



Esta diretriz tem por objetivo sistematizar a avaliação inicial dos pacientes com gravidade clínica identificada de modo a melhorar processos de trabalho e otimizar segurança e qualidade no atendimento multiprofissional. Este protocolo não inclui avaliação do paciente vítima de trauma.

I - ASSISTENCIAL

1. AVALIAÇÃO INICIAL

- Paciente deve ser alocado na Sala de Observação
- Monitorização de Sinais Vitais (PA, SatO2, FC, FR e Cardioscopia Contínua)
- Caso paciente apresente alteração do nível de consciência, seguir fluxo descrito.
- Caso paciente esteja consciente e orientado, prosseguir com “avaliação sistematizada ABC”
- Fazer contato com hospital de destino
- Acionar serviço de remoção

Sinais e sintomas relacionados a potencial emergência ou urgência clínica

- Sonolento, confuso ou arresposivo
- Dor no peito
- Falta de ar
- Alteração de força em um dos membros
- Tontura
- Vômitos
- Palidez
 - Dor de forte intensidade
 - Hemorragias (exemplo, Hemorragias digestivas alta / baixa, hematúria franca / hemoptise)

2. AVALIAÇÃO “ABC”

A: Vias Aéreas

Condição	Sinais Clínicos	Intervenções
Obstrução de Vias Aéreas	<ul style="list-style-type: none"> • Checar qualquer ruído anormal • Observar diretamente a cavidade oral e retrofaringe a procura de possíveis causas de obstrução (sangue , vômito, corpo estranho, etc.) • Procurar por sinais externos de trauma (escoriações ou hematoma, edema ou enfisema subcutâneo • Checar outros sinais de obstrução de vias aéreas (movimentos abdominais paradoxais, uso de musculatura acessória) • Excluir obstrução por queda da língua , elevando o queixo e colocando o paciente em posição de hiperextensão cervical (desde que excluído trauma) 	Oxigênio suplementar Cânula Orotraqueal Intubação Orotraqueal Cricotireoidostomia
Incapacidade de proteger via aérea	<ul style="list-style-type: none"> • GCS menor ou igual a 8 • Avaliar capacidade de fonação clara e desimpedida • Habilidade de deglutição espontânea (observar em pacientes com nível de consciência alterado se há acúmulo de secreção em orofaringe) • O reflexo do vômito não deve ser testado 	Oxigênio suplementar Cânula Orotraqueal Intubação Orotraqueal

AValiação "ABC"- continuação

Condição

Sinais Clínicos

Intervenções

B: Respiração

Insuficiência
Respiratória Aguda
(IRPa)

- Dispneia ou taquipneia (atentar que bradipneia ou respiração de Cheyne-Stokes são sinais tardios e de maior gravidade)
- Movimentos respiratórios anormais : movimentos paradoxais , uso de musculatura acessória
- SatO₂ < 90% aa
- Alteração do nível de consciência pode ser causa ou consequência de insuficiência respiratória do tipo II (hipercápnica)

Oxigênio suplementar se hipoxemia
Avaliar necessidade de suporte ventilatório não invasivo (VNI)
Abordagem direcionada ao fator precipitante
Considerar ventilação invasiva em pacientes com alteração do nível de consciência ou falha na terapic com O₂ suplementar ou VNI

