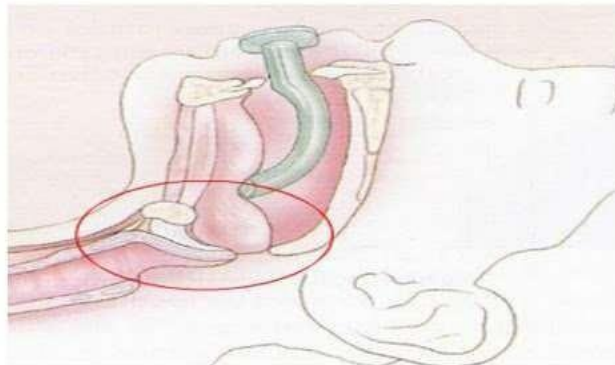
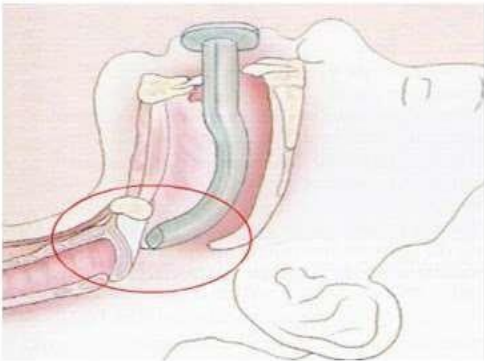
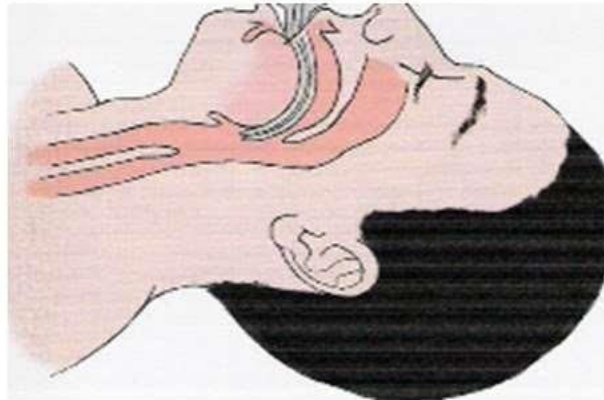


VÍTIMA CRIANÇA INCONSCIENTE

- Inserir a cânula com a concavidade para baixo, dirigindo sua extremidade para a língua logo atrás dos dentes incisivos inferiores, não realize a rotação da extremidade da cânula orofaríngea em 180°, como nos adultos, pois pode ferir o palato, insira de forma direta.

A – ABERTURA DA VIA AÉREA E CONTROLE DA COLUNA CERVICAL

MENSURAÇÃO DA CÂNULA



Lóbulo da orelha
à comissura labial

A – ABERTURA DA VIA AÉREA E CONTROLE DA COLUNA CERVICAL

DISPOSITIVOS



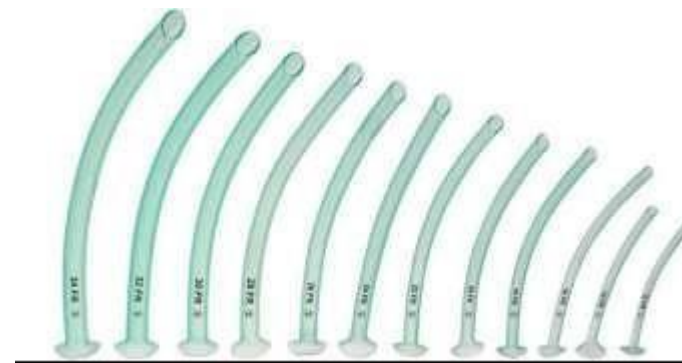
CÂNULA DE GUEDEL

- Apresentação tubular, orifício;
- Impede obstrução de VA por queda ou relaxamento da língua;
- Pode ter seu orifício entupido.



CÂNULA DE BERMAN

- Apresentação vasada;
- Impede obstrução de VA por queda ou relaxamento da língua;
- Menos chance de entupimento devido ao seu formato.



CÂNULA NASOFARÍNGEA

- Tubo anatomicamente ajustável à cavidade nasal, confortável e bem tolerada;
- Pode ser utilizada por paciente conscientes;
- Facilita a ventilação espontânea;
- A base da língua não obstrui a passagem de ar;
- Contra indicada em pacientes de trauma de face ou base de crânio.

