

## ANEXO I

### Protocolos assistenciais



**Até que o Instituto Alcance desenvolva o protocolos específicos para o CAM, adotará o procotolo de urgência e emerência disponibilizado pela SES/DF, e que está de acordo com as normas do Ministério da Saúde para unidades de urgência e emergência**

**SES - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

**PROCOLOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

1ª Edição  
Revisada e Ampliada

BRASÍLIA-DF  
2006



2006. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito.

É permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte.

Tiragem: 1ª. Ed. Revisada e ampliada – 1.000 exemplares.

Produção, distribuição e informações:

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito

Subsecretaria de Atenção à Saúde

Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde

S I A trecho I, lote 1730, bloco A/B térreo, sala 31

CEP 71200-010

Telefones - 61- 3403-2322;

Fax – 3403-2472

Endereço Eletrônico – [www.saude.df.gov.br](http://www.saude.df.gov.br)

Coordenadora da Comissão de Revisão e Disposição dos Protocolos Clínicos da SES/DF - Cristina Lúcia Rocha Cubas Rolim; Médica Neonatologista da SES/DF;

Revisão da 1ª edição - Osmar Willian Vieira e colaboradores

Paginação e Diagramação: Júlio César Trindade - Núcleo de Apoio Tecnológico e Informática - NATIN/HRAN/SES/DF

Capa: Ada Suene Pereira. Assessoria de Comunicação - ASCOM/SES/DF

Impresso no Brasil / printed in Brazil

Catálogo na fonte – Gráfica da SES/DF  
Ficha Catalográfica

Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Protocolos de Urgência e Emergência da SES/DF. 1ª. Ed. Revisada e ampliada – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2006.

285 p.: il.

ISBN - 85-89439-39-9

1. Serviço Hospitalar de Emergência. 2. Protocolos de urgência e emergência. I. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Gráfica da SES/DF

SIA trecho I, SGAPS lote 06, bloco A/B térreo, sala 31.

CEP 71215-000

Telefone - 61- 33632231;

GOVERNADORA DO DISTRITO FEDERAL  
**Maria de Lourdes Abadia**

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
**Dr. José Geraldo Maciel**

SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE  
**Dr. José Rubens Iglesias**

SUBSECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE  
**Dr. Evandro Oliveira da Silva**

SUBSECRETÁRIO DE PLANEJAMENTO DE POLÍTICAS DE SAÚDE  
**Dr. José Rubens Iglesias**

SUBSECRETÁRIO DE APOIO OPERACIONAL  
**Dr. José Maria Freire**

SUBSECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE  
**Dr. José Eduardo Pinheiro Guerra**

DIRETOR DE PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
**Dr. José Ribamar Ribeiro Malheiros**





---

## SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES

Disney Antezana – Médica Diretora Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP/SVS;  
Edna Maria Marques de Oliveira – Médica Cardiologista do HBDF  
Eliziane Brandão Leite – Médica Endocrinologista – Gerente da Gerência de Recursos Médicos Assistenciais  
Fábia Correia Sampaio – Médica Acupunturista da SES/DF;  
Flávia Batistuta - Médica Psiquiatra da Coordenadoria De Saúde Mental  
Georgeana e Silva Mazão – Psicóloga;  
José Flávio Bezerra – Médico, Diretor do Instituto Médico Legal do Distrito Federal;  
José Ribamar Malheiros – Médico Ginecologista – Diretor da Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde;  
Márcio Veloso – Médico da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital do Paranoá;  
Maria Ângela da Silva – Médica Homeopata do NUMENATI;  
Maria Aparecida Penso – Psicóloga;  
Núbia Vanessa dos Anjos – Oftalmologista do HRT  
Rita de Cássia Werneck Ejima – Médica Chefe da Unidade de Neonatologia do HRT;  
Roseane P. de Deus – Médica Dermatologista SES/DF  
Sandra Magnólia Oliveira – Médica do CIAT;  
Sandra Maria Felipe Coelho Cortez – Enfermeira da DIVEP;  
Wajjha Nasser Ximenes – Médica Neurologista do HBDF  
Zali Neves da Rocha – Médica, Gerente de Cuidados Paliativos;

### 2 - COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE REVISÃO E DISPOSIÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DA SES/DF

Cristina Lúcia Rocha Cubas Rolim – Médica, Coordenadora;  
Agnaldo Antonio Abdala – Médico, Membro titular;  
Edenildo Borges Tenório – Médico, Membro titular;  
Erivaldo Fernandes Lira – Médico, Membro titular;  
Luciano Rocha – Médico, Membro titular;  
Osmar Willian Vieira – Médico, Membro titular;  
Sergio Miyazaki – Médico, Membro titular;  
Sérgio Tamura – Médico, Membro titular;  
Gleim Dias de Souza – Médico, Membro suplente;  
Hélio Buson Filho – Médico, Membro suplente;  
José Henrique L. Araújo - Médico, Membro suplente;  
Marcos Belarmino da Silva – Médico, Membro suplente;  
Mauro Birche de Carvalho – Médico, Membro titular;  
Paulo Guilherme Carmo da Rocha – Médico, Membro suplente;  
Weldson Muniz Pereira – Médico, Membro suplente;  
Maria Heloísa Elias Guerra, Agente Administrativo – Secretária.

## APRESENTAÇÃO

Esta publicação se destina aos profissionais da área de saúde, em especial àqueles que trabalham na área de urgência e emergência, ambulatorial e internação na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Esses protocolos são guias de orientação sucinta para auxiliar na prática diária e foram construídos a partir da colaboração principal dos Coordenadores das áreas técnicas do Núcleo de Medicina Integrada, da Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde e outros colaboradores de várias especialidades.

Outra fonte amplamente consultada foi a obra publicada pelo Ministério da Saúde – “Protocolos da Unidade de Emergência” que serviu de modelo. Contudo, procuramos com os atuais protocolos refletir problemas vividos pela SES/DF e, além de tratar de situações mais prevalentes, abordamos temas do dia-a-dia como a violência contra a criança, a mulher e o idoso, bem como as responsabilidades referentes à Declaração de Óbito em diversas circunstâncias. Além disso, disponibilizamos o material em consulta pública para que pudesse ser uma construção coletiva, ampla e democrática, imbuída do espírito que várias cabeças pensam melhor.

Sabe-se da necessidade da padronização de condutas, idealmente respaldadas em evidências científicas, e, para isto, é preciso um envolvimento de todos os atores, desde os servidores das Unidades de Saúde até o Gestor maior. Cabe ao sistema público de saúde propiciar os recursos e meios para o exercício de boas práticas em saúde. Assim, é importante que cada elo desta cadeia cumpra sua parte da melhor forma.

Portanto, não basta apenas a publicação deste livro, mas ações continuadas para implementação e melhoria destas tecnologias bem como a participação efetiva desses atores para revisões e mudanças de posturas. É preciso que a SES/DF faça de forma consistente e periódica a discussão do papel da avaliação de tecnologias, e da análise custo-efetividade em particular, no planejamento e gerência da difusão e incorporação de tecnologias de saúde.

A institucionalização desta obra na SES/DF torna responsáveis solidários por sua prática todos os gestores, sejam Diretores, Gerentes ou Chefes de Núcleos e Unidades, assim como os servidores, que passam a tê-la como norma técnica. Esperamos que uma política de implantação e implementação de protocolos represente um marco de extrema relevância na história da SES/DF, tendo em vista a ampliação e melhora do atendimento à população.

Temos a certeza que lançamos boa semente em solo fértil. A DIPAS estará aberta ao recebimento de sugestões de novos temas, aperfeiçoamento dos agora apresentados, com vistas a futuras edições. Este material ficará disponível no site da instituição – [www.saude.df.gov.br](http://www.saude.df.gov.br) - com a finalidade de ser difundido e aperfeiçoado, pois as sugestões de novos temas e modificações dos atuais protocolos poderão ser encaminhadas aos responsáveis para a tomada das devidas providências. Agradecemos o esforço de todos aqueles que se empenharam na elaboração dos protocolos.

**Dr<sup>a</sup>. CRISTINA LÚCIA R. C. ROLIM**  
Comissão de Revisão e Disposição  
de Protocolos Clínicos  
Coordenadora

**Dr. JOSÉ RIBAMAR RIBEIRO MALHEIROS**  
Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde  
Diretor





## PREFÁCIO

A Secretaria de Estado de Saúde do D.F, responsável pela assistência à saúde da população do Distrito Federal, tem buscado modernizar-se nos seus múltiplos aspectos, seja pela aquisição de novos equipamentos, reformas físicas, contratação de pessoal e cursos de capacitação, seja pela incorporação de novas tecnologias.

Uma questão fundamental é a normatização ampla e a padronização de condutas e procedimentos. Numa instituição tão grande e bem hierarquizada que presta atendimento, desde o básico até o de alta complexidade, é indispensável falar-se a mesma linguagem em todas as suas Unidades: da mais distante localizada na periferia até o Hospital de Base.

Por isto, criei a Comissão Especial de Revisão e Disposição dos Protocolos Clínicos da SES-DF que, com os coordenadores de especialidades e vários colaboradores, elaborou os Protocolos de Atendimento de Urgências e Emergências e vários protocolos ambulatoriais que agora publicamos.

Em razão do impacto causado pelo crescente número de acidentes, da violência urbana e da atual prática de assistência aos usuários da SES-DF, deu-se relevância à área de Urgência e Emergência onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão acertada e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados. Procurou-se abordar os temas mais freqüentes e de forma objetiva para facilitar consultas rápidas e esclarecedoras.

Não é um trabalho final, mas sim uma edição pioneira que deverá ser revista e enriquecida periodicamente com a ampla participação de profissionais da saúde, buscando-se sua atualização até a elaboração de protocolos e condutas baseados em evidências científicas bem como sua implantação em toda a nossa rede de atendimento.

Com esta publicação, queremos oferecer aos profissionais de saúde da SES-DF uma preciosa ferramenta de trabalho, cuja utilização resultará em melhoria na qualidade da assistência prestada aos nossos usuários, aumentando o número de pacientes internados com diagnóstico, diminuindo o tempo de permanência do paciente internado e racionalizando o emprego dos recursos disponíveis.

**JOSÉ GERALDO MACIEL**  
Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal

## SUMÁRIO

<b>1- ANESTESIA.</b>	
ROTINAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ANESTESIA .....	15
<b>2- POLITRAUMATISMO</b>	
POLITRAUMATIZADO – I .....	18
POLITRAUMATIZADO – II .....	19
ESCORE DE TRAUMA ADULTO .....	20
ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO .....	20
ESCALA DE COMA DE GLASGOW .....	21
POLITRAUMATISMO - CONDUTA IMEDIATA .....	22
CHOQUE: - DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO .....	23
- HIPOVOLÊMICO I .....	24
- HIPOVOLÊMICO II ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUÍDOS OU SANGUE NO PACIENTE ADULTO .....	25
- REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE E NO PACIENTE CARDIOPATA .....	26
- RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS .....	27
- CHOQUE PERSISTENTE .....	28
TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO (TCE) .....	29
RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA GRUPO DE RISCO .....	30
TCE LEVE MODERADO E GRAVE NA CRIANÇA .....	30
TCE LEVE (GLASGOW 15 A 14) EM LACTENTES .....	32
TCE MODERADO (GLASGOW 13 A 9) .....	33
TCE GRAVE (GLASGOW 8 A 3) .....	34
TRAUMATISMO ABDOMINAL – AVALIAÇÃO E RESSUSCITAÇÃO INICIAL .....	35
TRAUMATISMO DE FACE – PARTES MOLES E FRATURA I .....	36
- RADIOGRAFIAS DO TRAUMATISMO DA FACE .....	38
TRAUMATISMO DE MÃO .....	38
PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DA LESÃO MEDULAR	39
ÍNDICES SENSITIVOS E MOTORES – NÍVEIS .....	40
ESCORES DE TRAUMA .....	41
ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (OIS – ORGAN INJURY SCALE) .....	42
<b>3- SISTEMA LOCOMOTOR (ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA)</b>	
ATENDIMENTO EM CASOS DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA .....	46
MONOARTRITE AGUDA .....	47
POLIARTRALGIAS OU POLIARTRITES AGUDAS .....	48
LOMBALGIA AGUDA .....	49
LOMBALGIA POSTURAL .....	50
REAÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS REUMATOLÓGICOS .....	51
LUXAÇÃO DO OMBRO .....	53
ENTORSE DO JOELHO .....	54
ENTORSE DE TORNOZELO .....	55
TORCICOLO .....	56
<b>4- SISTEMA VASCULAR</b>	
URGÊNCIAS VASCULARES .....	57
TRAUMAS VASCULARES .....	57
TROMBOEMBOLIA ARTERIAL .....	58
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) .....	59
PÉ DIABÉTICO .....	60
ANEURISMAS .....	61
<b>5-SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>	
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA .....	62
ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DO PACIENTE COM:	
ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO .....	63
ASSISTOLIA .....	64
BRADIARRITMIA .....	65
TAQUICARDIA VENTRICULAR .....	66
TAQUIARRITMIA VENTRICULAR MULTIFOCAL .....	67
TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES COM QRS ESTREITO .....	68
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO .....	74
EDEMA AGUDO DE PULMÃO .....	76

CRISE HIPERTENSIVA .....	77
<b>6-SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>	
ANAFILAXIA .....	80
URTICÁRIA E ANGIOEDEMA .....	81
ASMA.....	82
ANGINAS .....	87
OTALGIAS .....	88
SINUSITE .....	89
SURDEZ SÚBITA .....	90
TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA .....	91
CORPO ESTRANHO .....	91
ROLHA CERUMINOSA .....	91
EPISTAXE.....	92
LABIRINTITE AGUDA.....	93
PNEUMONIAS .....	94
PNEUMONIAS I E II .....	95
PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES .....	96
PNEUMONIA HOSPITALAR .....	97
EMBOLIA PULMONAR: .....	98
- TERAPÉUTICA .....	99
MANEJO DA TROMBOCITOPENIA INTRODUZIDA POR HEPARINA.....	100
ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) MACIÇO .....	101
<b>7-ALGUNS ASPECTOS DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA</b>	
VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA ADULTO .....	102
ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO .....	103
DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA .....	104
VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO .....	105
VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSRUTIVA CRÔNICA .....	106
VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO ADULTO (SDRA) E CHOQUE SÉPTICO .....	107
LESÃO PULMONAR AGUDA (LPA) / SDRA .....	108
CÁLCULO DE CURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO .....	109
MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR NO ADULTO .....	110
HIPERCAPNIA – MANEJO FISIOTERÁPICO .....	111
<b>8-SISTEMA DIGESTÓRIO</b>	
DOR ABDOMINAL AGUDA .....	112
CAUSAS DA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA .....	113
ROTINAS DE EXAME NA DOR ABDOMINAL AGUDA.....	114
OBSTRUÇÃO INTESTINAL .....	115
ABDOMEN AGUDO – DIAGNÓSTICOS .....	115
ABDOMEN AGUDO INFLAMATÓRIO - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO .....	116
PERITONITES .....	117
DIARRÉIA AGUDA .....	118
DIARRÉIA AGUDA COM MAIS DE 7 DIAS .....	119
PANCREATITE AGUDA I E II .....	120
ICTERÍCIA .....	122
COLANGITE .....	123
INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA .....	124
ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA .....	125
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA I, II E III .....	126
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA .....	129
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA .....	130
HEMATOQUEZIA .....	131
MELENA .....	131
INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO .....	132
INGESTÃO DE CÁUSTICOS .....	133
ASCITE NO PRONTO-SOCORRO .....	134