C: Circulação

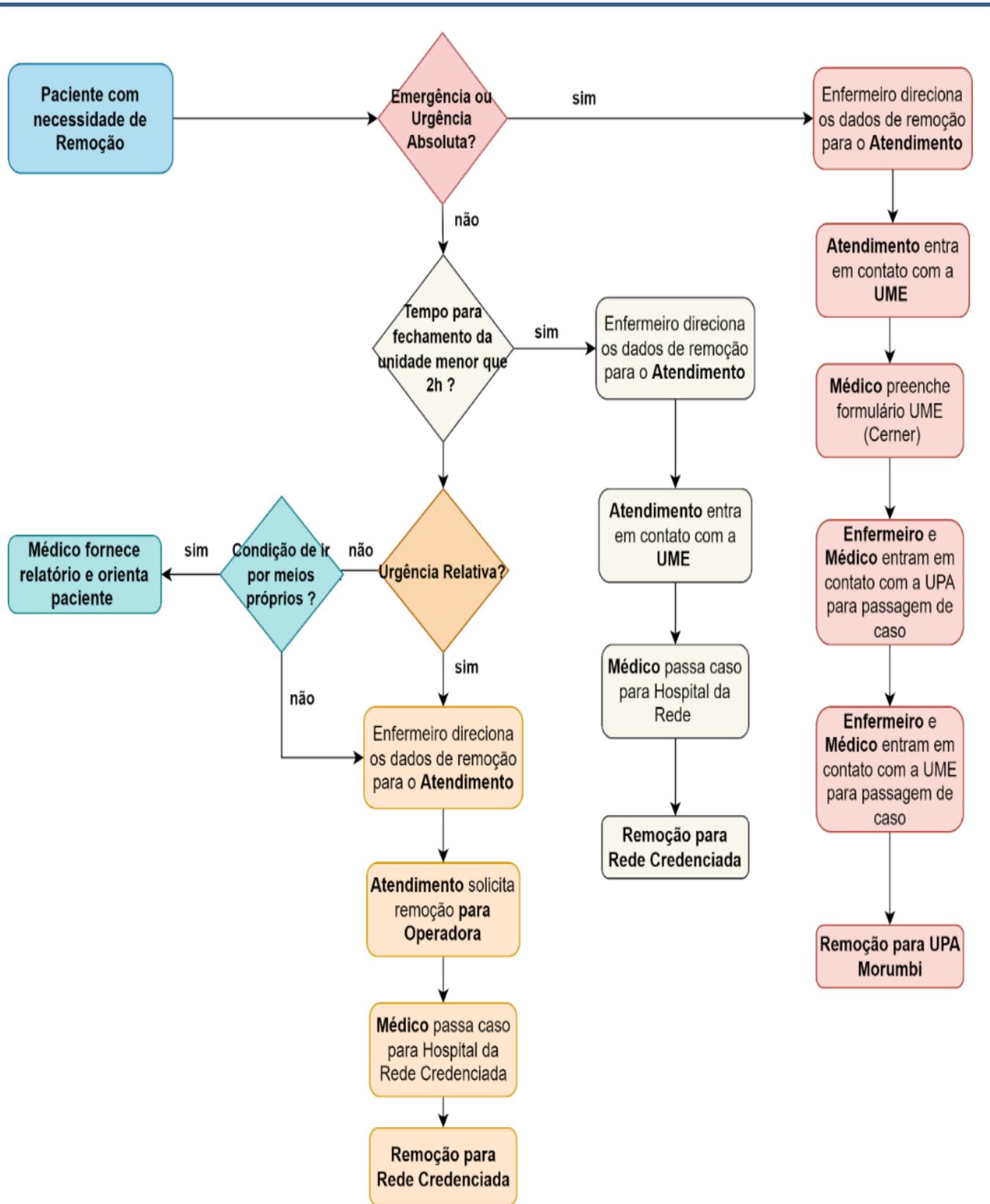
Choque Circulatório

- Pele fria e úmida
- Tempo enchimento capilar > 4s
- Cianose de extremidades
- Estado Mental Alterado (desorientação, confusão mental, torpor)
- Pulso filiforme
- Alteração da Frequencia Cardíaca (Bradi ou Taquicardia)
- Estertores pulmonares

Considerar adminstração de cristalóide
Adminstração de drogas vasoativas
Tratamento direcionado à causa

