

1 Emergências relacionadas ao Aparelho Respiratório

Quadro de insuficiência respiratória se caracteriza pela dispnéia que pode ter graus diferentes de intensidade. A intensidade da dispnéia pode ser avaliada clinicamente em um primeiro atendimento, em função das manifestações que ela produz em adultos e crianças.

O paciente, em geral, está agitado e angustiado devido à falta de ar e precisa ser acolhido rapidamente pela equipe. Esta deve demonstrar calma, colocar o paciente em local tranqüilo, mantê-lo em observação e avalia-lo periodicamente quanto a gravidade da dispnéia.

Sinais a serem observados na avaliação da dispnéia:

- Quanto maior a intensidade menor é o esforço provocador da dispnéia, em casos mais graves a dispnéia ocorre em repouso.
- Em quadros leves a pessoa consegue falar e não apresenta redução do nível de consciência. Quadros graves a dispnéia impede que o paciente fale, demonstra agitação e pode até ficar inconsciente devido à hipóxia e hiper carbida.
- Frequência respiratória aumentada em relação ao esperado para a idade.
- Tiragens dos músculos intercostais e supraclaviculares. Em crianças a tiragem é um dado clínico importante na avaliação e há predomínio da tiragem intercostal. Em adultos e idosos pode ser difícil observar a tiragem que é mais visível nos músculos supraclaviculares.
- Cianose em extremidades dos membros

As causas mais frequentes de insuficiência respiratória são Crise Aguda de Asma Brônquica, Agudização de Insuficiência Respiratória Crônica, Pneumonia e Obstrução de Vias Aéreas Superiores.

1 Emergências relacionadas ao Aparelho Respiratório

1.1 Crise Aguda de Asma Brônquica

Em geral o paciente já tem um histórico de Asma e uso de drogas broncodilatadoras. As crises podem ser desencadeadas por exposição a alérgenos ou a infecção do ap. respiratório.

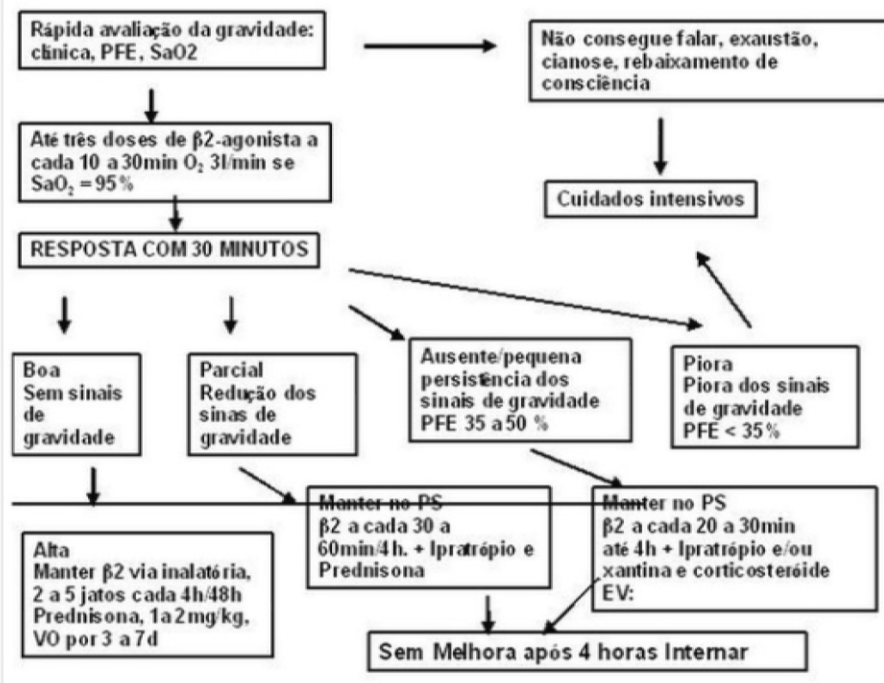
Classificação da intensidade da crise de asma em adultos e crianças.