TRATAMENTO DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA .....	135
ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COLOPROCTOLOGIA .....	136
DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS .....	137
ABSCÉSSO ANORRETAL .....	137
DOENÇA PILONIDAL SACROCOCCÍGEA .....	138
FISSURA ANAL IDIOPÁTICA .....	138
HEMORRÓIDAS .....	139
FECALOMA .....	140
VOLVO .....	141
<b>9-SISTEMA GENITOURINÁRIO</b>	
INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA .....	142
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO BAIXO .....	143
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ALTO .....	144
CÓLICA URETERAL .....	145
HEMATÚRIA .....	146
HEMATÚRIA MACIÇA .....	147
ANÚRIA OBSTRUTIVA .....	147
RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA .....	148
PRIAPISMO .....	149
PARAFIMOSE .....	150
ESCROTO AGUDO .....	151
TRAUMA RENAL .....	151
TRAUMA URETRAL .....	153
TRAUMA VESICAL .....	153
FRATURA PENIANA .....	154
TRAUMA GENITAL .....	154
FERIMENTOS PENETRANTES DE PÊNIS .....	155
TRAUMA DE TESTÍCULO .....	156
<b>10-SAÚDE DA MULHER</b>	
CONDUTA NO ABORTAMENTO PRECOCE .....	157
CONDUTA NO ABORTAMENTO TARDIO .....	158
ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA .....	159
<b>11-PARTO E NASCIMENTO</b>	
GESTAÇÃO PROLONGADA .....	160
TRABALHO DE PARTO .....	161
CONDUTA NA AMNIOREXE PROLONGADA .....	162
PLACENTA PRÉVIA .....	163
PRÉ ECLÂMPSIA GRAVE .....	164
ECLÂMPSIA .....	165
ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO .....	166
DROGAS NO ATENDIMENTO AO RN .....	167
<b>12-SISTEMA NERVOSO</b>	
DOENÇAS CEREBOVASCULARES NA EMERGÊNCIA .....	168
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOENÇA CEREBOVASCULAR AGUDA .....	171
ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA .....	172
ESTADO DE MAL EPILÉPTICO (EME) .....	173
- TRATAMENTO .....	174
- ESTADO DE MAL EPILÉPTICO REFRACTÁRIO .....	175
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM CRISE EPILÉPTICA NA EMERGÊNCIA .....	176
ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA AO PACIENTE COM ESTADO CONFUSIONAL AGUDO .....	178
DROGAS .....	179
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE .....	180
DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA .....	181
TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA .....	182
ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA .....	184
ATENDIMENTO A PACIENTES COM CEFALÉIA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA .....	186
QUEIXA DE CEFALÉIA .....	187
INFECÇÃO INTRACRANIANA (SUSPEITA); AVALIAÇÃO E TRATAMENTO .....	188
FRAQUEZA MUSCULAR AGUDA .....	190



**13-SAÚDE MENTAL**

ABORDAGEM PSICOLÓGICA DO PACIENTE TERMINAL .....	192
PACIENTE VIOLENTO .....	192
GESTAÇÃO E PUERPÉRIO .....	195
SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICAS .....	195
QUADROS PSIQUIÁTRICOS MAIS COMUNS EM EMERGÊNCIA EM HOSPITAL GERAL .....	197

**14-OLHO E ANEXOS**

TRAUMAS QUÍMICOS .....	199
LACERAÇÕES OCULARES .....	199
CORPOS ESTRANHOS CONJUNTIVAIS OU CORNEANOS .....	200
TRAUMA OCULAR .....	200
OLHO VERMELHO .....	201
UVEÍTES .....	202
DOR OCULAR PÓS CIRURGIA OFTALMOLÓGICA .....	202
ABRASÕES CORNEANAS .....	203
ÚLCERA DE CÔRNEA .....	203
GLAUCOMA .....	204
TUMOR PALPEBRAL .....	205
CERATOCONJUNTIVITE POR RADIAÇÃO, CELULITE ORBITÁRIA, DACRIOCISTITE) .....	205
CONJUNTIVITE BACTERIANA .....	206
CONJUNTIVITE VIRAL .....	206
CONJUNTIVITE POR HERPE SIMPLES .....	206
CONJUNTIVITE ALÉRGICA .....	207
CONJUNTIVITE PRIMAVERIL / ATÓPICA .....	207
HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL .....	207
HORDÉOLO / CALÁZIO .....	208
BLEFARITES E ESPISCLERITES .....	208

**15-SISTEMA ENDÓCRINO**

HIPERCALCEMIA .....	209
CRISE TIREOTÓXICA .....	210
COMA MIXEDEMATOSO - ABORDAGEM E TRATAMENTO .....	211
HIPOGLICEMIA .....	212
CETOACIDOSE DIABÉTICA .....	213
ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICÊMICO .....	214
INSUFICIÊNCIA ADRENAL .....	215

**16- SISTEMA HEMATOLÓGICO**

CRISE FALCÊMICA .....	215
TRANSFUSÃO SANGUÍNEA .....	216
TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS .....	217
TRANSFUSÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC) .....	218
TRANSFUSÃO DE CRIOPRECIPITADO .....	219
INCIDENTES TRANSFUSIONAIS NOTIFICÁVEIS .....	219
REAÇÕES TRANSFUSIONAIS .....	220
REAÇÕES FEBRIS .....	220
REAÇÃO ALÉRGICA .....	221
REAÇÕES HEMOLÍTICAS .....	221
NEUTROPENIA FEBRIL I .....	222
NEUTROPENIA FEBRIL II .....	223
CONDIÇÕES ESPECIAIS DO NEUTROPÊNICO .....	224
COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS EM PEDIATRIA .....	224

**17-DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS**

HIPONATREMIA - I E II .....	225
HIPOCALEMIA - I E II .....	227
HIPERCALEMIA - I E II E III .....	229
HIPERMAGNESEMIA .....	232
HIPOMAGNESEMIA .....	233

**18-DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS NO RN**

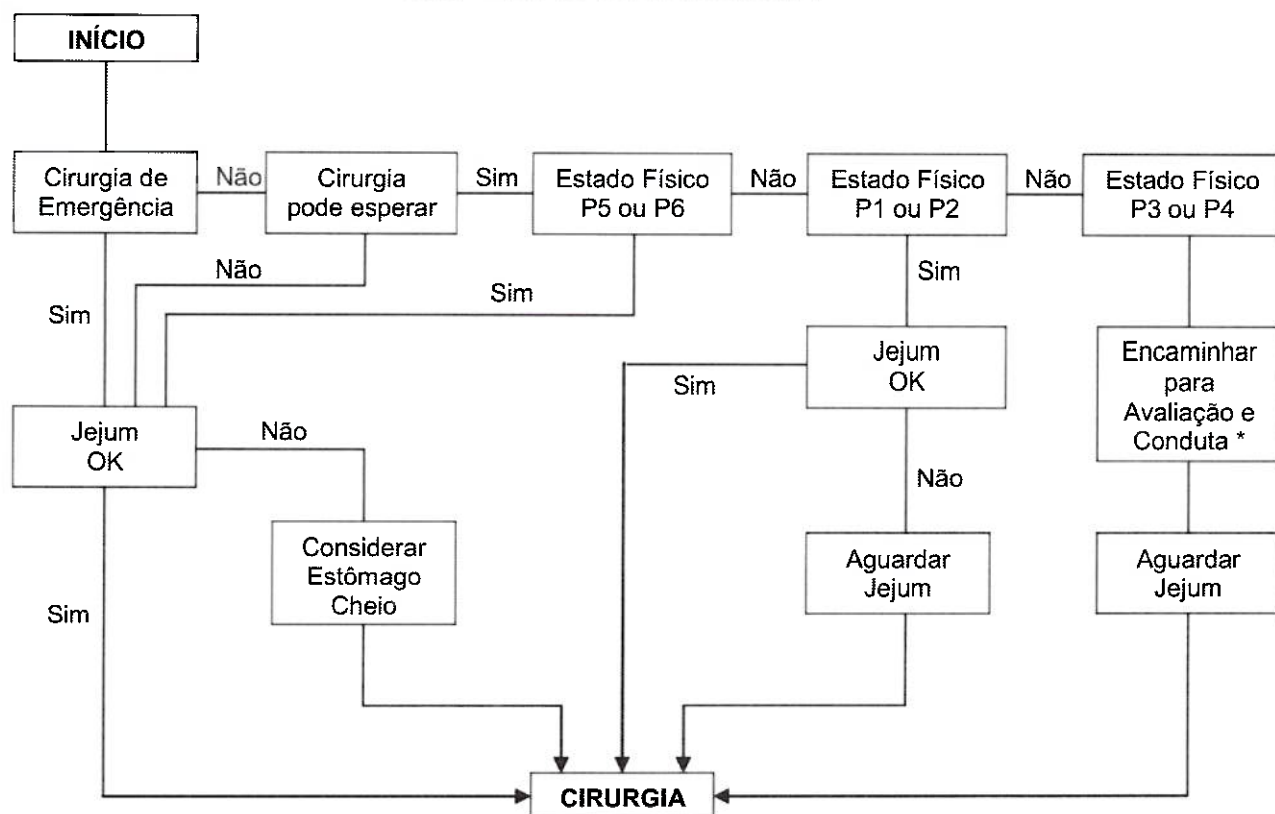
DISTÚRBIOS DO CÁLCIO NO RN .....	234
DISTÚRBIOS DO SÓDIO NO RN .....	235

---

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES**

DISTÚRBIOS DO POTÁSSIO NO RN .....	236
DISTÚRBIOS DO MAGNÉCIO NO RN .....	237
DISTÚRBIOS DA GLICEMIA NO RN .....	238
<b>19- PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO</b>	
PIODERMITES .....	239
CELULITE E ERISPELA .....	240
FURÚNCULO .....	241
HERPES VÍRUS: SIMPLES E ZOSTER .....	242
ECTIMA .....	243
REAÇÕES HANSÊNICAS .....	244
NEURITE HANSÊNICA .....	244
ERITEMA NODOSO HANSÊNICO .....	245
<b>20-DOENÇAS INFECCIOSAS</b>	
DOENÇA MENINGOCÓCICA .....	246
LEISHMANIOSE VISCERAL .....	247
DENGUE – DIAGNÓSTICO E CONDUTA .....	249
HANTAVIROSE - SÍNDROME CÁRDIO-PULMONAR .....	251
<b>21- CUIDADOS INTENSIVOS NA CRIANÇA - ALGUNS ASPECTOS</b>	
ESTADO DE MAL CONVULSIVO.....	252
CRISE EPILÉTICA AGUDA - SUPORTE AVANÇADO DE VIDA .....	253
UTI PEDIÁTRICA	
- HIERARQUIZAÇÃO DO ATENDIMENTO .....	254
- CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO .....	254
- NORMAS PARA ALTA .....	255
- NORMAS PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES .....	255
DRENAGEM TORÁCICA FECHADA .....	256
SEDAÇÃO E ANALGESIA NOS PACIENTES INTERNADOS EM U.T.I. PEDIÁTRICA .....	257
<b>22-INTOXICAÇÃO EXÓGENA</b>	
ABORDAGEM INICIAL .....	260
ATENDIMENTO INICIAL INTRA-HOSPITALAR .....	261
SÍNDROMES TOXICOLÓGICAS .....	262
EFEITOS DAS TOXINAS .....	263
ANAMNESE E EXAME FÍSICO .....	264
BASES DO TRATAMENTO DO PACIENTE INTOXICADO .....	265
DESCONTAMINAÇÃO .....	266
DESCONTAMINAÇÃO GASTROINTESTINAL .....	267
- INDUÇÃO DA EMESE .....	268
- LAVAGEM GÁSTRICA .....	268
CATÁRTICOS .....	269
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA .....	269
ADSORVENTES .....	269
MÉTODOS PARA AUMENTAR A ELIMINAÇÃO .....	270
ANTÍDOTOS .....	270
ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, SUSPEITA DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA E ENVENENAMENTO .....	272
<b>23- PROCEDIMENTOS RELATIVOS À DECLARAÇÃO DE ÓBITO</b>	273
<b>24- ACIDENTE DE TRABALHO</b>	274
EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO .....	275
<b>25- ANEXOS</b>	
MEDICAMENTOS – DROGAS VASOATIVAS CARDIOVASCULARES .....	278
DROGAS – INFORMAÇÕES GERAIS .....	280
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>286</b>

## ROTINAS DE ANESTESIA



### \* ENCAMINHAR À CARDIOLOGIA OU CLÍNICA MÉDICA (AUSÊNCIA DE CARDIOLOGIA)

- 1) HAS de difícil controle terapêutico
  - PAS > 180 mmHg
  - PAD > 110 mmHg
  - PAD > 100 mmHg associada a insuficiência
- 2) Infarto prévio do miocárdio
- 3) ICC classe funcional II e III
- 4) Angina
- 5) Cardiopatia congênita
- 6) Valvopatia grave
- 7) Revascularização miocárdica
- 8) Cirurgia cardíaca prévia

\*\* Deverá constar na avaliação resultados de exames \*\*

### CONDUTA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL

- PAS > 180 mmHg
- PAD > 110 mmHg

Não administrar Nefedipina sublingual ou similar

Não administrar captopril ou outro inibidor do Sistema Renina Angiotensina

Não administrar diurético

Não promover queda brusca da pressão arterial (> 30% da basal)

Se necessário controlar a pressão arterial com Beta Bloqueador ou Alfa 2 Agonista (Clonidina ou dexmedetomidina)



## CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO

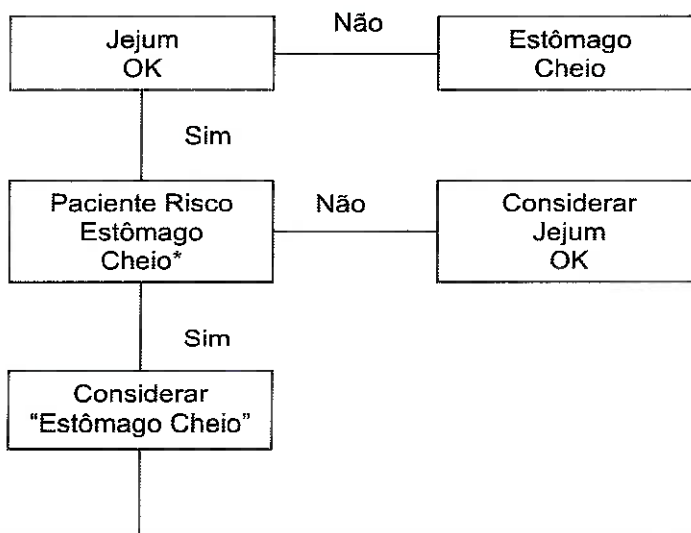
CLASSE	DESCRIÇÃO
P1	Paciente normal sem doença
P2	Paciente com doença sistêmica leve
P3	Paciente com doença sistêmica grave
P4	Paciente com doença sistêmica que representa ameaça constante à vida
P5	Paciente moribundo, sem expectativa de vida a menos que seja operado
P6	Paciente com morte cerebral, onde os órgãos serão removidos para doação
E	Sufixo colocado após a classificação para designar emergência

## DEFINIÇÃO DO TEMPO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

IDADE	SÓLIDO (refeição leve – torrada e chá)	SÓLIDO (refeição completa – gorduras, carnes)	LEITE NÃO HUMANO	LEITE MATERNO	LÍQUIDO CLARO
RN					
< 6 meses			6 horas	4 horas	2 horas
6 - 36 meses	6 horas	8 horas	6 horas	4 horas	2 horas
> 36 meses	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas
Adulto	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas

Líquido claro: água, suco de fruta sem polpa, chá claro, bebidas isotônicas, bebidas carbonatadas (refrigerantes).

