

125. TRANSPORTE INTERHOSPITALAR

Efetuar contato com o médico no hospital de destino e transmitir todas as informações sobre o quadro clínico do paciente.

Obter consentimento de familiar ou responsável legal pelo paciente, para a transferência.

Selecionar o equipamento adequado ao transporte de acordo com a avaliação do paciente, realizada no momento da solicitação.

Solicitar ambulância super avançada para o transporte de pacientes críticos, se necessário.

Confirmar a vaga no hospital de destino antes de disparar a ambulância.

Enviar ao hospital de destino a avaliação clínica atualizada do paciente, assim como radiografias de tórax e exames laboratoriais obtidos antes do transporte.

Ter disponível para pacientes com história de politraumatismo: colar cervical, prancha longa, estabilizadores laterais de cabeça, imobilizadores adequados, monitorização cardíaca, tensão arterial não invasiva e oxímetro.

Indicar estabilização da coluna cervical em todos os pacientes com história de trauma acima das clavículas exceto se a lesão de coluna já tiver sido afastada por método de imagem.

Manter manualmente o alinhamento da coluna cervical até que a vítima esteja imobilizada por colar cervical rígido de extricação e fixado sobre a prancha longa.

Monitorizar os pacientes graves com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor não invasivo da tensão arterial. Pacientes estáveis devem ser monitorizados no mínimo com oxímetro de pulso.

Considerar a intubação em caso de depressão do nível de consciência, sofrimento respiratório, evidências de obstrução de vias aéreas (estridor, rouquidão).

Transportar junto a qualquer paciente no mínimo: desfibrilador, oxigênio com fluxômetro, bolsa e máscara de ventilação.

Obter acesso venoso periférico antes de qualquer transferência.

Efetuar analgesia e sedação caso indicado.

Evitar o clampeamento de drenos de tórax que apresentem escape aéreo durante o transporte. Pacientes com pneumotórax podem ser adaptados a válvula de Heimlich.

Manter o frasco de drenagem em nível abaixo do corpo do paciente.

Adaptar sucção contínua (máximo de – 4 cm de H₂O) ao frasco de drenagem de tórax caso o paciente apresente hemopneumotórax e necessite de transporte de helicóptero.

Considerar em pacientes críticos a necessidade de obter acesso venoso profundo antes da transferência. Neste caso efetuar o procedimento antes da remoção.

Avaliar a necessidade de cateterismo vesical em pacientes inconscientes, com lesão medular ou distúrbio hemodinâmico.

Cateterizar o estômago de pacientes inconscientes, com hemorragia digestiva, íleo ou intoxicação exógena antes de transferência, especialmente aérea.

126. CARDIOVERSÃO ELÉTRICA

Indicada nas taquiarritmias com estabilidade hemodinâmica ou no tratamento eletivo de algumas taquiarritmias.

Aplicar oxigênio suplementar sob máscara.

Obter se possível acesso venoso periférico (não deve retardar a cardioversão de emergência).

Preparar material de ventilação, acesso as vias aéreas e medicações de reanimação.

Monitorizar o paciente com eletrodos auto-adesivos, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva.

Ligar o cardioversor.

Acionar o modo de choque sincronizado.

Observar o surgimento das marcações no traçado e ajustar se necessário o ganho do eletrocardiograma.

Regular a energia desejada para o choque.

Efetuar sedação e analgesia em pacientes conscientes de acordo com o protocolo.

Aplicar pasta condutora nas pás.

Posicionar as pás sobre o tórax do paciente. Uma no hemitórax direito ao lado da porção superior do esterno logo abaixo da clavícula direita e a outra na linha axilar anterior lateral ao mamilo esquerdo.

Certificar-se que ninguém toca o paciente.

Efetuar as descargas com os níveis de energia recomendados no protocolo.