Achado	Muito Grave	Grave	Moderada/Leve
Gerais	Cianose, sudorese, exaustão	Sem alterações	Sem alterações
Estado Mental	Agitação, confusão, sonolência	Normal	Normal
Dispnéia	Grave	Moderada	Ausente/leve
Fala	Dispnéia Grave Moderada Ausente/leve Lactente: maior dificuldade alimentar	Frases incompletas/parciais Lactente: choro curto, dificuldade alimentar	Frase incompletas
Musculatura acessória	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)	Retrações subcostais e/ou esternocleidomastóideas acentuadas	Retração intercostal leve ou ausente
Sibilos	Ausentes com Murmúrio diminuído ou localizado ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com Murmúrio normal/localizados ou difusos
Frequência respiratória *	Aumentada	Aumentada	Normal ou aumentada
Frequência cardíaca	> 140 ou bradicardia	> 110	≤ 110

*FR em crianças normais < 2 meses < 60/min; 2-11 meses < 50/min; 1-5 anos < 40/min; 6-8 anos < 30/min; > 8 anos = adulto.

Na asma, as vias aéreas apresentam broncoconstrição. Os músculos que envolvem as vias aéreas se enrijecem ou contraem, limitando o fluxo de ar para dentro e fora dos pulmões. As vias aéreas podem também se tornar ainda mais inflamadas e obstruídas com muco.

A abordagem da asma deve seguir o fluxograma proposto pelas Diretrizes Brasileiras para Asma Brônquica:



1 Emergências relacionadas ao Aparelho Respiratório

1.2 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Geralmente acomete pacientes entre 50-60 anos, tabagistas, queixando-se de tosse excessiva, escarro, dispnéia ao realizar esforços.

Os critérios de gravidade a serem adotados podem ser os mesmos da Asma Brônquica.

A descompensação do DPOC deve-se, na maioria dos casos, à instalação associação de quadro infeccioso respiratório. Pacientes devem receber Oxigênio em baixas doses e encaminhados à Emergência de acordo com a gravidade dos sintomas.

1 Emergências relacionadas ao Aparelho Respiratório

1.3 Obstrução de Vias Aéreas Superiores

Asfixia é o resultado da obstrução das vias respiratórias impedindo a respiração. As crianças são as vítimas mais comuns, pois sempre estão perto de pequenos objetos como: moedas, bolinhas, anéis, brincos ou brinquedos de desmanche que contêm peças pequenas, são perigosos e podem causar engasgamento.

A asfixia se manifesta por tosse, incapacidade de a pessoa falar, respiração difícil e barulhenta e por gestos universais de sufocação. O sufocamento ocorre em 10 a 120 seg - perda de consciência.

Abordagem:

Adulto consciente

- Interromper o atendimento.
- Manobra de Heimlich até o objeto ser expelido ou o paciente se tornar inconsciente
- Após a recuperação - liberar o paciente acompanhado após cerca de 10 min.

Adulto inconsciente

- Auxílio médico imediato.
- Posição supina.
- Inspeção na boca- objeto visível - use uma pinça romba e remova-o.
- Realiza 2 ventilações artificiais - se não obtiver sucesso - 5 a 10 compressões abdominais.
- Nova inspeção.
- Realizar 2 ventilações artificiais - se não obtiver sucesso - 5 a 10 compressões abdominais.
- Repita até obter sucesso ou chegar socorro médico.
- Se expelir o objeto - ABC da vida.

Crianças 1 a 8 anos conscientes

Igual ao adulto consciente, sendo 5 compressões abdominais.

1 Emergências relacionadas ao Aparelho Respiratório

1.4 Manobras de Heimlich para Obstrução e Vias Aéreas Superiores

As manobras de Heimlich devem ser aplicadas com objetivo de desobstruir as vias aéreas de corpos estranho aspirados pelos pacientes. A seguir as manobras são explicadas.

