



ASSUNTO: Protocolos de Regulação Médica de Urgência do SAMU- DF 192 e Critérios Médicos de Despacho de Viaturas.

TÓPICO: Regulação de Emergências Clínicas

DOS OBJETIVOS

GERAL

Apresentar elementos que devem ser observados pelo médico de urgências do SAMU DF a fim de identificar os principais agravos a saúde em Clínica Médica

ESPECÍFICOS

1. Identificar os principais agravos de saúde e determinar envio de recursos adequados;
2. Direcionar o encaminhamento dos usuários por meios próprios nas situações em que não é indicado o envio de viaturas;
3. Orientar as equipes de suporte básico e avançado nos cenários de atendimentos de emergência, conforme bibliografia atual e fluxos de atendimento vigentes.

Esta Nota Técnica está baseada no Protocolo de Suporte Avançado de Vida do Ministério da Saúde, 2016 e em pesquisa bibliográfica referente a cada tema, com as adequações necessárias à SES/DF.

Esta Nota Técnica não pretende retirar a autonomia do médico regulador, pelo contrário, serve como referencial teórico para apoiar as decisões gestoras nas mais diversas áreas de conhecimento.

Colaboradores: Ana Luiza Ribeiro Diogo, Franciara Letícia Moraes da Cunha, Larissa Michetti da Silva, Luana Caprith de Macedo Maia Oliveira, Maria Clara de Melo Canedo, Soraya Vasconcelos Almeida, Thaise de Andrade Novaes Dantas, Victor Leonardo Arimatea Queiroz e Câmara Técnica de Medicina de Emergência do Distrito Federal.



CM01. Dor Abdominal, Diarréia e Vômitos

Critérios de Inclusão:

Dor abdominal de início recente, associada a vômitos, diarréia ou outros sintomas com possível gravidade.

Conduta 1ª Regulação

Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- Quantas vezes vomitou?
- Quando iniciou o quadro?
- Consegue falar?
- Urinou hoje?
- Desmaiou?
- Tem suor?
- Qual a coloração da pele?
- Sente alguma dor? Qual intensidade (de 0 a 10)? Qual localização?
- Quando iniciou a dor?
- Fezes/vômitos com sangue?* (Protocolo CM02)
- Houve trauma recente?
- Está gestante?
- Outras queixas ou doenças?

Considerar o envio de USA se houver::

- Alteração súbita da consciência; Orientar a lateralizar a cabeça e não oferecer líquidos. Se não estiver respirando iniciar compressão torácica.
- Sinais de instabilidade hemodinâmica ou respiratória

Considerar o envio de USB se houver:

- Vômitos persistentes com sinais de desidratação;



- Dor intensa;

Realizar orientação médica se houver:

- Febre ou vômitos;
- Dor moderada;
- Orientar a terapia de reidratação oral com soro caseiro e analgésicos de uso habitual. Se não houver melhora procurar a regional mais próxima por meios próprios.

Orientar a paciente sobre a necessidade de reportar ao médico do pré-natal sobre alterações de pressão arterial e outras intercorrências na gestação, e em caso de dificuldade de acesso ao médico do pré-natal, procurar atendimento por meios próprios em emergência de sua regional.

Conduta 2^a Regulação

Avaliação

- Realizar avaliação primária;
- Realizar avaliação secundária com ênfase para:
- Caracterizar a dor: localização, intensidade, duração, tipo; presença de irradiação; instalação (explosiva, em segundos; rápida e progressiva, em 1 a 2h; e gradual, em várias horas); fatores de melhora e piora, periodicidade;
- Identificar critérios de gravidade; e obter dados relativos a fatores associados (febre, vômitos, alteração do ritmo intestinal, alterações urinárias e ginecológicas).

Critérios de gravidade:

- Avaliação USA Sinais de irritação peritoneal (Descompressão brusca dolorosa e rigidez a palpação) e alterações hemodinâmicas (pulso >100bpm; PAD < 60 ou > 120mmHg; PAS < 90 ou > 220mmHg; hipertermia e mau estado geral).
- Avaliação USB Alterações hemodinâmicas (pulso >100bpm; PAD < 60 ou > 120mmHg; PAS < 90 ou > 220mmHg; hipertermia e mau estado geral)

Abordagem terapêutica

- Instalar acesso venoso periférico. (Considerar reposição volêmica, se instabilidade hemodinâmica. (30ml/kg/h))



- Instalar O2(cateter ou máscara) se SatO2<94%

Realizar abordagem medicamentosa

Analgesia:

- Dipirona na dose de 1g EV;
- Omeprazol 40 mg EV.
- Buscopam (escopolamina) 20mg/ml, 1 amp, EV.