## ESTÔMAGO CHEIO



Nos pacientes de risco, introduzir profilaxia medicamentosa (gastrocinéticos como a metoclopramida, antiácidos não particulados como o citrato de sódio e antagonistas do receptor H2 como ranitidina) e associar indução seqüencial rápida. Quando o paciente já estiver em uso de sonda nasogástrica esta deve ser aspirada e não deve ser removida.

\* Pacientes de risco estômago cheio: falta de jejum, refluxo gastroesofágico, acalasia, neuropatia autonômica diabética, divertículo de Zencker, estenose CA de esôfago, diminuição do tônus do EEI, TCE, isquemia cerebral, desordens neuromusculares, distrofias musculares, dor, estenose intestinal, ascite de grande volume, gestação, uremia, hipo e acloridria gástrica.

## DIABETES MELLITUS

- a) Hipoglicemiante oral de longa duração suspender com antecedência se possível.
- b) Hipoglicemiante oral de curta duração suspender no dia
- c) Avaliação da glicemia deve ser feita no dia da cirurgia
- d) Glicemia entre 150 e 200 mg % evitar insulina pelo risco de hipoglicemia
- e) Glicemia até 250 mg/dL não contra indica cirurgia
- f) Insulina deve ser utilizada no controle pré-operatório (ver esquema a seguir)
- g) Evitar estresse e situações que desencadeiam reações catabólicas e hiperglicemia, sempre que possível prescrever medicação pré-anestésica, planejar analgesia pós-operatória.

**Obs.:** Paciente diabético pode ter uma maior dificuldade para intubação traqueal

### Cuidados Específicos

Em caso de pacientes compensados com dieta:

- Realizar glicemia capilar de 6/6 horas até o retorno da alimentação
- Evitar infusões de grandes volumes de soluções com glicose

Em caso de pacientes compensados com hipoglicemiante oral:

- Suspender hipoglicemimimante
- Manter dextro de 6/6 horas na véspera, no intra o pós-operatório até a suspensão do jejum e o retorno do hipoglicemiante oral

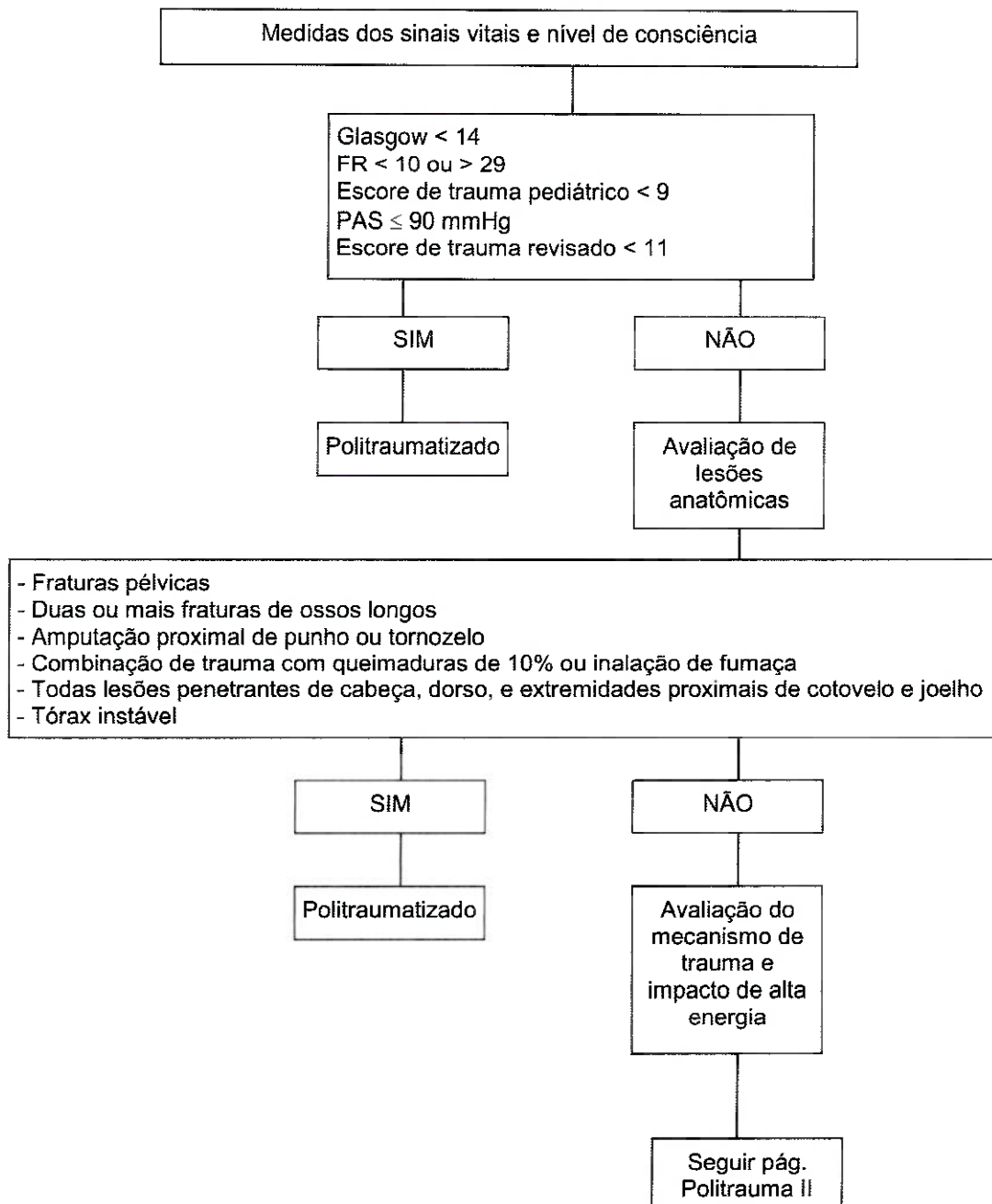
Em caso de paciente compensado com insulina:

- Em uso de insulina ultralenta a mesma deverá ser suspensa 3 dias antes da cirurgia e substituí-la por insulina NPH e regular, se possível.
- Manter dextro de 6/6 horas e insulina se necessário, além da infusão de solução glicosada a 5%, durante o período de jejum.
- Nos pacientes com insulina NPH, administrar 1/3 da dose habitual na manhã da cirurgia e manter com solução glicosada a 5%.

### MEDICAÇÕES QUE DEVEM SER SUSPENSAS ANTES DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO QUANDO POSSÍVEL

DROGA	TEMPO PRÉVIO DE SUSPENSÃO
Antidepressivo tricíclico – ADT (quando utilizando forma aguda menos de 4 semanas e ou utilizado doses elevadas)	15 a 21 dias
Inibidores da MAO (quando clinicamente viável)	15 dias
Hipoglicemiante oral	8 a 12 horas
Hipoglicemiante oral de longa duração	24 a 72 horas
Inibidores do apetite	15 dias
AAS	7 dias
ticlopidina	10 dias
clopidogrel	7 dias
Inibidores da GP IIb/IIIa	Bloqueio neuraxial não recomendado, monitorizar função plaquetária se punção for necessária
Heparina não-fracionada	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 1h antes ou 2-4h depois da dose de heparina
Heparina de baixo peso molecular	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 10-20h após baixas doses ou 24h após altas doses e reiniciar a terapia 2-4h depois do bloqueio.
Anticoagulantes orais	Monitorizar INR, se $\leq 1,4$ pode ser realizado bloqueio neuraxial; para cirurgias eletivas suspensão 1 a 3 dias antes e observar TP = 20% do valor normal e retornar com tratamento 1 a 7 dias após cirurgia.

## POLITRAUMATIZADO – I (IDENTIFICAÇÃO)

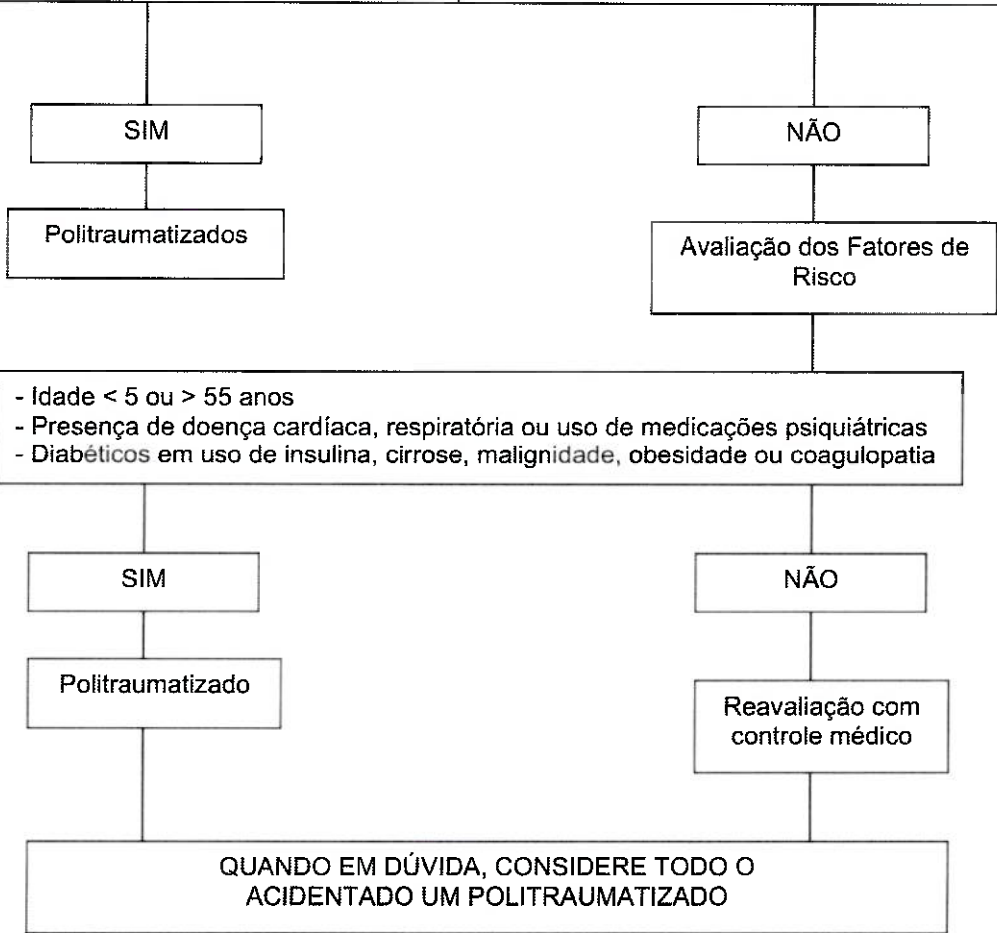


São politraumatizados os pacientes com um ou mais traumas significativos de cabeça, tórax, abdome, trato urinário, pelve ou coluna e extremidades.