A – ABERTURA DA VIA AÉREA E CONTROLE DA COLUNA CERVICAL

OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR LÍQUIDO - RATAMENTO

ROLAMENTO 90°



- Lateralização: rolamento a 90°;
- Com um bombeiro, ação rápida;
- Preservação da coluna.

A – ABERTURA DA VIA AÉREA E CONTROLE DA COLUNA CERVICAL

OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR LÍQUIDO - RATAMENTO



ASPIRAÇÃO

- A aspiração não deve ser contínua, pois pode ressecar VA e diminuir a oxigenação;
- Vítima consciente 15 segundos;
- Vítima inconsciente 05 segundos;
- Cateter de sucção rígido mantém o alinhamento da coluna;
- Colocação lateral aos dentes é menos estimulante, funciona mesmo que a vítima feche os dentes



B – RESPIRAÇÃO/ VENTILAÇÃO E OXIMETRIA



- Checar a respiração utilizando o dorso da mão;
- Checar a qualidade da ventilação, utilizar oxímetro de pulso.

B – RESPIRAÇÃO E OXIMETRIA

AVALIAÇÃO QUALITATIVA



- Inspeção: expansibilidade, frequência, simetria, lesões visíveis, tórax instável/ respiração paradoxal.
- Palpação: dor, crepitação sinal de enfisema subcutâneo.
- Qualidade da respiração: normal, superficial ou profunda, rápida ou lenta.
- Tipo da respiração: regular, simétrico, ruídos anormais.

B – RESPIRAÇÃO E OXIMETRIA

OXIMETRO DE PULSO



- Saturação de oxigênio **menor** que 94% de SpO_2 , ministre oxigênio a 10 L/min por máscara não-reinalante com reservatório, tendo como **meta** 96% SpO_2 ;
- Se **não houver** ventilação, introduzir cânula orofaríngea (CO) e iniciar ventilação assistida com dispositivo de “bolsa-válvula-máscara” (BVM) e suplementação de oxigênio;
- Se houver **difículdade** em manter oximetria ideal ou parada respiratória, **acionar** S.A.V.
- Realizar Ventilação de Resgate com oxigênio para vítimas com insuficiência respiratória. (bradpneia <8 , taquipneia >30);
- Impedâncias.

B – RESPIRAÇÃO E OXIMETRIA

SITUAÇÕES QUE IMPEDEM UMA BOA VENTILAÇÃO

- Tórax instável – contusão pulmonar;
- Pneumotórax hipertensivo;
- TRM;
- TCE;
- Tamponamento cardíaco;
- Ferimentos penetrantes: arma branca, arma de fogo, lacerantes;
- Trauma fechado: traumatismo da caixa torácica com laceração pulmonar secundária.

B – RESPIRAÇÃO E OXIMETRIA

TRATAMENTO

- O₂ com máscara não reinalante;
- Curativo valvulado: selo de tórax, curativo 3 pontos;



C – CIRCULAÇÃO E HEMORRAGIA

- Verificar se a hemorragia externa está controlada;
- Identificar sinais de hemorragias internas;
- Buscar sinais sugestivos de choque circulatório – hipovolêmico do tipo hemorrágico, mais prevalente.

C – CIRCULAÇÃO E HEMORRAGIA

H

Hemorragias
externas e internas

Hemorragias internas: 1. Tórax, 2. Abdômen, 3. Pelve, 4. Ossos longos, 5. Retroperitônio.

P

Pulsos
Periféricos

Cheios, filiformes, ausentes, rítmicos, arrítmicos, taquicardíacos, bradicárdicos.

P

Pele – **T**emperatura,
Umidade e
Coloração

Quente, fria, seca, pegajosa,
Coloração: pálida, rosada, cianótica

P

Perfusão

TEC – Tempo de enchimento capilar : < 2 s ou 2s >

C – CIRCULAÇÃO E HEMORRAGIA

TIPOS DE CHOQUE





C – CIRCULAÇÃO E HEMORRAGIA

PELE

Pele fria, pálida e úmida	Perda sanguínea
Pele fria e seca	Exposição ao frio
Pele quente e seca	Insolação
Pele quente e úmida	Hipertermia (febre), Intermiação



C – CIRCULAÇÃO E HEMORRAGIA PELE

COR DA PELE	MOTIVADOR DE ALTERAÇÕES
Pálida	Choque hemodinâmico, ataque cardíaco, hemorragia.
Cianose (arroxeada)	Deficiência respiratória, arritmia cardíaca, hipóxia, doenças pulmonares, envenenamentos.
Icterícia (amarelada)	Doença hepática (fígado)
Hiperemia (avermelhada)	Hipertensão, insolação, alergias, diabetes, choque anafilático.