Vômitos ou náuseas, administrar:

- Ondansetrona: 1 ampola = 4mg = 2mL, via IV (preferir essa opção especialmente em idosos); infundir em 2 a 5 minutos diluído em no mínimo 100ml de SF via IV, 10ml/min, se náuseas e/ou vômitos.
- Metoclopramida: 1amp = 5,26mg/ml (2ml), via IM.

*Metoclopramida pode causar efeitos extrapiramidais.

*Atenção ao uso de antieméticos em casos de choque, depressão do nível de consciência, suspeita de aumento da pressão intracraniana e suspeita de abdome agudo cirúrgico. Transportar o paciente na posição de recuperação/confortável, de acordo com a suspeita diagnóstica e/ou sintomas prioritários (ex: em decúbito elevado quando tiver dispneia, em decúbito lateral quando estiver vomitando, em decúbito lateral esquerdo quando estiver grávida, etc.).

Hematêmese:

- Omeprazol: 80mg, via EV.

Encaminhamento:

- Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.



CM02. Hemorragia Digestiva

Critérios de inclusão:

Pacientes apresentando sangramento digestivo, podendo estar vomitando sangue vivo ou coagulado, ou evacuando sangue vivo ou coagulado.

Conduta 1ª Regulação

Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- Vômitos ou fezes com sangue? Encharca uma toalha (volume)?
- Cor vermelha ou preta?
- Quando iniciou o sangramento?
- Quantos episódios?
- Já teve sangramentos anteriores?
- Tem costume de beber?
- Tem dor?
- Outras queixas ou doenças?
- Uso de anticoagulante/Aine?

Considerar o envio de USA se houver:

- Palidez e sudorese intensa; Orientar decúbito dorsal, lateralizar a cabeça e elevar os membros inferiores.
- Alteração súbita da consciência; Orientar a lateralizar a cabeça, não oferecer líquidos, e se não estiver respirando iniciar as compressões torácicas.
- Sangramento digestivo volumoso;

Considerar o envio de USB se houver:

- História de hemorragia digestiva recorrente;



- Evacuação de sangue vivo ou escurecido;
- História aguda de vômito de sangue;
- Dor intensa;
- História de hepatopatia/etilismo

Realizar orientação médica se:

- Vômitos com rajas de sangue;
- Dor leve a moderada;
- Outras queixas;
- Orientações: terapia de reidratação oral e antieméticos de uso habitual. Procurar na rede de emergência da sua regional.

Conduta 2^a Regulação

Avaliação

- Realizar avaliação primária da gestante com ênfase para:
- Avaliar nível de consciência;
- Proteger via aérea; e, se USA, considerar intubação oro traqueal, quando houver rebaixamento do nível de consciência ou sinais de choque (hipovolemia severa).
- Realizar avaliação secundária com ênfase para:
- Monitorizar função cardíaca, oximetria de pulso e sinais vitais. Instalar acesso venoso periférico;
- Colher história SAMPLA (ênfase para patologias prévias e uso de medicações).

Abordagem terapêutica:

- Oferecer O2 suplementar com reservatório, se SatO2 < 94%;
- Administrar solução cristaloide, priorizando Ringer para manter níveis pressóricos adequados (30ml/kg/h)* *Observar contraindicações para terapia com volume - ICC/Doença Renal Dialítica.

Realizar abordagem medicamentosa

- Omeprazol - dose inicial de 80mg (2amp) IV em “bolus”.
- Manutenção: infusão contínua IV: 8mg/hora.

Encaminhamento:

- Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.



CM03. Alterações Glicêmicas

Critérios de inclusão

Hiperglicemias

- Cetoacidose diabética: glicemia capilar >250 mg/dL: hiperglicemia + cetonemia + acidemia. Fadiga, náuseas, halito cetônico, vômitos, polidipsia, poliúria, estupor mental até estado comatoso.
- Estado hiperosmolar hiperglicêmico: glicemia capilar >600 mg/dL, alteração variável no nível de consciência (confusão a coma) e sinais de desidratação severa.