**FR** = Frequência Respiratória  
**PAS** = Pressão Sistólica

## POLITRAUMATIZADO II (IDENTIFICAÇÃO)

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejeção do automóvel</li> <li>- Morte no mesmo compartimento do passageiro</li> <li>- Atropelamento</li> <li>- Impacto de alta velocidade</li> <li>- Velocidade inicial &gt; 64 Km/h</li> <li>- Mudança de velocidade &gt; 32 Km/h</li> <li>- Maior deformidade &gt; 50 cm</li> <li>- Intrusão no compartimento do passageiro &gt; 30cm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo resgate &gt; 20min</li> <li>- Queda &gt; 20 pés (± 6 metros)</li> <li>- Capotagem</li> <li>- Lesão do pedestre com impacto significativo &gt; 8Km/h</li> <li>- Impacto de motocicleta &gt; 32Km/h com separação da roda do guidão</li> </ul>
--	---



### ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- βHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

**ESCORE DE TRAUMA ADULTO**

VARIÁVEIS		ESCORE
Frequência Respiratória	10 a 24	4
	25 a 35	3
	> 36	2
	1 a 9	1
	0	0
Pressão Sistólica mm Hg	> 89	4
	70 a 89	3
	50 a 69	2
	1 a 49	1
	0	0
Escala de Coma Glasgow	13 a 15	4
	09 a 12	3
	06 a 08	2
	04 a 05	1
	< 04	0

**PACIENTE POLITRAUMATIZADO  
ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO**

AVALIAÇÃO	ESCORE		
	+2	+1	-1
PESO	>20kg	10 a 20Kg	< 10Kg
Vias aéreas	Normal	Via aérea nasal ou oral	Intubação ou Traqueostomia
Pressão arterial	> 90mmHg	50 a 90mmHg	< 50mmHg
Nível de consciência	Completamente desperto	Obnubilado ou qualquer perda da consciência	Comatoso
Lesões abertas	Nenhuma	Menor	Maior ou penetrantes
Fraturas	Nenhuma	Menor	Múltiplas ou penetrantes

**ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

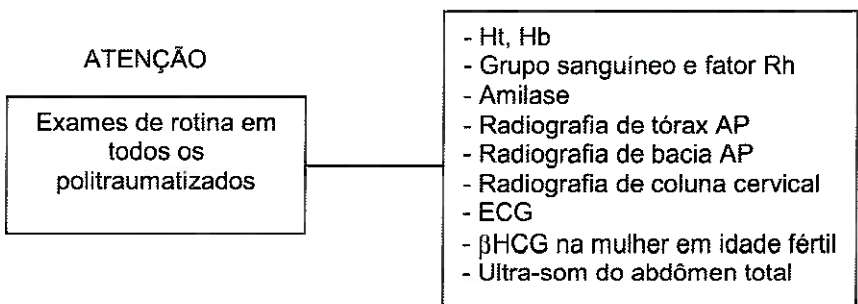
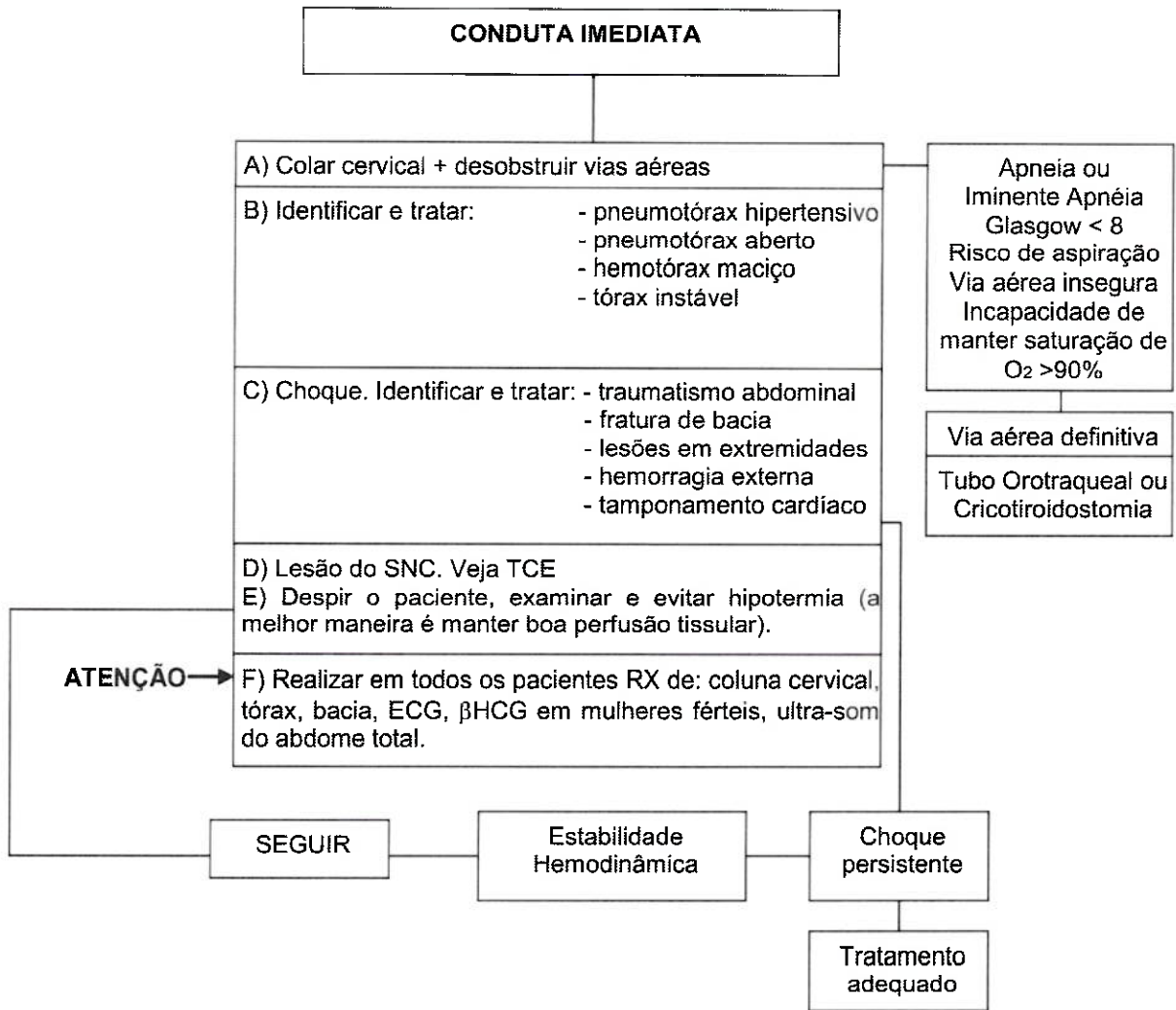
**ATENÇÃO**

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- $\beta$ HCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

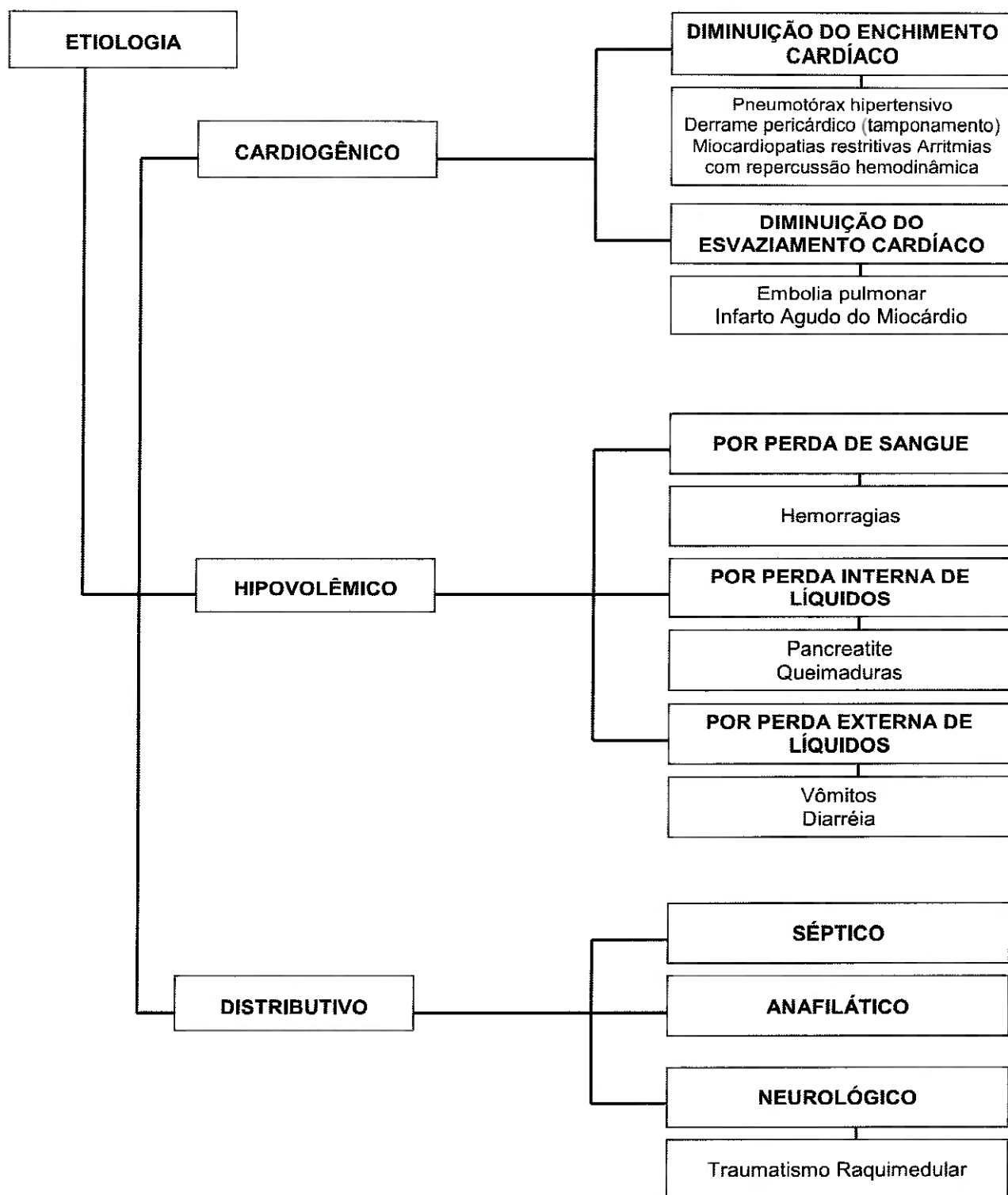


# POLITRAUMATISMO



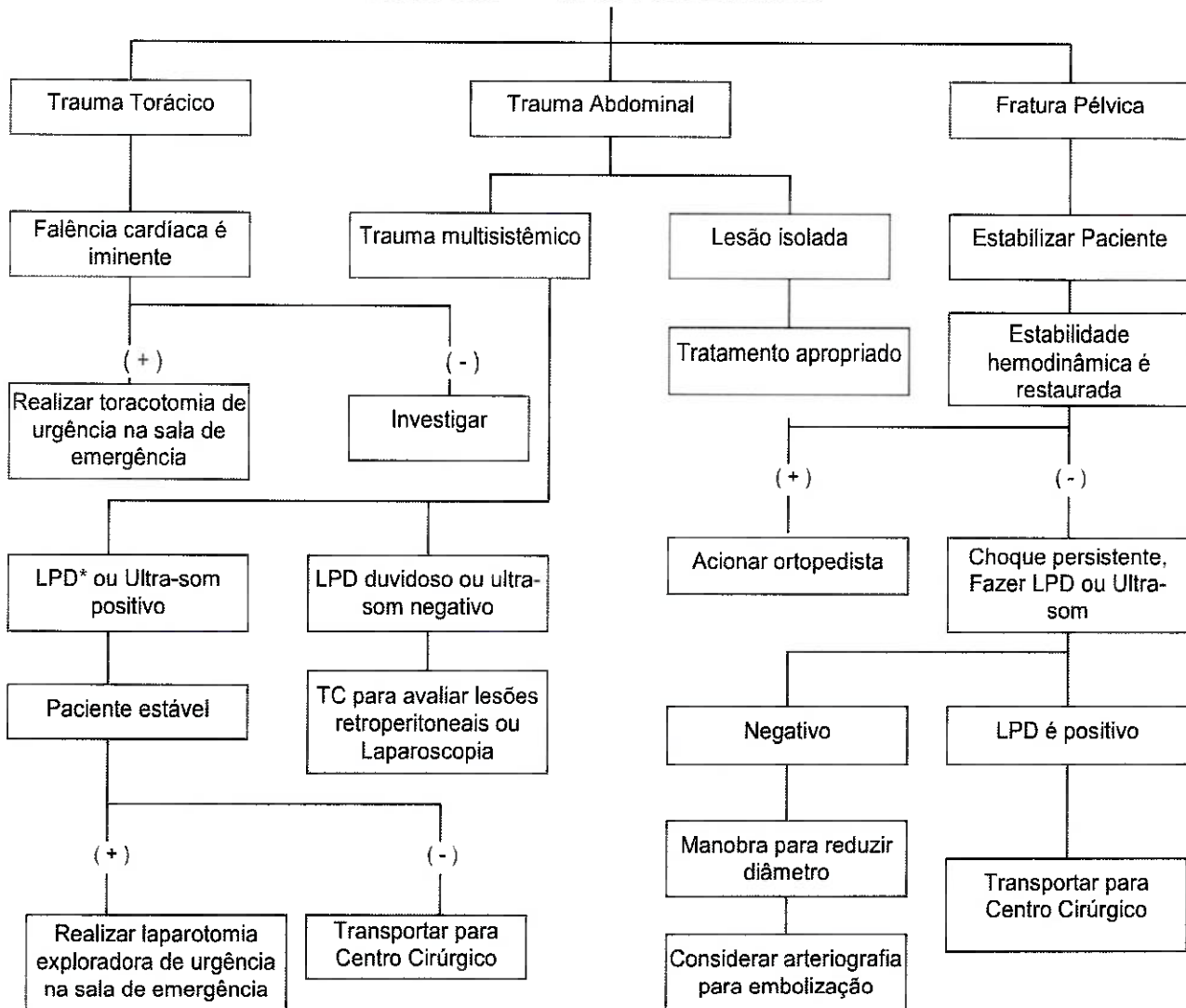
## CHOQUE

### DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO EM DECORRÊNCIA DE MÁ PERFUSÃO PERIFÉRICA





# CHOQUE HIPOVOLÊMICO



(-) Não  
(+) Sim

## TRATAMENTO

Dois cateteres (jelco 14 ou 16) em veias periféricas calibrosas  
 Cristalóides – Adulto – 3.000ml da solução cristalóide (correr aberto),  
 Se necessário infundir mais 3.000ml.  
 Crianças – 20 a 40ml/Kg da solução cristalóide  
 Não melhorou, usar sangue

\*LPD – Lavagem Peritoneal Diagnóstica

**CHOQUE HIPOVOLÊMICO II****ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUIDOS OU SANGUE  
BASEADA NA APRESENTAÇÃO INICIAL DO PACIENTE ADULTO**

	I	II	III	IV
Perda de sangue (ml)	< 750	750 a 1.500	1-500 a 2.000	> 2.000
Perda de sangue{}	< 15%	15 a 30%	30 a 40%	> 40%
Frequência de pulso	< 100	> 100	>120	>140
Pressão sanguínea	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
Frequência respiratória	14 a 20	20 a 30	30 a 40	> 35
Pressão de pulso	Normal ou aumentada	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Débito urinário (ml/h)	> 30	20 a 30	05 a 15	Nenhum
SNC	Ligeiramente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso e confuso	Confuso e letárgico
Reposição de fluidos (Regra 3:1)	Cristalóide	Cristalóide	Cristalóide e sangue	Cristalóide e sangue

- Regra 3:1 - reposição de 300ml de solução eletrolítica para cada 100ml de perda sanguínea.

## CHOQUE HIPOVOLÊMICO

### REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO

**ADULTO:**

- 1- Ringer Lactato 3.000ml endovenoso em 5 a 10min.
- 2 - Repetir se o paciente não melhorar (até 2x).
- 3 -Iniciar transfusão de sangue se o doente não melhorar após a segunda infusão (somente no caso de hemorragia).