Manobra de Heimlich - paciente consciente

- Socorrista por trás da vítima, com seus braços ao redor da cintura da mesma e sob os braços;
- Segurar um punho com a outra mão, com o polegar contra o abdome, entre o umbigo e o processo xifóide;
- Faça 5 compressões abdominais separadas e explosivas;
- Repita os ciclos de 5 até expelir o objeto ou chegar socorro;
- Em mulheres grávidas ou grandes obesos, faça compressões sobre o osso esterno

Manobra de Heimlich - paciente inconsciente

- Posição supina - decúbito dorsal.
- Posicione -se de frente para ela, sentando-se sobre suas coxas.
- Inicie as compressões abdominais no mesmo ponto descrito para o paciente consciente, com a região tenar da mão apoiada no abdome e a outra mão entrelaçada.
- Faça 5 compressões abdominais separadas e explosivas.
- Ao final de cada ciclo, proceda uma varredura manual.
- Repita os ciclos de 5 até expelir o objeto ou chegar socorro.
- Em mulheres grávidas ou grandes obesos, faça compressões sobre o osso esterno

Bebês conscientes

- Sustente a cabeça e o colo, segure firmemente a mandíbula com uma das mãos, gire o bebê, mantendo a face para baixo, a cabeça mais baixa que o tronco, apoiando-o em seu antebraço.
- Com a palma da mão livre, aplique 5 golpes enérgicos entre as escápulas
- Caso não haja sucesso, posicione o bebê com a face para cima apoiado em seu antebraço e faça 5 compressões torácicas (1/3 médio do esterno, com 2 dedos).
- Alterne as manobras até obter sucesso ou o bebê perder a consciência.
- Obtendo sucesso aplique o ABC da vida

Bebês inconscientes

- Auxílio médico imediato.
- Bebê em posição supina.
- Inspeção oral, se objeto visível, remova-o com pinça romba.
- Leve extensão do pescoço.
- Realizar 2 ventilações artificiais (se não tiver sucesso)
- Realizar 5 golpes nas costas (se não tiver sucesso)
- Realizar 5 compressões torácicas.
- Tente visualizar, e se possível remova o objeto.
- Repita tudo até obter êxito ou chegar socorro.
- Obtendo sucesso aplique o ABC da vida.

2 Emergências decorrentes de Crises Convulsivas

Convulsão é uma alteração da função cerebral caracterizada por mudanças na consciência e alterações da atividade motora e/ou sensorial esse distúrbio que afeta 1% da população pode ser classificado de acordo com a causa ou com o tipo de manifestação.

A maioria das convulsões são idiopáticas (65%) e o restante pode ser causado por trauma, febre alta, tumores desordens metabólicas, hipotímia, overdose de agentes farmacológicos, como por exemplo a **Reação Tóxica ao Vasoconstrictor**.

São 2 os tipos de convulsões:

- **Grande mal** (90%) – movimento tônico-clônicos que acomete todo o corpo. Tem duração de 2 a 5 minutos, são auto-limitadas e podem ser seguidas de liberação de esfíncter urinário ou fecal.

O cuidado do socorrista deve ser o de proteger o paciente para que não sofra um traumatismo craneano durante a crise ou que broncoaspire resíduos alimentares
Conduta:

- Tentar imobilizar a cabeça, para evitar trauma.
 - **NÃO** introduzir objetos na boca.
 - Se após cessada a crise for reconhecida uma PCR iniciar a ressuscitação
 - Diazepam 10 mg EV ou IM (para evitar novas crises)
- **Pequeno mal** – são crises focais com alterações cognitivas como perda de consciência, alterações sensoriais ou movimentos autônomos localizados e de pequena duração (5 a 30 segundos). Não se caracterizam como situações de emergência.

3 Emergências decorrentes de Diabetes Mellitus

O Diabetes se caracteriza pela insuficiência total ou parcial da concentração de insulina por causa da falta de resposta ou da resposta inadequada dos tecidos periféricos à insulina existente que levam ao aumento da glicose plasmática. A elevação repetida da glicemia de jejum em níveis maiores que 126mg/dl caracteriza o Diabetes Mellitus.

O Diabetes Mellitus é classificado em dois tipos:

- Tipo I - Insulino-dependente (Diabete infanto juvenil): Inicia-se antes dos 40 anos. Os pacientes apresentam maior instabilidade metabólica, tendência à cetose e à cetoacidose. Na maioria das vezes os pacientes são magros, necessitando de insulina para controle.
- Tipo II - Insulino-independente (Diabete da maturidade): Inicia-se após os 40 anos e os pacientes apresentam peso normal ou são obesos. Possuem também maior estabilidade metabólica, podendo ser controlados com dietas e/ou hipoglicemiantes orais.