Hipoglicemia

- Glicemia capilar <70mg/dL com sinais e sintomas de hipoglicemia como: tremores, sudorese, palidez, taquicardia, tonturas, cefaleia, fraqueza, parestesias, distúrbios visuais e rebaixamento da consciência (de confusão mental à convulsões e inconsciência), dentre outros.

Conduta 1^a Regulação

Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- Quando foi a última refeição?
- Foi medida a glicemia?
- Usa qual a medicação?
- Teve desmaio?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
- Apresentou convulsão?
- Faz algum outro tratamento?
- Tem vômitos?
- Tem dor abdominal?



Considerar o envio de USA se houver:

- Inconsciente. Orientar a lateralizar a cabeça do paciente e não oferecer líquidos. Se não estiver respirando iniciar as compressões torácicas.
- Convulsão ou convulsionando; Orientar a lateralizar a cabeça do paciente e não colocar a mão na boca do paciente.

Considerar o envio de USB se houver:

- Alteração súbita da consciência;
- Dor abdominal intensa;
- Vômitos persistentes;
- Hipotermia;
- Hipoglicemias (com sintomas);
- Hiperglicemias acima de 500 mg/dl (se tiver sido medido);

Realizar orientação médica se:

- Febre;
- Outras queixas;
- Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Conduta 2^a Regulação

Avaliação

- Realizar avaliação primária da gestante com ênfase para:
 - Ênfase para avaliar a responsividade.
- Realizar avaliação secundária com ênfase para:
 - Coletar história SAMPLA;
 - Avaliar glicemia capilar;
 - Monitorizar ritmo cardíaco, oximetria de pulso e sinais vitais

Abordagem terapêutica:

- Oferecer O₂ suplementar se Sat de O₂< 94%
- Se glicemia capilar>250 mg/dl + sintomas de cetoacidose ou glicemia>500 mg/dl, administrar SF 0,9% EV rápido.



- Se glicemia capilar < 70 mg/dl, se consciente administrar a medicação por via oral, administrar 30 ml de glicose a 50% IV/IO e repetir a glicemia capilar e se ainda em níveis baixos ou persistência dos sintomas, administrar glicose novamente, conforme recomendação supracitada.

Encaminhamento:

- Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.



CM04. Alergia e anafilaxia

Critérios de inclusão:

Anafilaxia é altamente provável quando apresentar as seguintes alterações:

Doença de início agudo (minutos a horas), com envolvimento de pele e/ou mucosas (urticária, prurido ou rubor, inchaço de lábios, língua ou úvula) e pelo menos mais uma das condições a seguir:

- Acometimento respiratório (dispneia, broncoespasmo, estridor, hipoxemia); e
- Redução da pressão arterial ou sintomas relacionados à disfunção de órgãos-alvo (síncope,
- hipotonía, incontinência). Obs.: presente em 80% dos casos.
- Sintomas gastrointestinais persistentes (dor abdominal, diarreia, vômitos).

Conduta 1ª Regulação

1. Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- É alérgico a alguma coisa?
- Faz barulho quando respira?
- Consegue falar direito?
- Como está a língua e o rosto (edema de lábios, pálpebras e língua)?
- Perdeu os sentidos?
- Tem alguma lesão ou sintoma na pele?
- Qual a coloração da pele?

Considerar o envio de USA se houver:

- Estridor laríngeo;
- Frases entrecortadas;
- Edema facial (difuso ou de lábios) ou de língua;



- Alteração súbita da consciência; Orientar a lateralizar a cabeça, não oferecer líquidos, e se não estiver respirando iniciar as compressões torácicas.

Considerar o envio de USB se houver:

- História alérgica importante.

Realizar orientação médica se houver:

- Dor ou coceiras intensas;
- Eruptiones ou vesículas disseminadas;
- Inflamação local;
- Outras queixas;
- Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.
- Orientar a procurar a unidade de saúde de pronto atendimento mais próxima.

Conduta 2^a Regulação

Avaliação

- Realizar avaliação primária da gestante com ênfase para:
- Suspender, se possível, a exposição ao provável agente desencadeante;
- Preservar a permeabilidade das vias aéreas;
- Considerar intubação oro traqueal precoce se ocorrer rouquidão, edema lingual, estridor ou edema de orofaringe (USA);
- Colocar o paciente em decúbito dorsal e elevar membros inferiores;
- Se apresentar dispneia ou vômitos, colocar em posição de conforto; e não permitir que o paciente sente ou se levante bruscamente, nem o colocar em posição vertical, pelo risco de morte súbita (síndrome da veia cava e do ventrículo vazio).
- Realizar avaliação secundária com ênfase para:
- Avaliar oximetria de pulso, ritmo cardíaco e sinais vitais.