**CRIANÇA:**

- 1 - 20ml/Kg (peso). Inicial.
- 2 - Repetir item 1 (até 2x)
- 3 - Transfusão 10 ml/Kg peso (somente no caso de hemorragia)

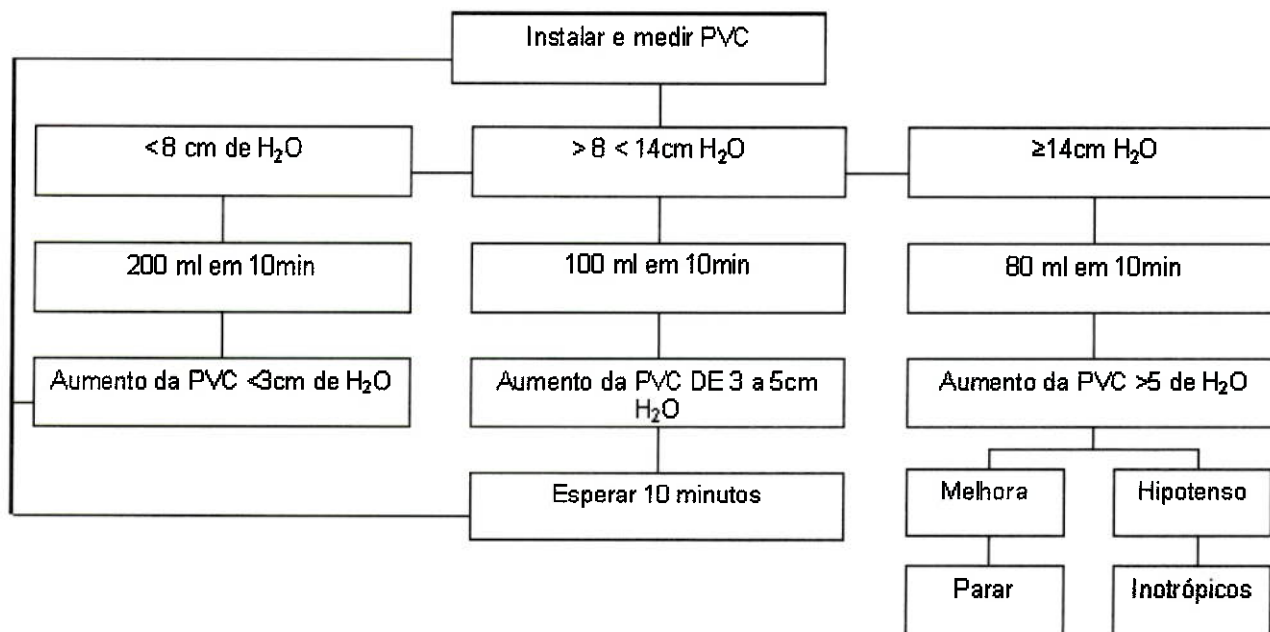
Continuar a expansão rápida de líquidos com cristalóide e/ou colóides até atingir os índices abaixo.

Paciente estabilizado deve ter os seguintes parâmetros:

Pulso radial	Menor que 100 batimentos por minuto
Pressão arterial	Normal
Débito urinário	Maior que 50 ml por hora
Oximetria	Saturação de O <sub>2</sub> maior que 95%

## REPOSIÇÃO DE VOLUME NO PACIENTE CARDIOPATA

### PRESSÃO COLOIDSMÓTICA DEVE ESTAR NORMAL



**ATENÇÃO:**

**OBSERVAR:**

- 1 - Dois (2) acessos venosos periféricos com Jelco 14.
- 2 - Pacientes com hipoalbuminemia necessitam albumina humana associada ao cristalóide, desde o início.
- 3 - Pacientes cardiopatas podem necessitar de cardiotônicos.
- 4 - Monitorização da PVC: queimados, sépticos, neurológicos, cardiopatas.
- 5 - Pacientes diabéticos ou com insuficiência hepática não devem fazer uso de Ringer Lactato.

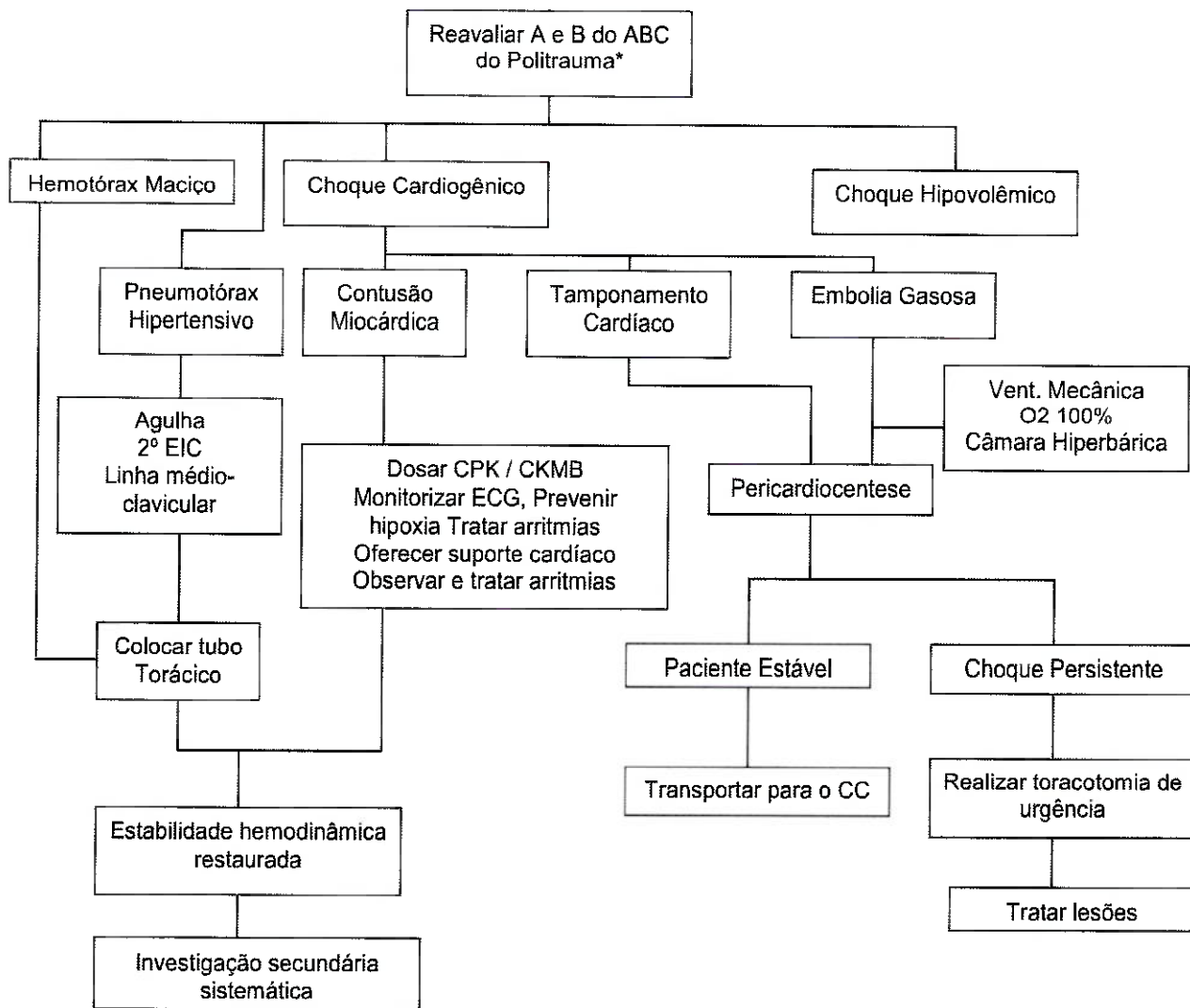
**CHOQUE HIPOVOLÊMICO EM CRIANÇAS****RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS**

	PERDA DE VOLUME SANGUÍNEO		
	< 25%	25 a 45%	> 45%
Cardíaco	Pulso fraco, aumento da FC	Aumento da FC	Hipotensão Taquicardia para bradicardia
SNC	Letárgico, irritável, confuso	Mudança de nível de consciência, resposta à dor	Comatoso
Pele	Fria, pegajosa	Cianótica, enchimento capilar diminuído, extremidades frias	Pálida e fria
Rins	Débito urinário diminuído, aumento de densidade	Débito urinário mínimo	Sem débito urinário

**SINAIS VITAIS NORMAIS EM CRIANÇAS**

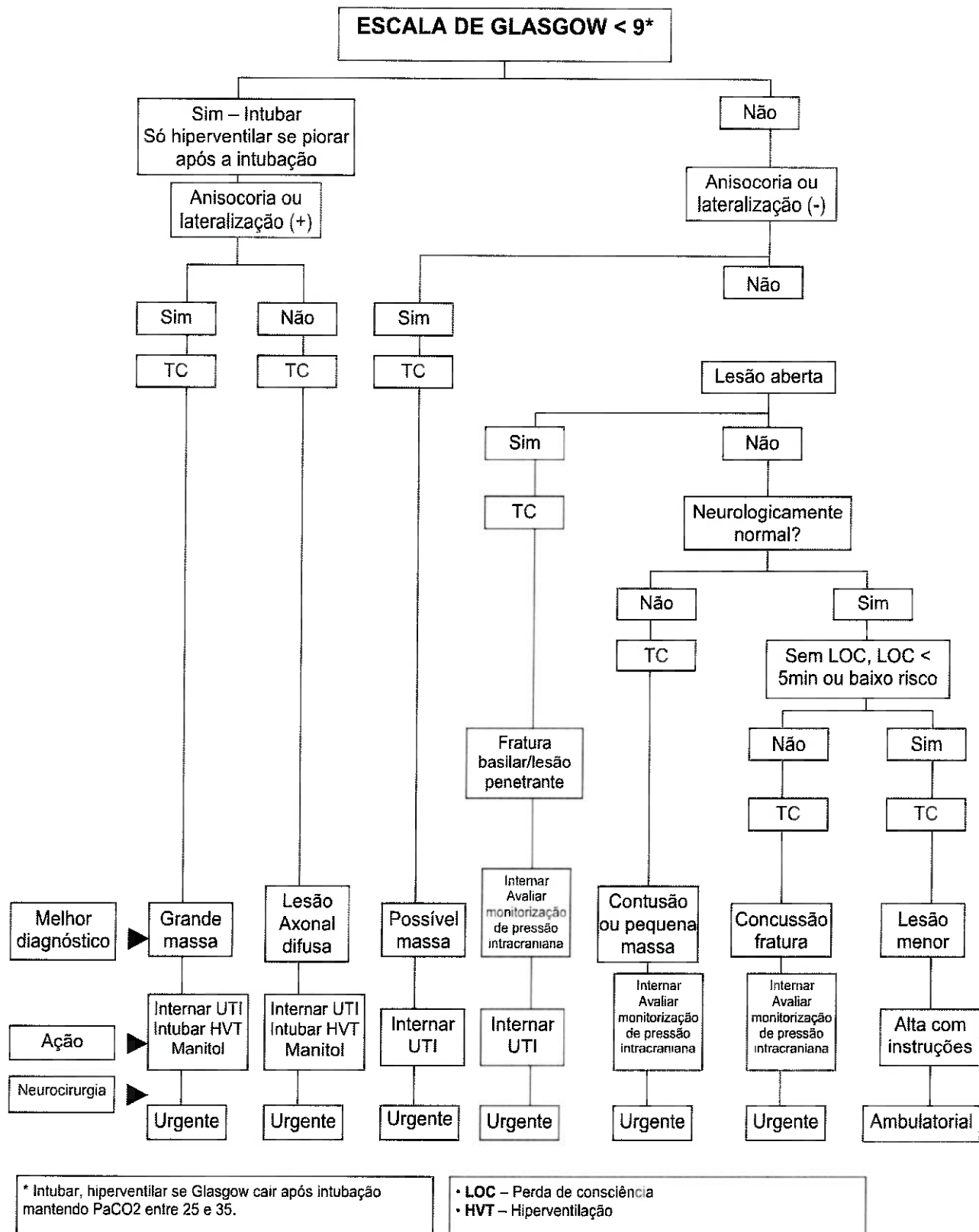
	Frequência máxima de pulso (bat/min)	Limite inferior da PA sistólica (mmHG)	Frequência máxima respiratória (inc./min)
Infantes	160	80	40
Pré-escolares	120	90	30
Adolescentes	100	100	20

## CHOQUE PERSISTENTE



**\*Abertura das vias aéreas com controle e estabilização da coluna cervical:**  
 Boa ventilação e respiração que assegurem uma troca gasosa e perfusão adequadas;  
 Controle da circulação através do controle de hemorragias, e se necessário, infusão de soluções;  
 Déficit neurológico deve ser pesquisado através de exame sumário apenas para confirmarmos e associá-los a outros sinais clínicos;  
 Exposição completa do paciente, retirando suas vestes, porém prevenindo-se a hipotermia.

# TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO (TCE)



## RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA

### GRUPO DE RISCO

BAIXO	MODERADO	ALTO
Assintomático	Mudança de consciência	Consciência deprimida
Cefaléia	Cefaléia progressiva	Sinal focal
Tontura	Intoxicação por álcool ou outras drogas	Fratura com afundamento
Consciência deprimida	Idade < 2 anos	
Laceração de couro cabeludo	Convulsão	
Contusão de couro cabeludo	Vômito	
Ausência de critério moderado a alto risco	Amnésia	
	Trauma múltiplo	
	Lesão facial séria	
	Sinais de fratura basilar	
	Possível penetração cerebral	
	Possível fratura com afundamento	
	Suspeita de agressão infantil	

## TCE: LEVE, MODERADO E GRAVE NA CRIANÇA

### ATENDIMENTO INICIAL

O atendimento inicial deve seguir as recomendações preconizadas pelo Pediatric Advanced Life Support (PALS) e pelo Advanced Trauma Life Support (ATLS).

A escala de coma de Glasgow (ECGL 1 e 2) permite classificar os pacientes e, a partir dessa definição, determina-se a conduta adequada:

- Trauma craniano leve: ECGL – 15 a 14;
- Trauma craniano moderado: ECGL – 13 a 9;
- Trauma craniano grave: ECGL – 8 a 3.

#### Controle da hipertensão intracraniana na admissão

1. PALS / ATLS.
2. Manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória.
3. Manter a cabeça e a coluna cervical em posição neutra.