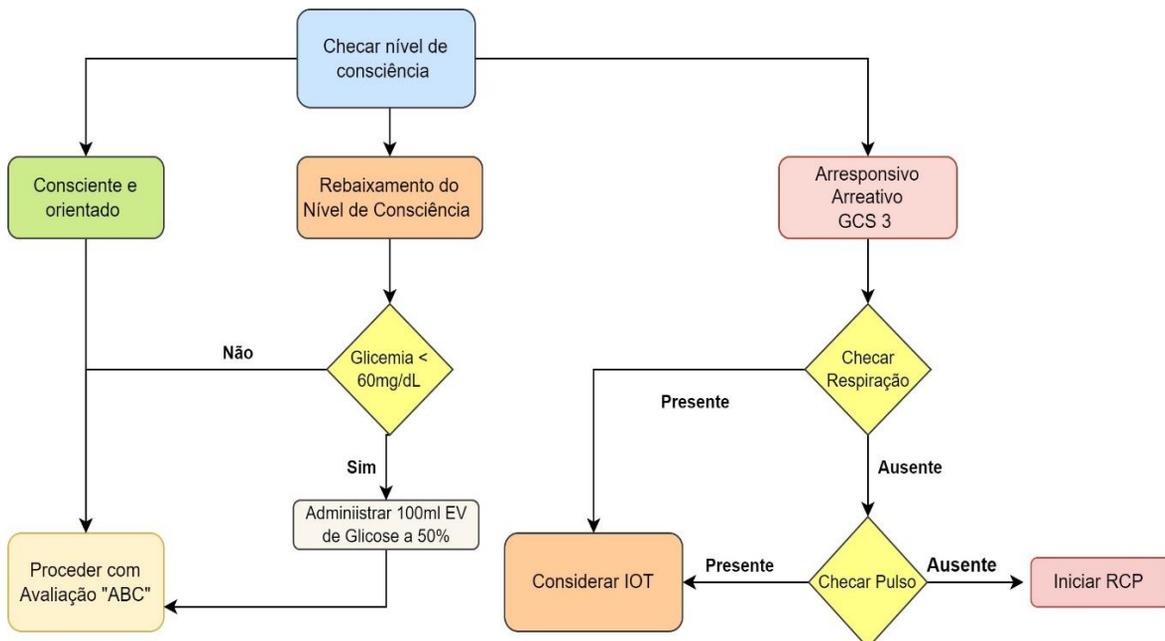
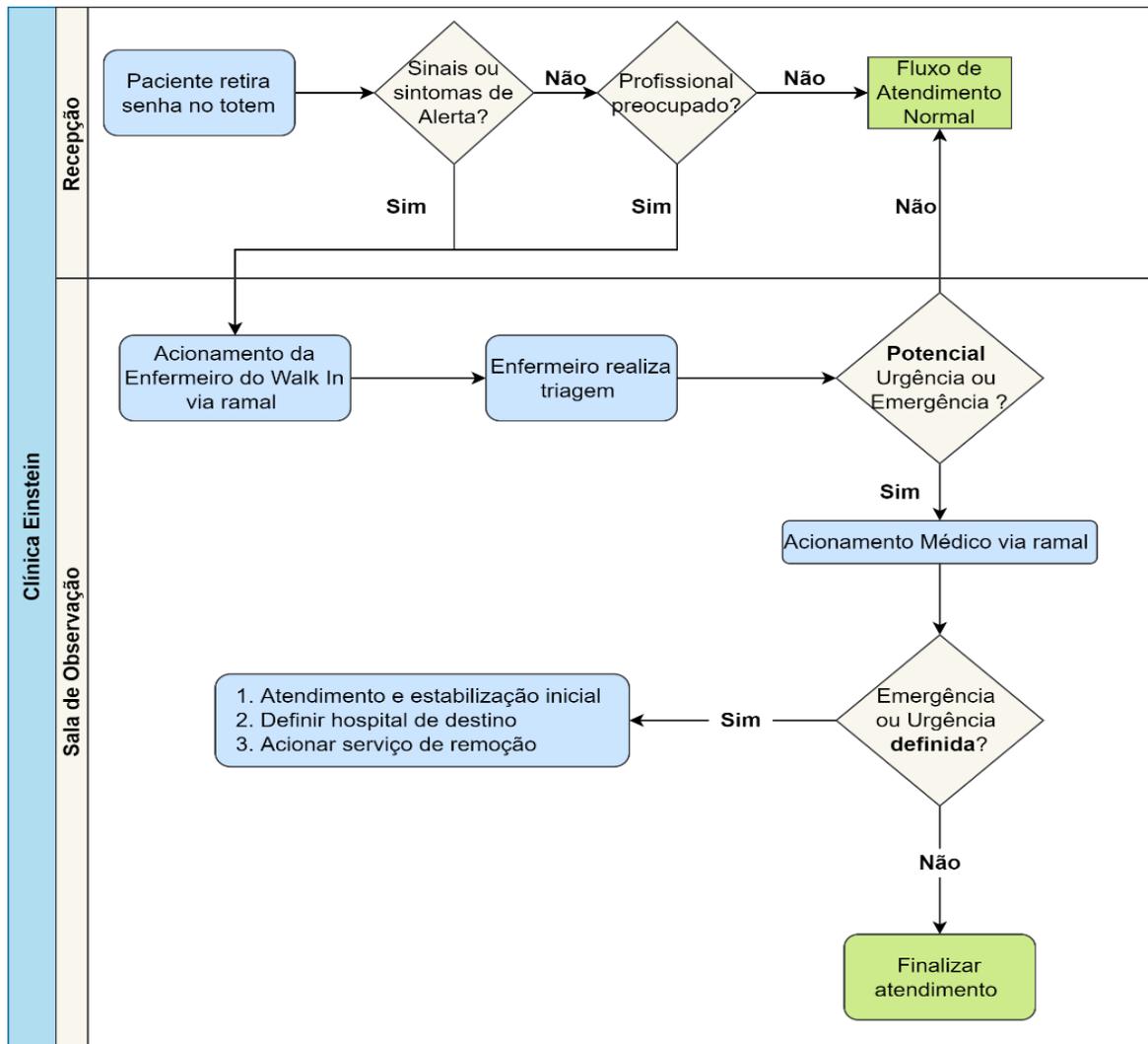
3. REMOÇÃO