Abordagem terapêutica

- Oferecer O₂ suplementar por máscara não reinalante se SatO₂ < 94%;

Abordagem medicamentosa



- Administrar Epinefrina 1:1000 (1 mg/mL), na dose de 0,01 mg/kg, máximo em adultos de 0,5 mg (0,5mL), via IM (na região anterolateral do terço médio da coxa); pode ser repetida a cada 5 a 15 minutos, baseado na gravidade e na resposta à aplicação anterior;
- Na presença de choque, reposicionar volemia com 1 a 2 litros de solução salina 0,9%, IV/IO rapidamente, ou seja, 5 a 10mL/kg nos primeiros 5 a 10 minutos (em adultos);
- Adicionar Hidrocortisona, via IV/IO, na dose de 5 a 10 mg/kg, máximo de 100 mg; e Salbutamol aerosol dosimetrado acoplado a espaçador e máscara: 1 jato para cada 2 kg de peso (máximo de 10 jatos) a cada 15 a 20 minutos. Alternativa: inalações com Fenoterol (1 gota para cada 3 kg de peso, máximo de 10 gotas, diluído em 3-5mL de soro fisiológico) a cada 20 minutos.

Encaminhamento

- Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.



CM05. Asma e DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Critérios de inclusão:

Relato de falta de ar associada a tosse, chiado no peito e secreção pulmonar em paciente com história de asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica.

Classificação da Gravidade da Crise:

Leve/Moderada: Impressão clínica e estado mental sem alterações; dispneia ausente ou leve; fala frases completas; retração intercostal ausente ou leve; sibilância ausente ou presente; frequência respiratória normal ou aumentada; frequência cardíaca < 110 bpm; Sat O₂ > 95%

Grave: Impressão clínica e estado mental sem alterações; dispneia moderada; fala frases incompletas/parciais; retração subcostal e/ou de fúrcula acentuadas; sibilância presente difusa ou localizada; frequência respiratória aumentada; frequência cardíaca > 110 bpm; Sat O₂ 91-95%

Muito Grave: Impressão Clínica: cianose, sudorese, exaustão; estado mental: agitação, confusão, sonolência; dispneia intensa; fala frases curtas ou monossilábicas; retrações acentuadas ou em declínio (exaustão); sibilância ausente ou presente, difusa ou localizada; frequência respiratória aumentada; frequência cardíaca > 140 bpm ou bradicardia; Sat O₂ <90%

Conduta 1^a Regulação

Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- Costuma sentir essa falta de ar? (História de Asma / Bronquite)
- Há quanto tempo se iniciou a crise?
- Paciente consegue falar uma frase completa ou apenas entrecortada? (Se possível pedir para falar com paciente)
- Qual a coloração da pele?
- Faz barulho quando respira?



- Teve algum desmaio?
- Já fez ou faz uso da medicação para falta de ar ("bombinha")? Houve melhora?
- Faz algum outro tratamento?
- Já se internou antes por asma?
- Tem história de tabagismo?

Considerar o envio de USA houver:

- Paciente não reativo;
- Frases entrecortadas;
- Alteração súbita de consciência; Orientar a lateralizar a cabeça, não oferecer líquidos, e se não estiver respirando iniciar as compressões torácicas.

Considerar o envio de USB houver:

- História respiratória significativa;
- Não usou medicação (sem acesso à medicação);
- Sem melhora com a medicação habitual;

Realizar orientação médica se houver:

- Melhorou com a medicação habitual;
- Dispnéia leve (frases não entrecortadas) e de início recente;
- Outras queixas;

Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

OBSERVAÇÕES:

- A infecção respiratória geralmente causa tosse produtiva com escarro purulento (verde ou amarelo).
- " História respiratória significativa": história prévia de internação por condição semelhante em UTI ou condições respiratórias ameaçadoras da vida (p. ex. asma lábil, uso domiciliar de O₂ ou ventilação não invasiva);

Conduta 2^a Regulação

Avaliação

- Realizar avaliação primária e secundária.



- Manter paciente sentado e/ou posição confortável.