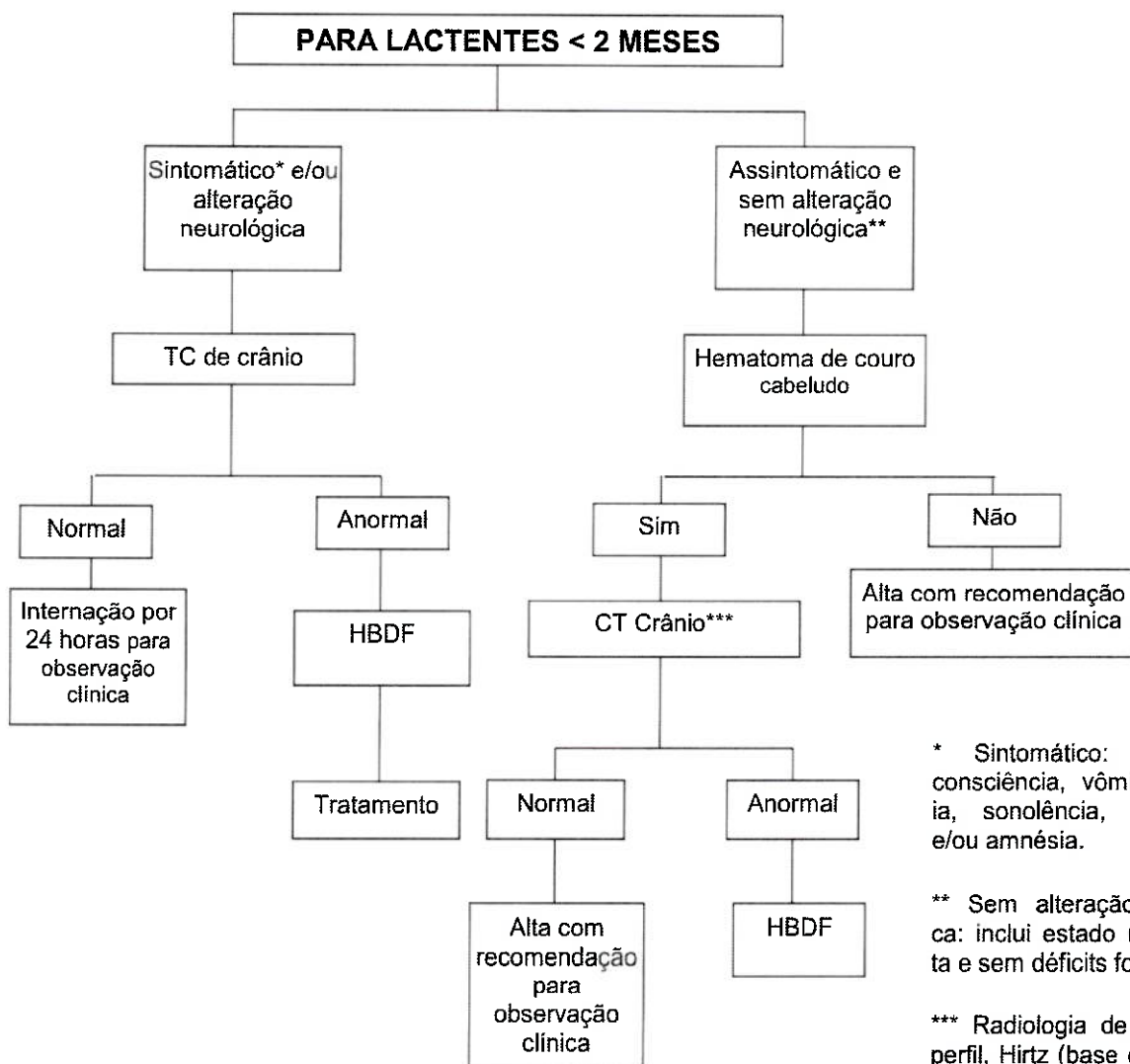
4. Decúbito elevado a 30°, se não houver instabilidade hemodinâmica.
5. Sedação (tiopental 3 a 5 mg/kg) e eventual curarização (atracúrio 0,3 a 0,5 mg/kg).
6. Manitol a 20% - 0,25 g/kg em bolo.
7. Se normovolêmico, restrição de líquidos 60 a 70% da manutenção normal e administração de furosemida (Lasix®) 1 mg/kg EV.
8. Fenitoína – ataque de 15 a 20 mg/kg e manutenção de 5 mg/kg/dia, profilaxia das convulsões.
9. Tratamento das lesões associadas.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW MODIFICADA PARA CRIANÇAS		
Resposta	Forma	Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ordem verbal	3
	Estímulo doloroso	2
	Não abre	1
Melhor resposta verbal	Balucio	5
	Choro irritado	4
	Choro à dor	3
	Gemido à dor	2
	Não responde	1
Melhor resposta motora	Movimento espontâneo e normal	6
	Reage ao toque	5
	Reage à dor	4
	Flexão anormal-decorticação	3
	Extensão anormal-descerebração	2
	Nenhuma	1
		Total

<p><b>Fatores preditivos de lesão intracraniana (LIC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismo de trauma;</li> <li>• Idade inferior a 2 anos com hematoma de couro cabeludo;</li> <li>• Fontanela tensa e abaulada;</li> <li>• Amnésia prolongada;</li> <li>• Perda da consciência maior que 5 minutos;</li> <li>• Déficits neurológicos;</li> <li>• Vômitos incoercíveis;</li> <li>• Cefaléia intensa ou moderada;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fratura craniana e fratura de base do crânio (sinal de Battle: equimose da região mastóide; "olhos de guaxinim": equimose periorbitária);</li> <li>• Rinorréia, otorréia e hemotímpano;</li> <li>• Alteração do diâmetro pupilar;</li> <li>• Suspeita de maus-tratos.</li> </ul> <p><b>Observação</b> Pode ocorrer uma lesão intracraniana em 3 a 7% dos pacientes pediátricos sintomáticos com TCE neurologicamente normais.</p>
--	--



## TCE LEVE (GLASGOW 15-14)

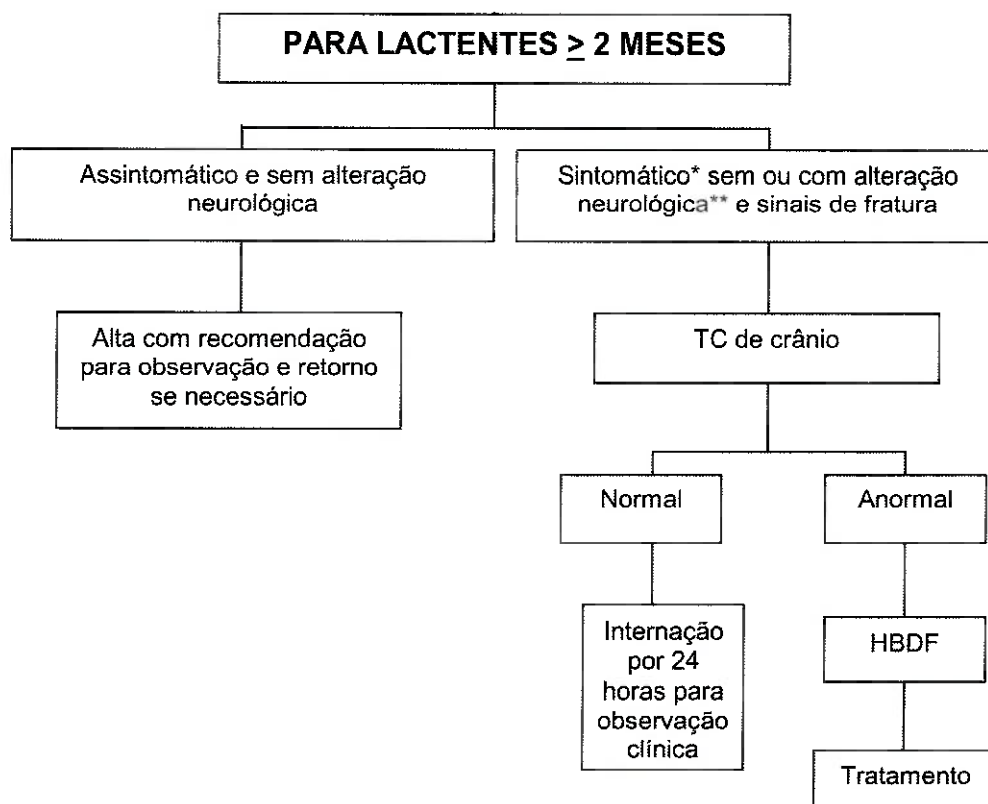


\* Sintomático: perda da consciência, vômitos, cefaléia, sonolência, irritabilidade e/ou amnésia.

\*\* Sem alteração neurológica: inclui estado mental alerta e sem déficits focais.

\*\*\* Radiologia de crânio AP, perfil, Hirtz (base do crânio) e Worns (fossa posterior).

## TCE LEVE (GLASGOW 15-14)



\* Sintomático: perda da consciência, vômitos, cefaléia, sonolência, irritabilidade e/ou amnésia.

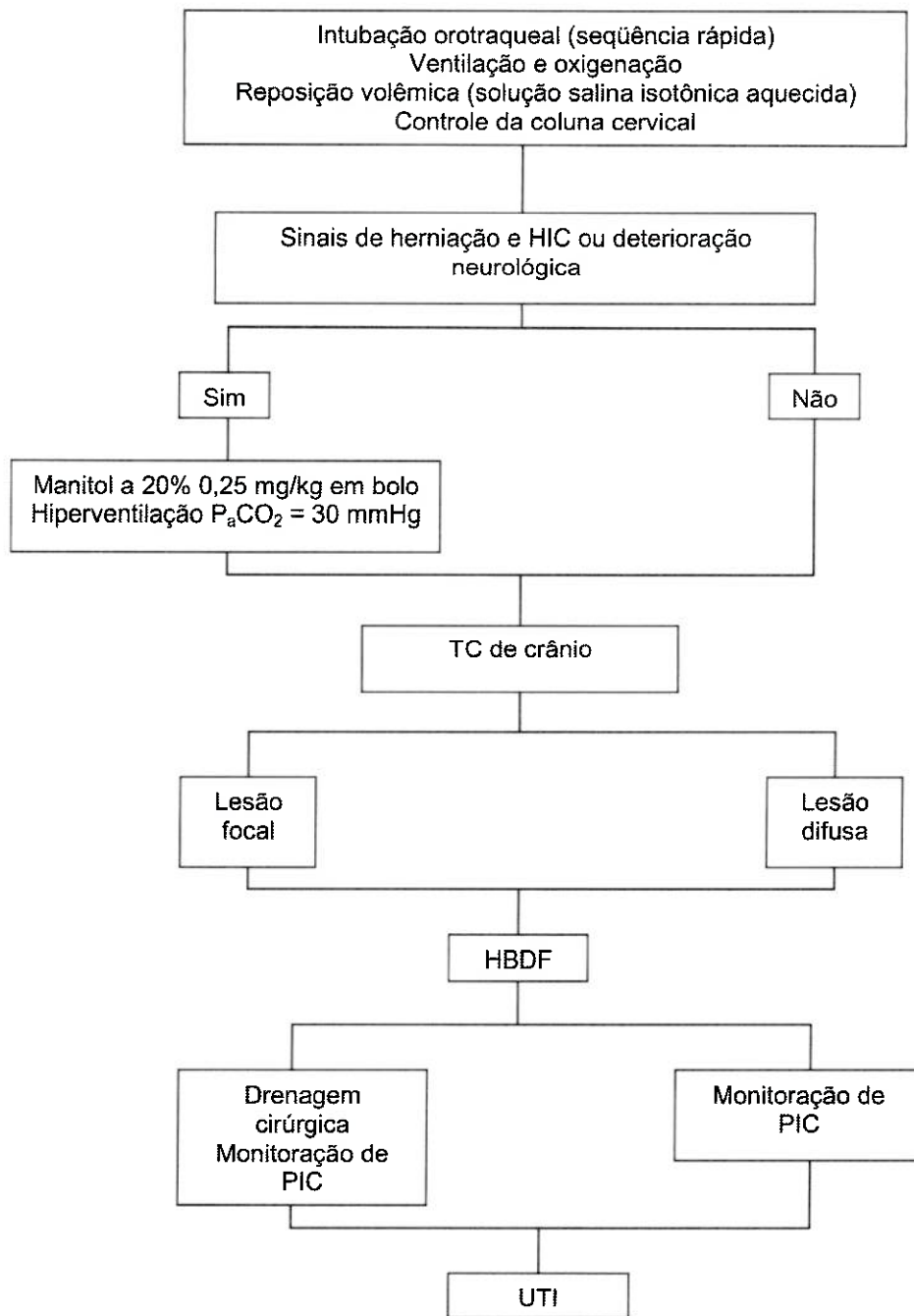
\*\* Sem alteração neurológica: inclui estado mental alerta e sem déficits focais.

## TCE MODERADO (GLASGOW 13-9)

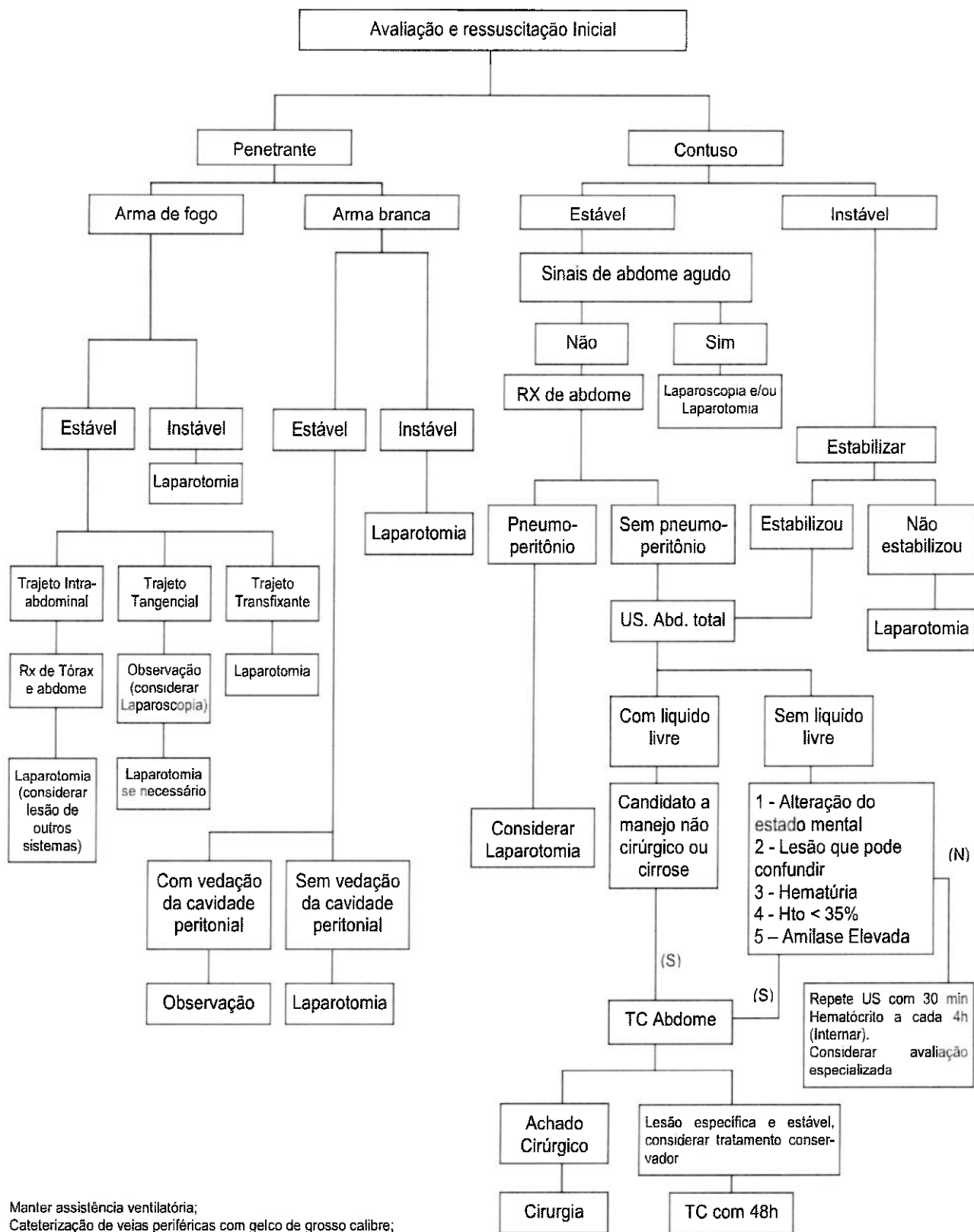
### TCE MODERADO – ECG = 13 A 9

- Atendimento inicial: ABC – PALS/ATLS (no hospital do primeiro atendimento);
- Internação e tomografia de crânio para todos os casos – HBDF;
- Deteriorização clínica, considerar TCE grave – HBDF.