C – CIRCULAÇÃO E HEMORRAGIA

VERIFICAÇÃO

- Visualizar a parte anterior do corpo da vítima;
- Apalpar a parte posterior do corpo da vítima;
- Dispensar atenção inicialmente às hemorragias intensas, direcionando o exame da cabeça em direção aos pés;
- Procurar por poças e manchas de sangue nas vestes;
- Inspeção em busca de bolsões de sangue.



C – CIRCULAÇÃO E HEMORRAGIA

-

AVALIAÇÃO QUALITATIVA

PULSO

REGULARIDADE: Regular ou irregular

INTENSIDADE: Fraco ou forte.

FREQUÊNCIA: Lento, normal ou rápido.

C – CIRCULAÇÃO E HEMORRAGIA

HEMORRAGIA INTERNA



Sinais e Sintomas:

- Ansiedade leve que avança para confusão;
- Taquipneia leve → ventilação rápida → falta de ar → taquicardia;
- Pulso radial fraco que avança para nenhum;
- Pele pálida ou cianótica;
- PP com preenchimento demorado;
- Perda de pulsos em membros;
- Hipotermia;
- Sede.

C – CIRCULAÇÃO E HEMORRAGIA

TRATAMENTO

- Controle de hemorragias;
- Imobilização de ossos longos;
- Cinta pélvica;
- Controle de temperatura;
- Transporte rápido.



D – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

ALERTA PARA 4 POSSIBILIDADES

- Oxigenação cerebral diminuída;
- Lesão do sistema nervoso central (SNC) - TCE/AVE;
- Intoxicação por drogas ou álcool;
- Distúrbio metabólico (diabetes, convulsão, PCR).



D – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA ESCALA DE COMA DE GLASGOW

- Verifique: Fatores que pode interferir na resposta do paciente;
- Observe: Observe o paciente e fique atento a qualquer comportamento espontâneo;
- Estimule: caso o paciente não aja de forma espontânea;
- Some e pontue: os valores encontrados;
- Avalie a reatividade pupilar: suspenda cuidadosamente as pálpebras do paciente e direcione um foco de luz para os seus olhos.

D – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Avalie da seguinte forma

at 40 | VERBAL
MOTOR

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde



VERIFIQUE

Fatores que interferem com a comunicação, capacidade de resposta e outras lesões



OBSERVE

A abertura ocular, o conteúdo do discurso e os movimentos dos hemisférios direito e esquerdo



ESTIMULE

Estimulação sonora: ordem em tom de voz normal ou em voz alta
Estimulação física: pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária



PONTUE

De acordo com a melhor resposta observada



D – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR	
ESPONTÂNEA	04 PONTOS
SOLICITAÇÃO VERBAL	03 PONTOS
À PRESSÃO	02 PONTOS
NENHUMA	01 PONTO
NÃO TESTÁVEL	NT

D – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

MELHOR RESPOSTA VERBAL	
ORIENTADO	05 PONTOS
DESORIENTADA/CONFUSA	04 PONTOS
PALAVRAS INADEQUADAS	03 PONTOS
SONS/GEMIDOS INTELEGÍVEIS	02 PONTO
NENHUMA	01 PONTO
NÃO TESTÁVEL	NT



D – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

MELHOR RESPOSTA MOTORA	
OBEDECE A COMANDO VERBAIS	06 PONTOS
LOCALIZA E TENTA REMOVER O ESTÍMULO DOLOROSO	05 PONTOS
FLEXÃO NORMAL	04 PONTOS
FLEXÃO ANORMAL (DECORTICAÇÃO)	03 PONTO
EXTENSÃO ANOMAL (DESCEREBRAÇÃO)	02 PONTO
NENHUMA	01 PONTO
NÃO TESTÁVEL	NT