Assistência terapêutica

- Oferecer O2 suplementar sob máscara com reservatório se Sat de O2 < 94% (asma); sob cateter nasal 1 a 3l/min se Sat O2 < 90% (DPOC);
- Instalar acesso venoso periférico

Abordagem medicamentosa

- Salbutamol aerossol dosimetrado acoplado a espaçador e máscara: 4 a 8 jatos (400 a 800 mcg). Pode ser repetido a cada 20 minutos, até 3 nebulizações;
- Alternativa ao Salbutamol: nebulização com Fenoterol, 10 gotas diluídas em 5 ml de soro fisiológico sob inalação por máscara com O2 6 l/min. Pode ser repetida a cada 20 minutos, até 3 nebulizações;
- na crise grave associar ao beta-2 agonista;
- Brometo de Ipratrópio: 40 gotas na nebulização com Fenoterol ou em nebulização com 5 mL de soro fisiológico após Salbutamol aerossol;
- Hidrocortisona: 200-300 mg, IV
- Se USA, Adrenalina IM/SC

Encaminhamento

- Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.



CM06. Acidente Vascular Cerebral

Critérios de inclusão:

- Início súbito de déficits neurológicos focais, especialmente de um lado do corpo:
 1. Paresia, paralisia ou perda de expressão facial e/ou desvio de rima labial; e
 2. Paresia, plegia e/ou parestesia;
- Distúrbios da fala;
- Alteração da consciência: de confusão à completa arresponsvidade;
- Ocorrência de crise convulsiva (primeiro episódio) sem história prévia de crise anterior ou trauma (só há suspeita de AVC se o paciente tiver sinal focal antes ou depois da crise, caso contrário, o protocolo a ser seguido é o de crise convulsiva)
- Cefaleia súbita e intensa sem causa conhecida;
- Alteração visual súbita (parcial ou completa);
- Vertigem ou perda do equilíbrio ou da coordenação motora;
- Dificuldade súbita para deambular

Conduta 1^a Regulação :

Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração /Pulso / Exposição:
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso suspeita de PCR iniciar o PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- Quanto tempo faz? (Qual a última vez que paciente foi visto sem debilidade e acordado)
- Teve algum desmaio?
- Ele convulsionou?
- A boca dele está torta?
- Como está a fala?
- Ele apresenta "dormência" ou "fraqueza" em algum lado do corpo? (pedir para comprar os lados do corpo)
- Já teve um AVC? Faz algum tratamento?
- Tem história de trauma ou intoxicação exógena?
- Está em jejum? É diabético?



Considerar o envio de USA se houver:

- Glasgow abaixo de 9;
- Convulsões (tônico clônicas ou parcial);
- Necessidade de suporte ventilatório;

Considerar o envio de USB se houver:

- Assimetria facial recente (ao sorrir);
- Diminuição recente da sensibilidade e/ou força muscular em um lado do corpo (ao elevar os dois braços)
- Dificuldade recente de articular palavras
- Cefaleia súbita, de grande intensidade, de causa desconhecida (sem diagnóstico de enxaqueca);

Realizar orientação médica se houver:

- Outras queixas;
- Parestesias de lábios, extremidades e generalizadas em pacientes ansiosos.

Orientar a colocar em posição de conforto, acalmar o paciente, e aguardar melhora.
Retornar a ligação em caso de persistência do quadro.

Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Conduta 2ª Regulação :

Avaliação

Avaliação Primária:

- Manter a permeabilidade das vias aéreas e ventilação adequadas;
- Manter decúbito elevado no paciente consciente e decúbito lateral se paciente inconsciente (aspirar orofaringe se necessário).

Avaliação Secundária:



- Avaliar função neurológica: Escala de Cincinnati (1) Paralisia facial, com assimetria do sorriso e do fechamento voluntário dos olhos, (2) redução da força dos membros com dificuldade de vencer a gravidade ou manter o membro estendido, (3) alteração da fala; em que cada parâmetro vale 1 ponto. (pontuação >1 = probabilidade de AVE = 72%).
- Aplicativo Fast- Ed (pontuação > 4 = obstrução de grandes vasos)
- Controlar a temperatura corporal (medicar se TAx > 37,8º C)
- Monitorizar a função cardíaca e oximetria de pulso;
- Controlar os níveis glicêmicos (medicar se glicemia capilar < 70 mg/dl)
- Realizar entrevista SAMPLA;(questionar uso de anticoagulantes: warfarina, rivaroxabana - xarelto -, dabigatana - pradaxa -, AAS; cirurgias recentes, sangramentos, iam e acv prévios, gestação, trauma e intoxicação exógena) - já incluso no Fast-Ed
- Determinar a hora do início dos sintomas e sinais. O horário do início dos sintomas é o último momento que o paciente foi visto sem sinais e sintomas neurológicos. No caso do início dos sintomas serem observados ao acordar, será considerado o último momento em que o paciente foi visto sem sintomas, antes de dormir.
- Não há evidências científicas de benefícios com a utilização da hiperventilação ou hemodiluição.
- Instalar acesso venoso periférico e aferir PA no membro não parético.