# TRAUMA DE CRÂNIO GRAVE ECGL 8 A 3



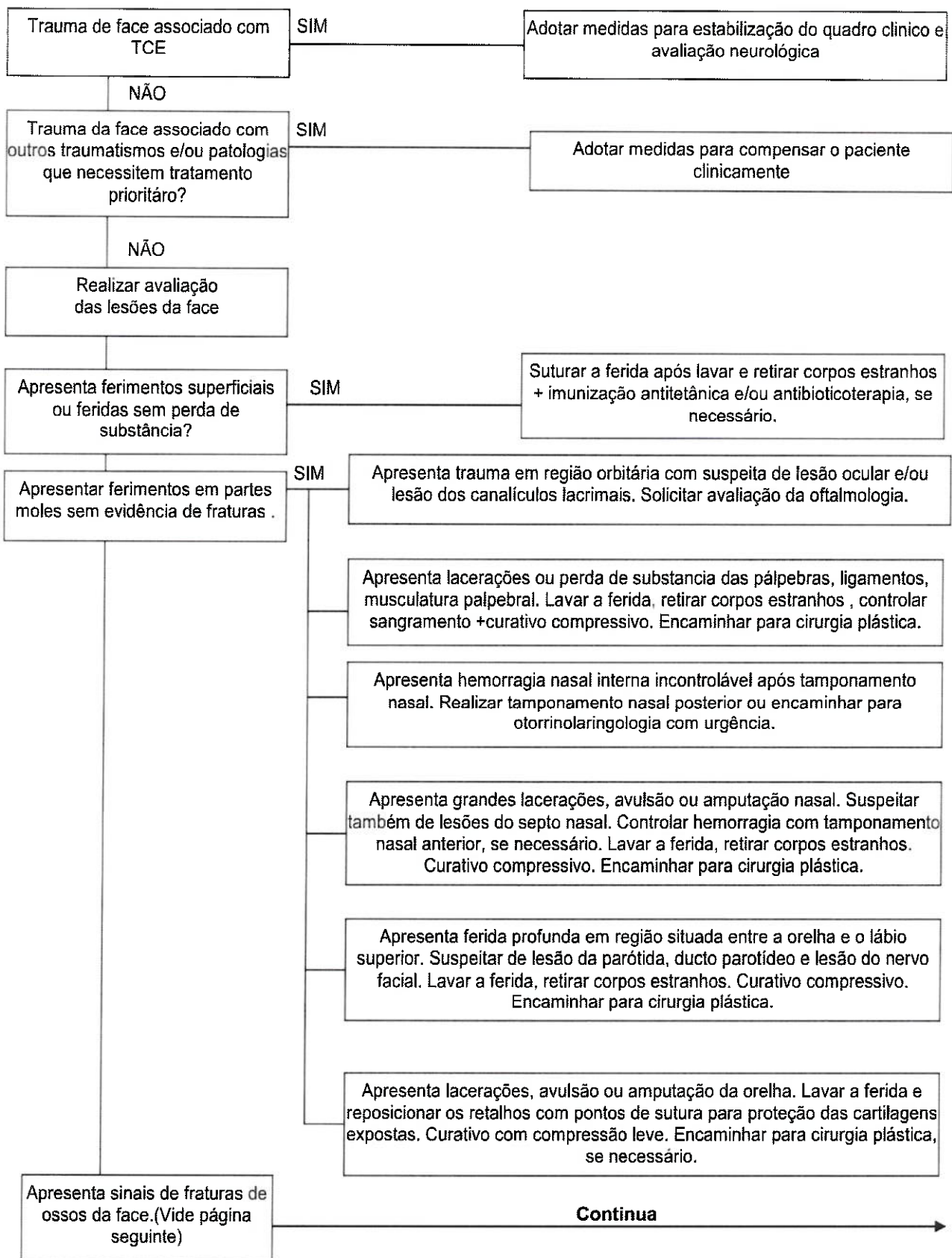
# TRAUMATISMO ABDOMINAL



Manter assistência ventilatória;  
 Cateterização de veias periféricas com gelco de grosso calibre;  
 Prevenir e tratar o choque;  
 Sondagem vesical de demora;  
 Sonda Nasogástrica

Obs: passar sonda vesical antes da realização de lavado e/ou punção abdominal.  
 Observar contra-indicações para passagens de sonda vesical

## TRAUMATISMO DA FACE (PARTES MOLES E FRATURAS)



Apresenta sinais de fraturas de ossos da face.

Suspeitar de fratura da mandíbula quando houver evidências de: impacto na região mandibular (edema, escoriação, ferida).

- Mal oclusão dentária
- crepitação, mobilidade de fragmentos ósseos,
- equimose no assoalho da boca,
- dormência no lábio inferior.

Confirmar com radiografias\*.

Suspeitar de fratura do maxilar quando houver evidências de:

- impacto no terço médio da face
- mal oclusão dentária
- mobilidade de fragmentos ósseos da maxila
- rinorragia bilateral.
- edema, equimose ou hematóse em área periorbitária bilateral,
- hemorragia sub-conjuntival bilateral,
- face achatada por retrusão da maxila

Confirmar com radiografias\*

Suspeitar de fratura do nariz quando houver evidências de:

- impacto na região nasal
- deformidade nasal (desvio, selamento)
- edema nasal
- hematoma periorbitário
- rinorragia
- crepitação óssea
- desvio ou hematoma de septo nasal

Confirmar com radiografias\*

Suspeitar de fraturas na região orbitária quando houver evidências de:

- impacto na região orbitária
- edema e hematoma palpebral
- hemorragia sub-conjuntival
- hipoestesia em asa nasal, lábio superior e dentes da arcada superior
- oftalmoplegia
- diplopia (visão dupla)
- quemose (edema conjuntival)
- distopia cantal interna e/ou externa.
- epicanto, estrabismo convergente

Confirmar com radiografias\*

Suspeitar de fratura do zigoma quando houver evidências de:

- impacto na região malar
- edema órbito palpebral
- oclusão da rima palpebral
- hematoma periorbitário
- hemorragia subconjuntival
- aplainamento da hemiface por apagamento da eminência malar
- neuropraxia do nervo infraorbitário
- hipoestesia em asa nasal, lábio superior e dentes da arcada superior ipsilateral
- dificuldade para abrir a boca por bloqueio da mandíbula pelo arco zigomático afundado

Confirmar com radiografias\*

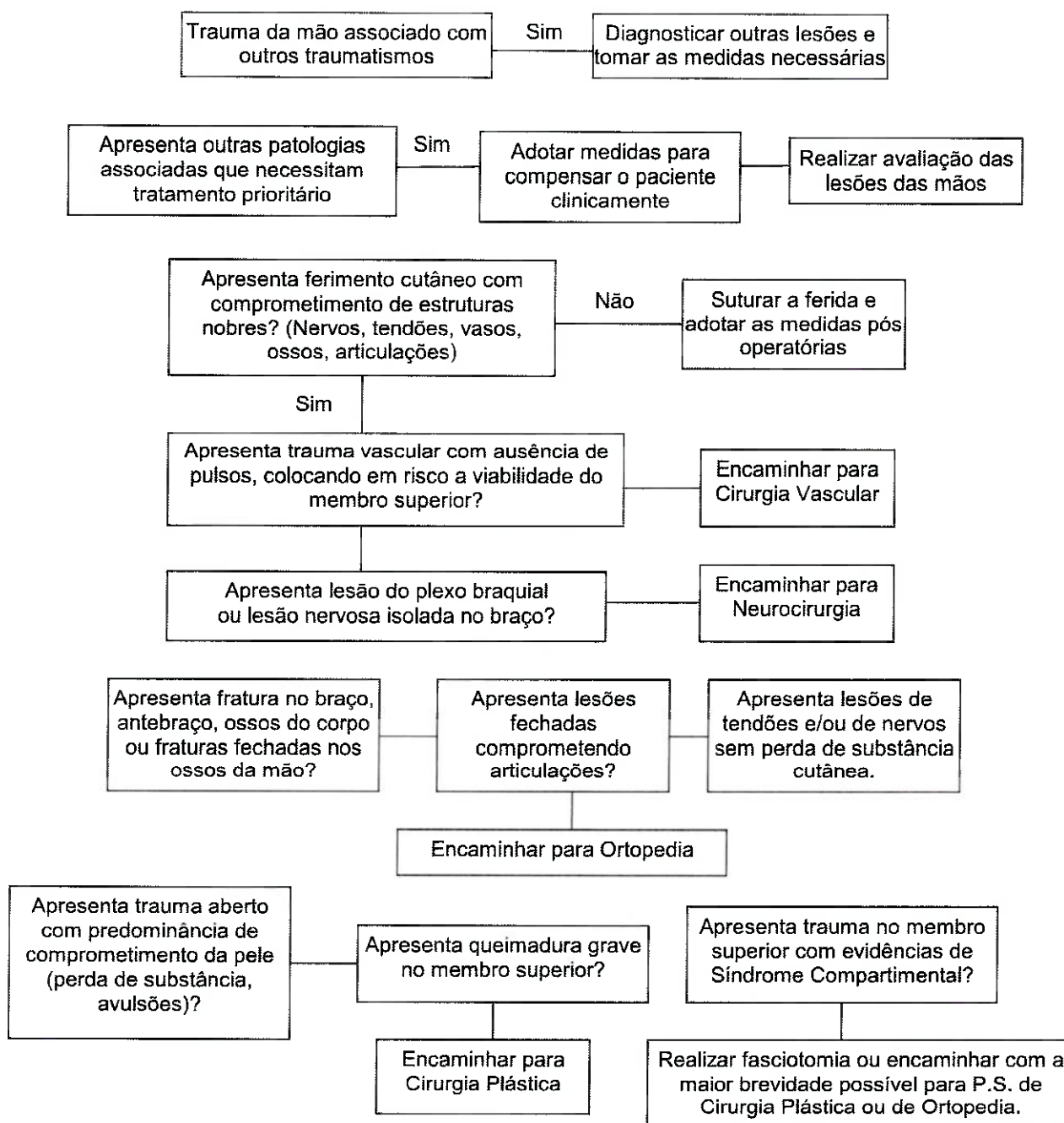
## RADIOGRAFIAS DO TRAUMATISMO DA FACE

As incidências mais comumente empregadas para o diagnóstico das fraturas de face são:

- Occipitomentoniana de Waters – mostra o esqueleto facial de forma geral (órbitas, zigomas, maxilas, seios maxilares e processos frontais da maxila).
- Fronto naso de Caldwell – ideal para seio frontal, células etmoidais, reborda orbitária, sutura zigomática- frontal e ramos da mandíbula
- Perfil – estudo da parede anterior do seio frontal, paredes laterais da órbita, perfil de ossos próprios do nariz, maxila e mandíbula.
- Oblíqua lateral da mandíbula (Bellot) – visualização lateral da mandíbula, principalmente corpo e ângulos.
- Towne modificada – para colo condílico
- Axial de Hirtz – para arco zigomático.

Poderão ser utilizadas ainda as tomografias lineares, computadorizadas e em 3 dimensões.