**(D) GLASGOW /
Flexão anormal**



**(D) GLASGOW /
Extensão anormal**





D – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

ESCALA DE COMA DE GLASGOW PEDIÁTRICO

MELHOR RESPOSTA VERBAL	
SORRI	05 PONTOS
CHORO CONSOLÁVEL	04 PONTOS
INQUIETO, INCONSOLÁVEL	03 PONTOS
GEMENTE	02 PONTO
NENHUMA	01 PONTO
NÃO TESTÁVEL	NT

D – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

AVALIAÇÃO DA PUPILA





D – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

AVALIAÇÃO DAS PUPILAS

FOTORREATIVIDADE	PONTUAÇÃO
INEXISTENTE	2
PARCIAL	1
COMPLETA	0

Resultado da escala de coma de Glasgow fica assim agora:

- Ex: Resposta Ocular (2) + Resposta Verbal (4) + Resposta Motora (5) = 11
subtrai a resposta pupilar (1) (ECG11 – RP 1 = ECG-P= 10)



D – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA ESCALA DE COMA DE GLASGOW

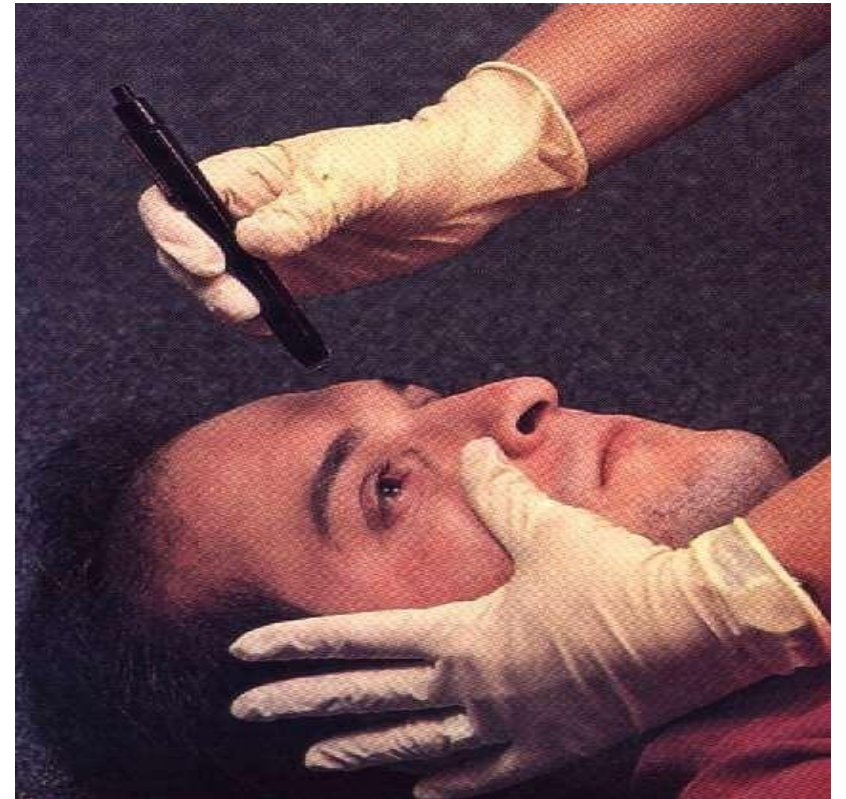
PARAMETROS DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW

- 1. Escore 15 a 13 TCE leve;
 - 2. Escore 12 a 9 TCE moderado;
 - 3. Escore 8 a 3 TCE grave.
-
- Estado Neurológico avaliado como $\leq$ 9, torna-se necessário o acionamento do SAV, com escore 8, indicada intubação.

D – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EXAME DAS PUPILAS

- Observar a reação das pupilas à luz, classificando-as em: **reativas** ou **arreativas**;
- Observar a simetria entre as pupilas classificando-as em: **isocóricas** ou **anisocóricas**;
- Observar o tamanho das pupilas classificando-as em: **midriáticas** (midríase) ou **mióticas** (miose).