As situações emergenciais por Hiperglicemia, decorrentes do Diabetes Mellitus, só ocorrem em níveis glicêmicos maiores que 180mg/dl e são a Cetoacidose Diabética (no Tipo I) e o Choque Hiperosmolar (no Tipo II).

Os sinais e sintomas da Hiperglicemia são:

- polidipsia (sede excessiva)
- poliúria (secreção excessiva de urina)
- nictúria (urina noturna maior que de dia)
- polifagia (fome excessiva),prurido vulvar
- alterações visuais (embaçamento)
- dores dos membros inferiores
- astenia (debilidade orgânica - fraqueza)
- perda de peso

As emergências mais importantes nos diabéticos em uso de insulina ou de drogas orais antidiabetogênicas é a Hipoglicemia.

Cetoacidose Diabética

Ocorre em pacientes na maioria das vezes jovens que desenvolvem o Diabetes tipo I. A cetoacidose pode ser a primeira manifestação de Diabetes em uma pessoa sã ou ocorrer devido a má adesão do paciente à insulinoterapia.

Os sinais clínicos são: hálito cetônico, impaciência, língua seca enrugada e avermelhada, respiração de Kussmaul (rápida e profunda) e perda de consciência.

Para a detecção precoce de descompensação diabética é preconizada a realização da glicemia capilar em crianças, adolescentes e adultos jovens em quadro de alteração do nível de consciência, sem histórico de diabetes. Na presença de hiperglicemia, com ou sem hálito cetônico, contactar serviço de emergência e colocar hidratação venosa com soro fisiológico.

Hipoglicemia

Pior complicação, pois ocorre rapidamente culminando em perda de consciência e convulsões, podendo levar ao óbito em pouco tempo.

Sinais clínicos: fraqueza, debilidade, pele úmida e pálida, salivação intensa, pulso cheio e palpável, náuseas, inicialmente agitado, com cefaléia e pode evoluir para confusão mental, convulsão, torpor e coma.

Pacientes idosos em uso de sulfoniluréias (Glibenclamida, Glimiperida etc) podem apresentar um quadro de hipoglicemia de difícil tratamento porque os níveis séricos do medicamento permanecem altos por até 48 horas

Abordagem:

Paciente consciente e alerta: Interromper o atendimento, colocar o paciente em posição confortável, se for possível dosar a glicemia capilar, administrar carboidratos por via oral a cada 05 minutos, observar o paciente por, pelo menos 30 minutos até que melhore dos sintomas e normalize a glicemia capilar, dispensar o paciente com acompanhante.

Paciente inconsciente: interromper o atendimento, colocar o paciente em posição de L invertido para evitar a broncoaspiração, solicitar socorro médico de urgência, administrar 10 ml de glicose a 25% IV lentamente, sinais vitais de 05 em 05 minutos, manter acesso venoso com soro glicosado OBS: Na impossibilidade do uso de glicose IV, molha-se uma gaze em solução açucarada, prende-se a um fio de sutura e coloca-se entre o lábio e os dentes anteriores inferiores.

3 Emergências decorrentes de Diabetes Mellitus

3.1 Riscos da realização de procedimentos odontológicos em pacientes diabéticos

A realização de procedimentos odontológicos em pacientes diabéticos pode trazer insegurança para os profissionais e para os usuários. Abaixo há uma sistematização das orientações para os profissionais avaliarem e conduzirem a atenção aos portadores de Diabetes.

Pequeno Risco

Regime estável, bom controle metabólico, ausência de cetoacidose ou hipoglicemia, sem complicação provocada pela diabete, glicemia menor que 200 mg/dl e glicosúria mínima (de traços a 1+).

Manejo: Pode ser realizado, tomadas as precauções devidas, os procedimentos clínicos não cirúrgicos. Os procedimentos cirúrgicos devem ser acrescidos de sedação auxiliar e adequação da dose de insulina pelo médico.