Abordagem Medicamentosa

- Oferecer O2 suplementar se SatO2 < 94%;
- Se presença de convulsões: Diazepam 10 mg EV - se crises > 5 min,
- Se persistência hidrantalizar (Fenitoína, 15 a 20 mg/kg/dose (0,3 a 0,4 mL/kg/dose) IV, em acesso de grosso calibre, com velocidade máxima de infusão: 50 mg/minuto diluída em 250 a 500 mL de solução salina 0,9%. Se necessário, pode ser administrada dose adicional de 5 a 10 mg/kg (após 20 minutos de atendimento);
- Se TAx > 37,8º C, administrar Dipirona 1g IV;
- Se glicemia < 70 mg/dL, administrar Glicose 50% 30-50 ml;
- Não reduzir PAS na fase pré-hospitalar, exceto se PAS > 220 mmHg ou PAD > 120 mmHg ou se outra doença associada exigir a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio, edema pulmonar). Nesse caso administrar anti-hipertensivo de forma cautelosa;
- Se indicado, administrar Captopril 25mg VO (início de ação em 15 a 30 min). Não usar Esmolol e Hidralazina no pré-hospitalar
- Se hipotensão, administrar SF0,9% iniciar 500 ml EV e titular



Encaminhamento

Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.

Observações:

- Mesmo na suspeita de ataque isquêmico transitório, o paciente deve ser encaminhado ao hospital (Hospital Regional de Referência) o mais rápido possível;
- A janela temporal ideal para trombólise é de 3 (três) horas do início dos sintomas. A janela estendida para trombólise é de 4 (quatro) horas e 30 (trinta) minutos; Se 1 achados anormais na escala de Cincinnati e tempo de início dos sintomas até chegada no IHB < que 4 horas, considerar encaminhar para trombólise.
- Critérios de exclusão para trombólise no APH:
 - a) AVC isquêmico ou traumatismo crânio-encefálico grave nos últimos 3 meses;
 - b) História pregressa de alguma forma de hemorragia intracraniana ou de malformação vascular cerebral;
 - c) Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo dentro das últimas 2 semanas;
 - d) Hemorragia geniturinária ou gastrointestinal (nas últimas 3 semanas), ou história de varizes esofagianas;
 - e) Glicemias < 50 mg/dl com reversão dos sintomas após a correção;
 - f) Infarto do miocárdio recente (3 meses).
 - g) Suspeita clínica de hemorragia subaracnóide ou dissecção aguda de aorta.
- Se houver critérios de exclusão e/ou tempo de início de sintomas até IHBDF > 4 horas, encaminhar para hospital da Regional de referência:



CM07. Crise Convulsiva

Critérios de inclusão:

- Súbita perda da consciência, acompanhada de contrações musculares involuntárias, cianose, sialorreia, lábios e dentes cerrados.
- Eventual liberação esfinteriana caracterizada por incontinência fecal e urinária.
- Na fase pós-convulsiva: sonolência, confusão mental, agitação, flacidez muscular e cefaleia, sinais de liberação esfinteriana, informação de pessoa que presenciou o evento.
- Estado de Mal Epiléptico: crises epilépticas prolongadas, acima de 5 min, ou repetitivas, persistindo por 30 min ou mais, que não permitem a recuperação da consciência entre os eventos.
- A Crise Generalizada Tônico-clônica (CGTC) raramente ultrapassa 5 min de duração e é a manifestação mais comum.

Conduta 1ª Regulação:

Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso suspeita de PCR iniciar o PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- Ele é epilético? Está tomando seus remédios?
- Quanto tempo faz?
- Teve quantas vezes?
- Teve febre? (Se criança)
- Bateu a cabeça? Antes ou depois da convulsão?
- Usa drogas ou álcool?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
- Ele consegue movimentar o pescoço?

Orientar a lateralizar a cabeça do paciente, não oferecer líquidos e afastar os objetos protegendo contra trauma.