ALTERAÇÕES PUPILARES



MIDRIASE PARALÍTICA	MORTE CEREBRAL
MIOSE	USO DE ALGUNS TIPOS DE DROGAS
ANISOCORIA	LESÃO CEREBRAL LOCALIZADA DEVIDO A TCE / AVC



- Diâmetro
- Forma
- Reação à luz
- Comparando uma pupila com a outra

SNA – Simpático - **midríase**

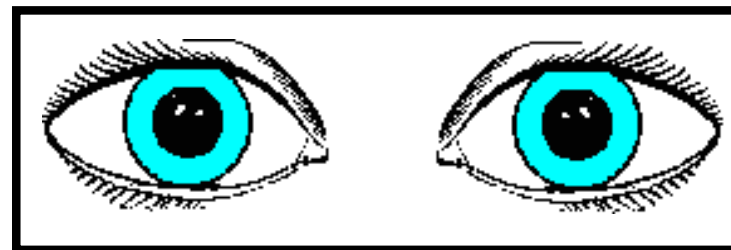
Parassimpático – **miose**



O diâmetro da pupila varia de 1 a 9 mm, sendo considerada uma variação normal de 2 a 6 mm, com um diâmetro médio em torno de 3,5 mm.

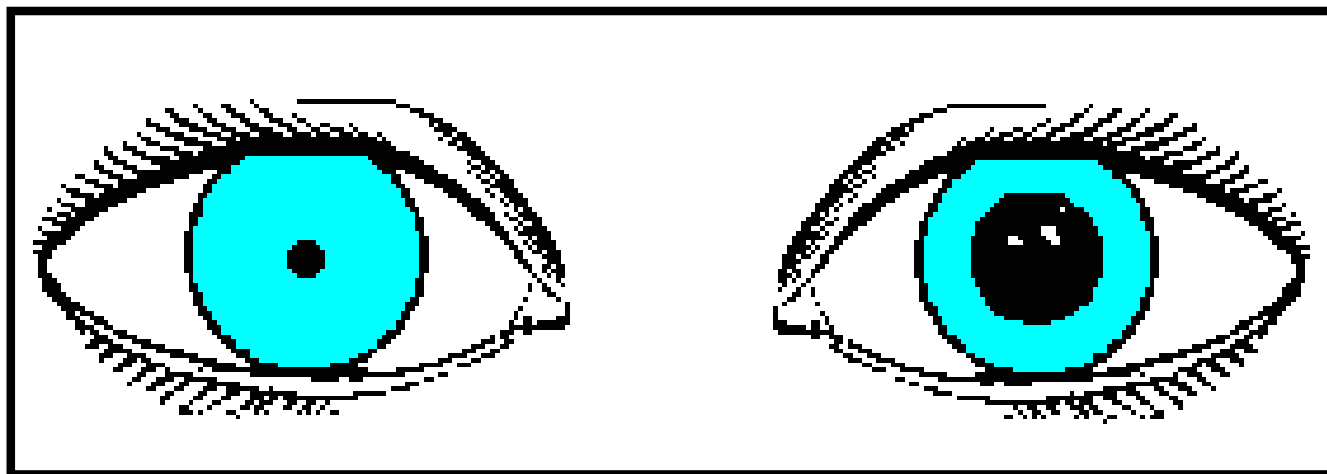


PUPILAS ISOCÓRICAS





PUPILAS ANISOCÓRICAS



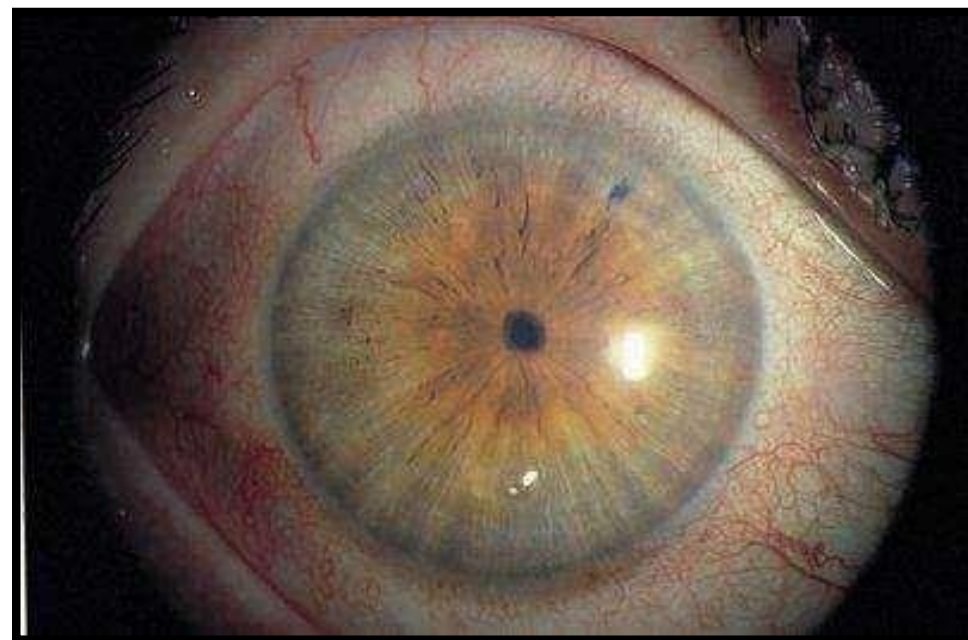


PUPILAS MIDRIÁTICAS





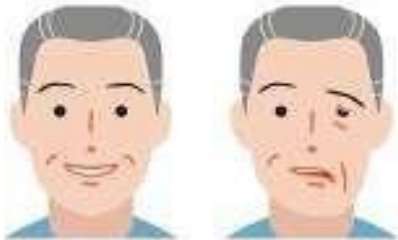
PUPILAS MIÓTICAS



D – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

ESCALA DE CINCINNATI

Escala de Cincinnati



company THE FIRE

CPSS - Cincinnati Prehospital Stroke Scale
é uma ferramenta para o diagnóstico de
casos agudos de AVC

ESCALA DE CINCINNATI

www.romulopassos.com.br

Escala de AVC Pré-hospitalar de Cincinnati	TESTE	ACHADOS	
	Desvio de rima/ queda facial → mostrar os dentes ou sorrir	Normal – ambos os lados da face se movem simetricamente	Anormal – um lado não se mexe da mesma forma que o outro