Médio Risco

Regime estável, razoável controle metabólico, sem história recente de hipoglicemia ou cetoacidose, poucas complicações, glicosúria média (0 a 3+) sem cetonas e glicemia menor que 250 mg/dl.

Manejo: Procedimentos clínicos não cirúrgicos com possível uso de sedação auxiliar. Procedimentos cirúrgicos menores com ajuste da dose de insulina pelo médico. Cirurgias maiores além do ajuste da insulina há a possibilidade de internação.

Grande Risco

Controle metabólico deficiente, sintomas, hipoglicemia e cetoacidose freqüentes, várias complicações, glicemia maior que 250 mg/dl e glicosúria alta (4+) e ou cetonúria.

Manejo: Adiar o tratamento até as condições metabólicas se equilibrarem, controle enérgico das infecções bucais.

4 Emergências Psiquiátricas

Os transtornos mentais representam parte importante da demanda na APS. A sua grande maioria são transtornos mentais leves e moderados em que a demanda que trazem para as equipes é de acolhimento e cuidado ambulatorial continuada pela equipe multidisciplinar e o NASF. Por vezes, estes pacientes apresentam distúrbio somatoformes que os tornam hiperutilizadores dos serviços de uma unidade de saúde.

Os transtornos mentais graves (psicoses, distúrbios bipolares ou depressão grave) são motivo de grande apreensão e temor por parte das equipes. Em geral, o temor em relação aos estados de agitação e confusão mental de pacientes com transtornos mentais maiores, é desproporcional à realidade.

Muitas são as causas que podem levar a pessoa, ou ela ser conduzida, a uma unidade de saúde devido alterações cognitivas, sensoriais ou comportamentais. Entre as situações as mais comuns são: Abuso e abstinência de álcool e drogas; Doenças psiquiátricas como mania e esquizofrenia; Transtornos neurológicos como os quadros demências; Efeitos colaterais de alguma medicação; ou complicações de doenças orgânicas.

4 Emergências Psiquiátricas

4.1 Ansiedade aguda e Ataque de Pânico

São pacientes que apresentam sintomas intensos de angústia e que junto com isso podem apresentar sintomas corporais como começar a suar, sentir o coração bater mais rápido, sentir falta de ar, formigamento nas mãos ou boca, tontura, mal-estar e ter a sensação que vai morrer. Geralmente esses pacientes procuram inicialmente serviços de emergências clínicas, por medo de estar sofrendo um infarto, e o médico clínico geral ou cardiologista é quem faz o diagnóstico e orienta o paciente a procurar atendimento psiquiátrico.

Abordagem destes pacientes deve ser realizada na própria unidade onde a equipe, por conhecer previamente o paciente e seus familiares, pode conduzir mais adequadamente a situação aguda e seus desdobramentos.

Em vigência de um quadro de ansiedade generalizada que esteja incapacitando o paciente a equipe deve:

- Levar o paciente para um local calmo na unidade
- Definir dois profissionais que acompanharão o paciente em sua evolução
- Proceder avaliação clínica para afastar problemas orgânicos e tranquilizar o paciente.
- Solicitar que ele realize manobras respiratórias para relaxamento
- Dependendo da intensidade dos sintomas administrar benzodiazepnico: Diazepam 10mg/ VO ou Clonazepan 0,25mg/SL

4 Emergências Psiquiátricas

4.2 Psicoses agudas

É quando a pessoa fica fora da realidade, desorientada, muitas vezes não sabe quem é ou onde está, vê e ouve coisas que ninguém mais vê ou ouve (alucinações). Pode apresentar delírios como acreditar que alguém a persegue ou quer prejudicá-la ou acredita em alguma outra coisa que não corresponda à realidade. Com tais distorções da realidade o paciente tende a ficar agitado e agressivo, o que leva à necessidade de se buscar um serviço de emergência.