Após a avaliação inicial sistematizada, é preciso definir o hospital para que o paciente prossiga com a avaliação e cuidado. Assim sendo, tão logo seja definido o hospital de destino, o serviço de remoção precisa ser acionado. Em locais em que há somente um profissional médico no Walk in Adulto, é necessário solicitar apoio de outras áreas e profissionais para que as comunicações (hospital, serviço de remoção, regulação) sejam feitas nos melhores tempos, privilegiando sempre a segurança do paciente.



Para fins operacionais, nos casos de pacientes do Programa Cuidar, em emergências e urgências absolutas, o Núcleo de Regulação do programa deverá ser acionado através do ramal 72372.

4. ALOCAÇÃO DO PACIENTE



II. INDICADORES DE QUALIDADE E SEGURANÇA

- Tempo porta-remoção inferior a 2 horas *
- Taxa de eventos adversos: Número de eventos adversos / total de atendimentos realizados
- Taxa de eventos adversos que necessitaram de remoção: Número de eventos adversos / total de atendimentos no Walk-In que necessitaram de remoção

* Condições clínicas específicas tais como AVC, Sepse e IAM , devem ter suas metas de tempo respeitadas de acordo com os seus respectivos protocolos gerenciados HIAE.

III. GLOSSÁRIO

GCS: Glasgow

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Atualização do template

V. Referências

[1] Ashish R. Panchal, MD, PhD, Chair, Jason A. Bartos, MD, PhD, José G. Cabañas, MD, MPH, Michael W. Donnino, MD, Ian R. Drennan, ACP, PhD(C), Karen G. Hirsch, MD, Peter J. Kudenchuk, MD, Michael C. Kurz, MD, MS, Eric J. Lavonas, MD, MS, Peter T. Morley, MBBS, Brian J. O'Neil, MD, Mary Ann Peberdy, MD, Jon C. Rittenberger, MD, MS, Amber J. Rodriguez, PhD, Kelly N. Sawyer, MD, MS, Katherine M. Berg, MD, Vice Chair. Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020;142:S366–S468

[2] Heraldo Possolo de Souza, Rodrigo A. Brandão Neto, Lucas Oliveira Marino, Júlio César G. de Alencar. Abordagem inicial ao paciente grave, Medicina de emergência : abordagem prática/professor titular e coordenador Irineu Tadeu Velasco -13.ed., Barueri (SP): Manole, 2019

Código Documento: CPTW309.1	Elaborador: LEONARDO JORGE SOARES	Revisor: Fernando Gatti de Menezes	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 06/02/2022 Data de atualização: 14/09/2022	Data de Aprovação: 27/09/2022
---------------------------------------	---	--	--	---	---