	Queda do braço: fecha os olhos → ambos os braços estendidos (10 s)	Normal – ambos os braços se mexem ou ficam imóveis	Anormal – um braço não se mexe ou cai, em comparação ao outro.
	Fala anormal: “o rato roeu a roupa do Rei de Roma”	Normal – usa corretamente as palavras sem alteração/fala pastosa;	Anormal – mistura as palavras, usa palavras erradas ou não é capaz de falar.

ESCALA DE CINCINNATI

Escala pré-hospitalar de acidentes vasculares de Cincinnati

www.romulopassos.com.br

Desvio de rima/queda facial



Quebra do Braço



E – EXPOSIÇÃO

Necessária para o exame físico detalhado ou dirigido para a queixa principal.

- Informar à vítima e/ou responsável sobre o procedimento que será efetuado.
- Executar a exposição do corpo da vítima somente quando indispensável para identificar sinais de lesões ou de emergências clínicas.
- Evitar tempo demasiado de exposição, prevenindo a hipotermia.



E – EXPOSIÇÃO

- Cobrir com manta aluminizada ou cobertor ou lençóis limpos.
- Garantir privacidade da vítima, evitando expor desnecessariamente as partes íntimas de seu corpo.
- Respeitar as objeções da vítima, por motivos pessoais, incluindo religiosos, desde que isso não implique em prejuízo para o atendimento com consequente risco de vida.