Nestas situações as orientações abaixo para a equipe objetivam preservar sua integridade e a do paciente até a chegada da equipe de emergência:

- Profissionais não devem ficar sozinhos com o paciente
- Devem contactar e pedir o apoio dos familiares
- Evitar a agitação, atitudes intempestivas ou agressivas e manter um diálogo com o paciente.
- Colher a história do paciente com os familiares ou acompanhantes da comunidade sobre o passado de doença mental ou de outros agravos à saúde, uso de medicamentos psicotrópicos ou outros, assim como uso ou abstinência de álcool e drogas.
- Caso o paciente esteja agressivo é importante manter a calma, evitando que gestos precipitados aumentem a agitação e agressividade do paciente.
- Retirar do ambiente os materiais que possam ferir o paciente ou serem usados por ele contra os profissionais.
- Se for possível faça uma avaliação clínica do paciente para afastar alterações metabólicas ou hemodinâmicas que possam estar associadas.
- Nos casos de abstinência alcoólica o paciente se agita em função dos delírios e deve ser tentado a administração de Diazepan 10mg EV ou IM
- Em pacientes com quadros psicóticos anteriores está indicado o uso de Haloperidol 5mg/IM ou Clorpromazina 25 a 50 mg/IM cada 6h ou

5 Emergências relacionadas ao uso de substâncias

Reações alérgicas são comuns, porém pequena proporção dos pacientes apresentam anafilaxia. Os sintomas de reações alérgicas comuns são **edema angioneurótico, prurido, hipotensão, náusea, vômito**. Nestes casos o tratamento antialérgico pode ser realizado com :

- Prometazina 50 mg IM.
- Hidrocortisona 2-4 mg/Kg EV.

É importante que os pacientes sejam mantidos em observação por 4 horas para acompanhar sua evolução e identificar precocemente a evolução da alergia para uma reação anafilática.

Anafilaxia

Reação anafilática é uma progressiva série de sinais e sintomas caracterizados por edema angioneurótico, dificuldade respiratória e rash cutâneo com prurido e, eventualmente, choque (sudorese intensa, taquicardia e PA baixa). Este se não tratado pode levar à morte.

Alguns destes sinais e sintomas podem também estar presentes em outras condições e no primeiro socorro não se deve esperar um diagnóstico específico.

Frequentemente, nem a vítima ou seus familiares conhecem reações anafiláticas ou as condutas a serem tomadas tanto de prevenção como de tratamento.

A administração de **Adrenalina subcutânea** através de auto-injetor ou de seringas tradicionais deve ser um procedimento de conhecimento de todos os profissionais de saúde.

Caso os sintomas persistam após a primeira aplicação de adrenalina, o procedimento poderá ser repetido, contudo é importante certificar-se de que se trata, realmente, de uma reação anafilática e não a manifestação de outro problema como IAM.

Outras drogas:

- Prometazina 50 mg IM.
- Hidrocortisona 2-4 mg/Kg EV.
- Adrenalina 1/10000 3-5 ml pode ser repetida a cada 5 min, Deve-se ter cuidado com o uso de adrenalina em idosos ou com casos em que a anafilaxia não foi claramente diagnosticada
- Ringer c/ Lactato 2000 ml EV rápido no caso de estar ocorrendo queda da pressão arterial

5 Emergências relacionadas ao uso de substâncias

5.1 Toxicidade ao Anestésico local

O nível sérico alto do anestésico local pode causar: nervosismo, inquietação, desorientação, loquacidade, fraqueza, cefaléia, turvamento de visão, náusea, vômito, tremores e convulsões. PA elevada e pulso rápido no início e caindo logo em seguida.

A lidocaína deve ser usada com cautela em pacientes com diminuição da condução cardíaca, idosos, hipertensão grave (nos casos de anestesia espinal, epidural ou regional intravenosa), apresentações tópicas não devem ser usadas em áreas extensas por mais de 2 horas, Síndrome de Wolff Parkinson-White, lactação, insuficiência hepática e renal.

Tratamento: Diazepam 10 mg IM ou EV (em caso de ocorrerem convulsões), Efortil 10 mg IM (se PA baixa).

5 Emergências relacionadas ao uso de substâncias

5.2 Toxicidade ao Vasoconstrictor

Causa: nível sérico alto do vasoconstrictor.

A presença de vasoconstrictores em anestésicos locais reduz a velocidade de absorção e, conseqüentemente, prolonga o tempo de ação dos anestésicos.