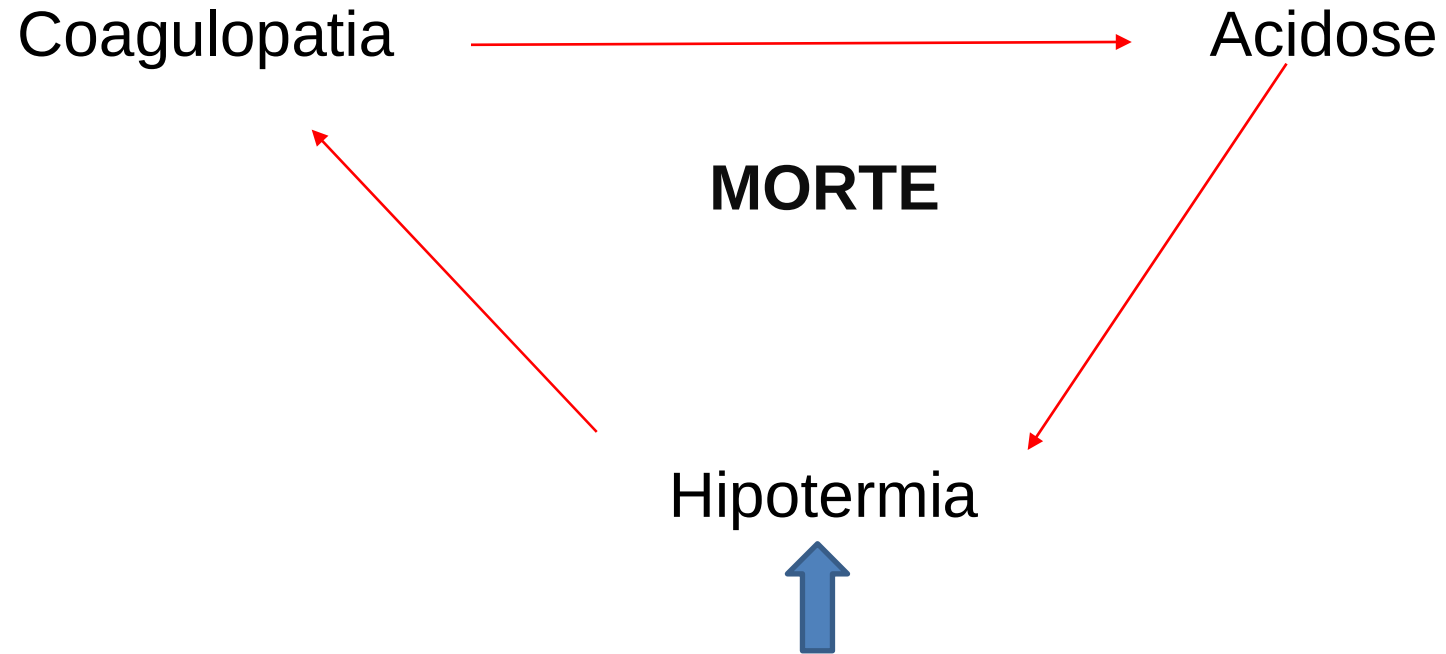
E – EXPOSIÇÃO

- Evitar danos desnecessários ao remover vestes e/ou calçados;
- Relacionar os pertences do acidentado, mesmo danificados, e entregar no hospital, à pessoa responsável pela vítima devidamente identificada ou à Chefia de Enfermagem, no hospital.



E – EXPOSIÇÃO

TRIADE LETAL (CHA)



***Fatores de coagulação não funcionam se não houver
AQUECIMENTO***



GRAVIDADE DO PACIENTE

INSTÁVEL

AÇÃO:

Remover e transportar
(Acionar SAV)

Sensível ao tempo (vai rebaixar)

IAM/TCE

AÇÃO:

PRIORIZAR O TRANSPORTE

Estável/não sensível ao tempo:

AÇÃO:

Exame secundário *(poderá ser feito na
cena)



AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

PROCESSO ORDENADO QUE VISA DESCOBRIR LESÕES
OU PROBLEMAS CLÍNICOS QUE, SE NÃO TRATADOS,
PODERÃO AMEAÇAR A VIDA, ATRAVÉS DA
INTERPRETAÇÃO DOS ACHADOS NA VERIFICAÇÃO DOS
SINAIS VITAIS, EXAME FÍSICO E NA ENTREVISTA!



AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

AVALIAR SISTEMAS CORPORAIS COM BASE NA
QUEIXA PRINCIPAL

Trauma: Comece pelo exame físico



AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

EXAME FÍSICO DETALHADO

- 1. CRÂNIO** - Apalpe todo o crânio, procure por deformidades, ferimentos, edemas, equimoses.
- 2. FACE** - Observe ambas as pupilas, procure por edemas, equimoses, lesões nas córneas ou pálpebras. Pesquise a saída de sangue ou líquido pelos condutos auditivos. certifique-se de que a vítima pode ouvir. pesquise edemas ou equimoses atrás das orelhas. Apalpe os ossos da face, o nariz e a mandíbula da vítima. procure hemorragias, deformidades, ferimentos, ou equimoses. pesquise por líquido no nariz. verifique na boca possíveis lesões na língua, perda de dentes ou prótese, pesquise o hálito.



AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

EXAME FÍSICO DETALHADO

3. **CERVICAL** - Pesquise ferimentos ou deformidades verifique a coluna cervical, pesquisando por edemas ou deformidades.
4. **CINTURA ESCAPULAR** - Apalpe os ombros, a clavícula e a escápula da vítima bilateralmente, procurando por deformidades, ferimentos, hemorragias ou edemas.

*** Se recomendado COLOCAÇÃO DO COLAR**



AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

EXAME FÍSICO DETALHADO

5. **TÓRAX** - Apalpe as regiões anterior e lateral do tórax. apalpe o esterno. pesquise deformidades, fraturas, áreas de contusão ou edemas. observe movimentos respiratórios anormais.
6. **ABDOMEN** - Apalpe e pesquise contusões ou ferimentos abertos. observe a sensibilidade e o tônus muscular.
7. **PELVE** - Apalpe as regiões anterior, lateral e posterior da pelve. pesquise instabilidade, dor, ferimentos ou hemorragias. procure identificar lesões na região genital.



AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

EXAME FÍSICO DETALHADO

8. MEMBROS INFERIORES - apalpe os membros inferiores e pesquise por ferimentos, hemorragias, deformidades ou edemas. Cheque a capacidade de movimentação, a sensibilidade compare com o membro não lesado

9. MEMBROS SUPERIORES - apalpe os membros superiores e pesquise por ferimentos, hemorragias, deformidades ou edemas. Cheque a capacidade de movimentação, a sensibilidade compare com o membro não lesado.

ROLAMENTO

10. DORSO - Apalpe e identifique traumatismos.

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

COLETA DE SINAIS VITAIS

Frequência Cardíaca

- Adulto 60 - 100 bpm ;
- Criança: até 8 anos 80 -120 bpm;
- Bebe: até 1 ano 100 -160 bpm.

Frequência Respiratória:

- Adulto:12 a 20 irpm;
- Criança: até 8 anos* 20 a 30irpm;
- Bebê: 30 a 40 irpm;

Quadro 6 – Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

Temperatura Axilar

35,8 a 37°C

Temperatura Oral

36 a 37,4°C

Temperatura Retal

37 a 38°C

Temperatura Corporal
Interna

37°C



ENTREVISTA - ANÁLISE SUBJETIVA

SAMPLE

- (S)** Sinais e Sintomas
- (A)** Alergias;
- (M)** Medicamentos em uso;
- (P)** Problemas antecedentes;
- (L)** Líquidos e alimentos ingeridos;
- (E)** Evento.

ENTREVISTA - ANÁLISE SUBJETIVA

SAMPLE

(S) Sinais e Sintomas: sinal é tudo que se pode avaliar objetivamente na vítima e sintomas tudo o que a vítima relata que está sentindo referente a doença ou trauma;

(A) Alergias: a alimentos, medicamentos, póis, gases inalados, ou qualquer substância que saiba ser alérgico ou que tenha tido contato;

(M) Medicamentos em uso: toma medicamento regularmente, prescrito por médico ou automedicação, tipo, destinado a que problema; use as palavras “medicação” ou “remédio”, evite o uso da expressão “droga”, pois pode inibir a pessoa ou quem esteja sendo questionado;



(P) Problemas antecedentes: sofre de alguma doença crônica (diabetes, cardíaco, renal crônico)? Já teve distúrbios semelhantes? Quando? Como ocorre? Quais os sinais e sintomas presentes? Sofreu internações hospitalares?;

(L) Líquidos e alimentos ingeridos: quando comeu pela última vez? O que comeu? (alguns alimentos podem causar consequências no organismo ou agravar a condição clínica da vítima. Além disso, se a vítima precisar ir para a cirurgia, a equipe médica que vier a receber a vítima no hospital, precisa saber quando foi a última refeição);



(E) Evento: localda cena: elementos presentes na cena de emergência podem dar indicações do tipo de problema apresentado, aplicadores de drogas, frascos de medicamentos, vômitos, presença de gases, etc.

Complemente a entrevista pesquisando circundantes e familiares, de forma discreta, de modo a colher mais informações pertinentes ao estado da vítima.



Os mnemônicos são opções para melhor padronização, sendo que a avaliação secundária deverá ser direcionada aos sistemas do corpo/queixa.



ENCERRAMENTO

Dúvidas

- Em caso de dúvidas, contatar pelo whatsapp (68) 99608-8899 ou (68) 99283-0961 das 08 às 12h dias de quinta e sexta.