A toxicidade sistêmica dos anestésicos locais é reduzida com a associação com vasoconstrictores (epinefrina).

Sintomas: palpitação, cefaléia, hipertensão, taquicardia, taquipnéia, dificuldade respiratória, inquietação, apreensão, tremor, convulsões, pele fria, PA elevada e puls rápido.

Tratamento: aplicar ABC. Diazepam 10 mg IM ou EV (se ocorrerem convulsões); Captopril 25 mg VO (se PA > ou = 170 X 110 mmHg), Isordil 5 mg 5 mg SL (se ocorrer de torácica).

5 Emergências relacionadas ao uso de substâncias

5.3 Toxicidade ao flúor

Sinais e sintomas: início em poucos minutos, dor abdominal, náusea, vômito seguidos de sialorréia, diarreia, dor de cabeça, fraqueza generalizada, convulsão, espasmos musculares de extremidades, tetania, pulso carotídeo praticamente imperceptível, PA muito baixa, pode ocorrer morte poucas horas depois.

Tratamento:

Intoxicação menor que 5 mg: hidróxido de alumínio na forma de gel (5ml) ou leite, observar por 1 hora.

Intoxicação maior que 5 mg: internação hospitalar imediata, hidróxido de alumínio na forma de gel (5ml), indução de vômito com substâncias eméticas, hidróxido de alumínio na forma de gel (5ml) e cálcio por via oral, leite ou gluconato de cálcio 5% ou solução de lactato de cálcio.

Ambiente hospitalar: monitoramento cardíaco, gluconato de cálcio 10% IV (1ml/Kg de peso), glicose + soro bicarbonatado, diurético, medidas de suporte para prevenção de colapso cardíaco e respiratório.

Dose Provavelmente Tóxica (DPT)

Adultos = 8 mgF/Kg

Crianças = 5mgF/Kg

Exemplo:

gel acidulado 1,23% = 12.300 ppmF = 12,3mgF/ml.

Criança com 20 Kg.

DPT = 20 X 5 = 100mg F.

Em moldeiras = 5ml (12,3 X 5) = 61,5 mg.

5 Emergências relacionadas ao uso de substâncias

5.4 Altas doses de articaína ou prilocaína

Pode causar aumento da forma oxidada de hemoglobina no sangue: **Metahemoglobinemia**

Sintomas: cansaço, letargia, dificuldade respiratória, pele de cor acinzentada, cianose de mucosa bucal e leitos ungueais - início em 3 a 4 horas.

Tratamento:

- Interromper o atendimento.
- Se o contato for por telefone solicite sua ida a uma emergência imediatamente.
- Colocar o paciente em uma posição confortável – repouso.
- Tranqüilizar o paciente.
- Sinais vitais de 5/5min.
- Socorro médico: Manobras de SBV, Oxigenoterapia a 100%. Em ambiente hospitalar usar Azul de Metileno a 1% 1,5 mg/Kg -.

6 Acidentes e Primeiros Socorros

Existe uma grande preocupação pelos órgãos especializados em atendimento em saúde, que em caso de acidentes, a vítima seja atendida corretamente e encaminhada em segurança o mais breve possível. Além disso, a aplicação de primeiros socorros a acidentados tem como objetivo não somente preservar os sinais vitais, como também não agravar os ferimentos das vítimas, para que receba posteriormente os devidos cuidados dos profissionais especializados dentro de um ambiente hospitalar capacitado.

Os primeiros socorros são procedimentos de urgência, iniciais, prestados a uma vítima, que sofreu algum tipo de acidente. No entanto, prevenir acidentes é sempre a melhor solução, e, portanto, estas orientações são apenas, manobras iniciais para ajudar a vítima. Após a realização dos primeiros socorros, leve o acidentado imediatamente ao pronto-socorro ou hospital.

6 Acidentes e Primeiros Socorros

6.1 QUEIMADURAS

Queimaduras são lesões dos tecidos orgânicos em decorrência de trauma de origem térmica resultante da exposição a chamas, líquidos quentes, superfícies quentes, frio, substâncias químicas, radiação, atrito ou fricção.

Quanto a etiologia as Queimaduras podem ser: térmicas; químicas; elétricas; por radiação; atrito; outras.

Quanto à profundidade:

Primeiro Grau: Lesões apenas da epiderme - Eritema Segundo Grau: Lesões da epiderme e parte da derme - Eritema + Bolha Terceiro Grau: Lesões da epiderme e da derme - Branca nacarada

Queimaduras de espessura parcial superficial: primeiro grau e/ou de segundo grau superficial;

Queimaduras de espessura parcial profunda: segundo grau profundo;

Queimaduras de espessura total são aquelas de terceiro grau.

Grande queimado –

- Queimaduras de segundo grau com área corporal atingida maior do que 15% em menores de 12 anos ou maior de 20% em maiores de 12 anos, ou
- Queimaduras de terceiro grau com mais de 10% da área corporal atingida no adulto e maior que 5% nos menores de 12 anos, ou
- Queimaduras de períneo, ou
- Queimaduras por corrente elétrica, ou
- Queimaduras de mão ou pé ou face ou pescoço ou axila que tenha terceiro grau.
- Situações que envolvam: lesão inalatória, politrauma, trauma craniano, choque de qualquer origem, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, diabetes, distúrbios da coagulação hemostasia, embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio, quadros infecciosos graves decorrentes ou não da queimadura, síndrome compartimental, doenças consuptivas ou qualquer outra afecção que possa ser fator de complicação à queimadura.

Abordagem:

Queimaduras que devem ser encaminhadas a um centro especializado de queimados:

- Queimaduras de espessura parcial superiores a 10% da superfície corporal;
- Queimaduras que envolvem a face, mãos, pés, genitália, períneo e/ou articulações importantes;
- Queimaduras de terceiro grau em qualquer idade;
- Queimaduras causadas por eletricidade, inclusive causadas por raio;
- Queimaduras químicas;
- Lesão por inalação;
- Queimadura em pacientes com problemas médicos preexistentes ou não;
- Queimaduras e trauma concomitante (tais como fraturas, etc.) no qual a queimadura apresenta o maior risco de morbidade ou mortalidade.
- Crianças queimadas sendo tratadas em hospital sem pessoal qualificado ou equipamentos para o cuidado do caso.

Indicação de internação:

- Lesão de terceiro grau atingindo mais de 2% de superfície corporal na criança e mais de 5% de superfície corporal no adulto;
- Lesão de segundo grau atingindo área superior a 10% na criança e superior a 15% no adulto;
- Queimaduras de face, pé, mão ou pescoço;
- Queimaduras de região perineal ou genitália;
- Queimadura circunferencial de extremidades;

6 Acidentes e Primeiros Socorros

6.2 Fraturas

Apesar de o osso ser afetado, outras estruturas adjacentes também são atingidas, resultando um edema de tecidos moles, hemorragia no músculo e articulações, luxações articulares, ruptura de tendões, nervos rompidos e vasos sanguíneos danificados.

Os órgãos corporais podem ser lesados pela força que causa a fratura ou pelos fragmentos da fratura e, por esse motivo, imediatamente após um trauma, a pessoa pode ficar em estado de confusão, não ter consciência da fratura e tentar caminhar com perna fraturada.

Por isso, quando se suspeita de fratura, é importante imobilizar a parte do corpo afetado imediatamente antes do paciente ser movimentado. O movimento de fragmentos de fratura causara dor adicional, danos de tecidos moles e sangramentos.

Tratamento de emergência

As vítimas com suspeitas de fraturas devem ser tratadas, tanto quanto possível, na mesma posição em que se encontram, o tratamento de emergência nas fraturas, contempla:

- Verificar a presença de dificuldade respiratória, mantendo as vias aéreas permeáveis;
- Remover as roupas no local do ferimento;
- Em caso de fratura exposta, cubra o ferimento com gaze ou pano limpo. Nunca tente realinhar o membro ou "encaixar" o osso, pois isto agravará a situação;
- Antes de levar ao hospital, imobilize o segmento lesado com uma tábua, papelão ou madeira;
- Se ocorrer hemorragia, faça uma compressão do local com panos limpos.
- Aquecer a vítima em casos de hipotermia
- Encaminhe a vítima ao atendimento médico