## TRAUMATISMO DE MÃO





## PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DA LESÃO MEDULAR

	MOTOR MÚSCULO-CHAVE		SENSITIVO TOQUE LEVE		SENSITIVO AGULHA		EXAME
	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	
C2							Protuberância Occipital
C3							Fossa Supraclavicular
C4							Borda Superior Acromioclavicular
C5							Flexores do Cotovelo
C6							Extensores do Punho
C7							Flexor Profundo 3º Qd
C8							Dedo mínimo
T1							Borda Medial Fossa Antecubital
T2							Ápice da Axila
T3							Terceiro Espaço Intercostal
T4							Quarto Espaço Intercostal
T5							Quinto Espaço Intercostal
T6							Sexto Espaço Intercostal
T7							Sétimo Espaço Intercostal
T8							Oitavo Espaço Intercostal
T9							Nono Espaço Intercostal
T10							Décimo Espaço Intercostal
T11							Décimo Primeiro Espaço Intercostal
T12							Ponto Médio Ligamento Inguinal
L1							½ distância entre T12 e L2
L2							Terço Médio Anterior da Coxa
L3							Côndilo Femoral Medial
L4							Maléolo Medial
L5							Dorso do pé – 3ª art. Metatarsofalangeana
S1							Bordo Externo do Calcâneo
S2							Linha Média da Fossa Poplítea
S3							Tuberosidade Isquiática
S45							Área Perianal
TOTAL							

	(Máximo)	(50)	(50)	(56)	(56)	(56)	(56)
Índice Motor				Índice Sensitivo com Agulha		Índice Sensitivo com Toque	
	(Máximo)	(100)			(112)		(112)

 Contração voluntária anal (sim/não) 

 Qualquer sensibilidade anal (sim/não) 

MOTOR	SENSIBILIDADE
0 – Paralisia total	0 – Ausente
1 – Contração visível ou palpável	1 – Comprometido
2 – Movimento ativo sem oposição da força da gravidade	2 – Normal
3 – Movimento ativo contra a força da gravidade	NT – Não testável
4 – Movimento ativo contra alguma resistência	
5 – Movimento ativo contra grande resistência	
NT – Não testável	



# ÍNDICES SENSITIVOS E MOTORES NÍVEIS

## ESCALA DE DEFICIÊNCIA AIS

NÍVEL: \_\_\_\_\_

A – Completa

Não há função motora ou sensitiva preservada nos segmentos sacros S4-S5

B – Incompleta

Há função sensitiva porém não motora preservada abaixo do nível neurológico estendendo-se até os segmentos sacros S4-S5

C – Incompleta

Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e a maioria dos músculos chave abaixo do nível neurológico tem um grau muscular inferior a 3

D – Incompleta

Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e pelo menos a metade dos músculos chaves abaixo do nível neurológico tem um grau muscular maior ou igual a 3

E – Normal

As funções sensitivas e motoras são normais

## MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

<b>Níveis:</b> 7 – Independência Total 6 – Independência Total Aparelhada 5 – Supervisão 4 – Assist. Mínima (Capacidade: 75% ou +) 3 – Assist. Moderada (Capacidade: 50% ou +) 2 – Assist. Máxima (Capacidade: 25% ou +)	<b>Controle dos Esfincteres</b>		<b>Admissão Alta</b>		<b>Locomoção</b>		<b>Admissão Alta</b>												
	Controle vesical		<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>						Caminhar.		<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
Controle esfínter anal		Cadeira de rodas		Escada															
<b>Mobilidade</b>		<b>Admissão Alta</b>		<b>Comunicação</b>		<b>Admissão Alta</b>													
Transferência:		<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								Compreensão		<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
Cama, Cadeira de rodas		Expressão																	
Banheiro		Cognição social																	
Banheira, Chuveiro		Interação social		Solução problemas															
		Memória																	
<b>Cuidados Pessoais</b> Admissão    Alta		<b>MIF TOTAL:</b> _____																	
Alimentação																			
Cuidados com aparência																			
Banhos																			
Vestir parte superior do corpo																			
Vestir parte inferior do corpo																			
Asseio																			

**ESCORES DE TRAUMA**

**Obs:** Servem para triagem pré-hospitalar, comunicação inter-hospitalar e na comparação de resultados de protocolos e atendimentos.

**ESCORE DE TRAUMA REVISADO**

GCS*	BPM*	FR*	Valor*
13-15	>89	10-29	04
09-12	76-89	>29	03
06-08	50-75	06-09	02
04-05	01-49	01-05	01
03	00	00	00

O valor final é obtido pela fórmula:

$$*ETR = 0,9368 \times GCS + 0,7359 \times BPM + 0,2908 \times FR$$

Para um valor total máximo de 7,84

\*GCS - Glasgow

\*BPM - Batimentos por minuto

\*FR = Frequência Respiratória

\*ETR = Escore de Trauma Revisado

**IMPORTÂNCIA:**

Criados para fins de triagem na cena do acidente, comparação de resultados entre instituições e dentro das mesmas ao longo do tempo (controle de qualidade) e para avaliar probabilidade de sobrevivência.

**ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (AIS - ABREVIATE INJURY SCALE)**

- Pontua lesões em diversos segmentos corpóreos de acordo com a gravidade (de 1 a 6).
- Crânio/pescoço, face, tórax, abdome/pelve, extremidades/pelve óssea e geral externa, pela AIS, são elevados ao quadrado e somados.

**ÍNDICE DE GRAVIDADE DA LESÃO (ISS INJURY SEVERITY SCORE).**

- Índice derivado da escala abreviada de lesões (AIS - Abreviate Injury Scale).
- Três valores mais altos em segmentos corpóreos diferentes.
- Os valores variam de 3 a 75.
- Se o AIS for igual a 6 em qualquer segmento o ISS é 75 automaticamente.

**CÁLCULO DO ISS:**

Paciente com lesões nas seguintes regiões:

REGIÃO	AIS DA LESÃO	AIS DA LESÃO
Crânio e pescoço	2	3
Face	4	-
Tórax	1	4
Abdome/pelve	2	3
Esquelética	3	4
Geral	1	-

Calculo do ISS =  $4 + 4 + 4$  ? ISS =  $16 + 16 + 16 = 48$  ? ISS = 48

**LIMITAÇÕES:**

Não considera a presença de múltiplas lesões em determinado segmento como determinantes de maior gravidade ao aproveitar apenas a lesão mais grave. (Exemplo: Mortalidade p/ ISS = 16 é de 14,3% (4,0/0) e p/ ISS = 19 é de 6,8% (3,3/1)

Taxas de mortalidade variam muito, comparando-se valores de AIS semelhantes em diferentes segmentos corpóreos. Idade e doenças associadas são desconsideradas e têm importância prognóstica quanto do trauma.

Atenção: não pode ser utilizada como índice de trauma isoladamente!

## ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (OIS – ORGAN INJURY SCALE)

PONTUA LESÕES EM DIVERSOS SEGMENTOS CORPÓREOS DE ACORDO COM A GRAVIDADE:

- 1 – Menor
- 2 – Moderado
- 3 – Sério
- 4 – Severo (ameaça a vida)
- 5 – Crítico (sobrevida incerta)
- 6 – Não sobrevivente

URETRA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	CONTUSÃO	Sangue no meato uretral uretrografia normal	2
2	Lesão maior	Tração da uretra sem extravasamento na uretrografia	2
3	Laceração parcial	Extravasamento do contraste no local da lesão com visualização do contraste na bexiga	2
4	Laceração completa	Extravasamento do contraste no local da lesão sem visualização da bexiga. Separação da uretra menor que 2cm	3
5	Laceração completa	Transecção com separação dos segmentos maior que 2cm ou extensão para próstata ou vagina	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

BEXIGA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma Laceração	Contusão, hematoma intramural, thickness parcial	2
2	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal menos de 2cm	3
3	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal mais de 2cm ou intraperitoneal menos de 2cm	4
4	Laceração	Laceração da parede intraperitoneal mais de 2cm	4
5	Laceração	Laceração que se estende até o colo vesical ou trigono	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima

URETER			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma	Contusão ou hematoma sem desvascularização	2
2	Laceração	Transecção menor que 50%	2
3	Laceração	Transecção maior que 50%	3
4	Laceração	Transecção completa com desvascularização de 2cm	3
5	Laceração	Transecção completa com desvascularização maior que 2cm	3

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima

DIAFRAGMA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão		2
2	Laceração de 2cm ou menos		3
3	Laceração de 2 a 10cm		3
4	Laceração maior que 10cm com perda de tecido maior que 25 cm quadrados		3
5	Laceração com perda de tecido maior que 25cm quadrados		3

Obs: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

PAREDE TORÁCICA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão Laceração Fratura	Qualquer localização	1
		Pele e subcutâneo	1
		Menos de 3 costelas, fechada	1-2
		Clavícula alinhada e fechada	2
2	Laceração Fratura	Pele, subcutânea e músculo	1
		3 ou mais costelas, fechada	2-3
		clavícula aberta ou desalinhada	2
		Esterno alinhada, fechada	2
3	Laceração Fratura	Corpo da escápula	2
		Total, incluindo pleura	2
		Esterno, aberta, desalinhada ou instável	2
4	Laceração Fratura	Menos de 3 costelas com segmento instável	3-4
		Avulsão dos tecidos da parede com fratura exposta de costela.	4
5	Fratura	3 ou mais costelas com tórax instável unilateral	3-4
		Tórax instável bilateral	5

Obs: Em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

PULMÃO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão	Unilateral, menos que in lobo	3
2	Contusão	Unilateral in lobo	3
	Laceração	Pneumotórax simples	3
3	Contusão Laceração Hematoma	Unilateral, mais que in lobo	3
		Escape persistente de via aérea distal mais de 72 horas	3-4
		Intraparenquimatoso sem expansão	3-4
4	Laceração Hematoma Vascular	Escape de via aérea maior (segmento ou lobar)	4-5
		Intraparenquimatoso em expansão	4-5
		Rotura de vaso intrapulmonar ramo primário	3-5
5	Vascular	Rotura de vaso hilar	4
6	Vascular	Transecção total do hilo pulmonar sem contenção	4

Obs: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

Hemotórax está na tabela de lesões de vasos intratorácicos

FÍGADO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma Laceração	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
		Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma Laceração	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
		Intraparenquimatoso com menos de 10cm de diâmetro	2
		1 a 3cm de profundidade com até 10cm de comprimento	2
3	Hematoma Laceração	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão	3
		Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto	3
		Hematoma intraparenquimatoso maior que 10cm ou em expansão	3
4	Laceração	Maior que 3cm de profundidade	3
		Rutura de parênquima hepático envolvendo 25 a 75% de lobo hepático ou 1 a 3 segmentos de Couinaud em um lobo	4



**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES**

5	Laceração Vascular	Rutura de parênquima hepático envolvendo mais de 75% de lobo hepático ou mais de 3 segmentos de Coinaud em um lobo	5
		Lesões justahepáticas, i.é, veia cava retrohepática e veias centrais maiores	5
6	Vascular	Avulsão hepática	6

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

BAÇO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma Laceração	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
		Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma Laceração	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
		Intraparenquimatoso com menos de 5cm de diâmetro 1 a 3cm de profundidade sem envolver veia do parênquima	2
3	Hematoma Laceração	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão.	3
		Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto	3
4	Laceração	Hematoma Intraparenquimatoso maior que 5cm ou em expansão	3
		Maior que 3cm de profundidade ou envolvendo veias trabeculares	3
4	Laceração	Laceração de veias do hilo ou veias segmentares produzindo maior desvascularização (>25% do baço)	4
5	Laceração Vascular	Destruição total do baço	5
		Lesão do hilo vascular com desvascularização do baço	5

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

RIM			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão Hematoma	Hematúria macro ou microscópica com avaliação urológica normal	2
		Subcapsular, sem expansão e sem laceração do parênquima	2
2	Hematoma Laceração	Hematoma perirenal sem expansão confinado ao retroperitônio renal	2
		Profundidade no parênquima renal menor que 1cm sem extravasamento de urina	2
3	Laceração	Profundidade do parênquima maior que 1cm, sem ruptura do sistema coletor ou extravasamento de urina	3
4	Laceração Vascular	Laceração que se estende através da córtex renal, medular e sistema coletor	4
		Lesão da artéria ou veia principais com hemorragia contida	5
5	Laceração Vascular	Destruição renal total	5
		Avulsão do hilo renal com desvascularização renal	5

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

VASCULATURA INTRA-ABDOMINAL		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Ramos inominados das artérias e veias mesentérica superior Ramos inominados das artérias e veias mesentérica inferior Artéria e veia frênicas Artéria e veia lombar Artéria e veia gonadal Artéria e veia ovariana Outras artérias e veias inominadas que requeiram ligadura	0
2	Artéria hepática comum, direita ou esquerda Artéria e veia esplênicas Artéria gástrica esquerda ou direita Artéria gastroduodenal Artéria e veia mesentérica inferior Ramos primários da artéria e veia mesentérica Outro vaso abdominal nominado que necessite de ligadura	3 3 3 3 3 3 3
3	Artéria mesentérica superior Artéria e veias renais Artéria e veias ilíacas Artéria e veias hipogástricas Veia cava infra-renal	3 3 3 3 3
4	Artéria mesentérica superior Eixo celíaco Veia cava supra-renal, infra-hepática Aorta infra-renal	3 3 3 3
5	Veia porta Veia hepática extraparenquimal Veia cava retro ou supra-hepática Aorta supra-renal subdiafragmática	3 3-5 5 5

VASCULATURA INTRATORÁCICA		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS-90
1	Artéria e veia intercostal Artéria e veia mamária interna Artéria e veia brônquica Artéria e veia esofágica Artéria e veia hemiações Artéria e veia inominada	2-3 2-3 2-3 2-3 2-3 2-3
2	Veia ázigos Veia jugular interna Veia subclávia Veia inominada	2-3 2-3 3-4 3-4
3	Artéria carótida Artéria inominada Artéria subclávia	3-5 3-4 3-4
4	Aorta torácica descendente Veia cava inferior intratorácica Primeiro ramo intraparenquimatoso da artéria pulmonar Primeiro ramo intraparenquimatoso da veia pulmonar	4-5 3-4 3 3
5	Aorta torácica ascendente e arco Veia cava superior Artéria pulmonar, tronco principal Veia pulmonar, tronco principal	5 3-4 4 4
6	Transseção total incontinida da aorta torácica Transseção total incontinida do hilo pulmonar	5 4

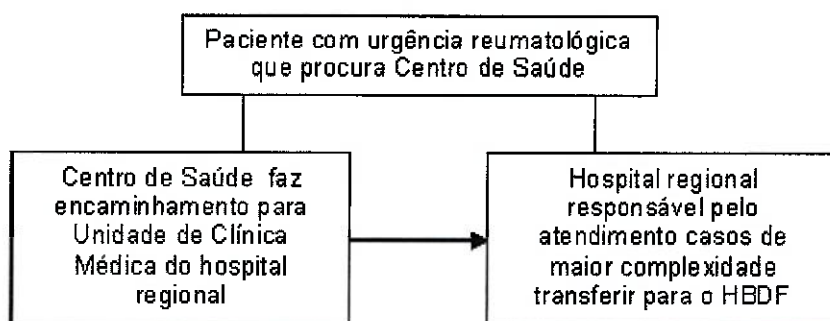
## ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

Todo atendimento reumatológico que ficar caracterizado como de Urgência em atenção primária, deverá ser transferido para a Unidade de Emergência da Clínica Médica de um Hospital Regional secundário, para diagnóstico e tratamento inicial. Na impossibilidade de permanecer internado, ou na existência de uma enfermidade de maior complexidade, o paciente será transferido para a Unidade terciária (HBDF).

A avaliação clínica e o exame físico detalhado são bases do diagnóstico em Reumatologia. Assim, a tarefa do médico que faz o atendimento inicial é definir seu diagnóstico, antes de encaminhar em seu parecer ou ficha de atendimento para o serviço de emergência do hospital regional e desse, em casos de alta complexidade, para o HBDF, obedecendo aos seguintes critérios:

- Se o paciente apresenta doença reumática articular ou óssea localizada, regional ou generalizada;
- Se a doença reside em estruturas não-ósseas e não-articulares – por exemplo: tecidos moles (partes moles), neste caso, pertencendo ao grupo de problemas que se identificam como enfermidades extra-articulares;
- Se a doença reumática é sistêmica ou generalizada;
- Se o problema inclui mais de uma dessas possibilidades.

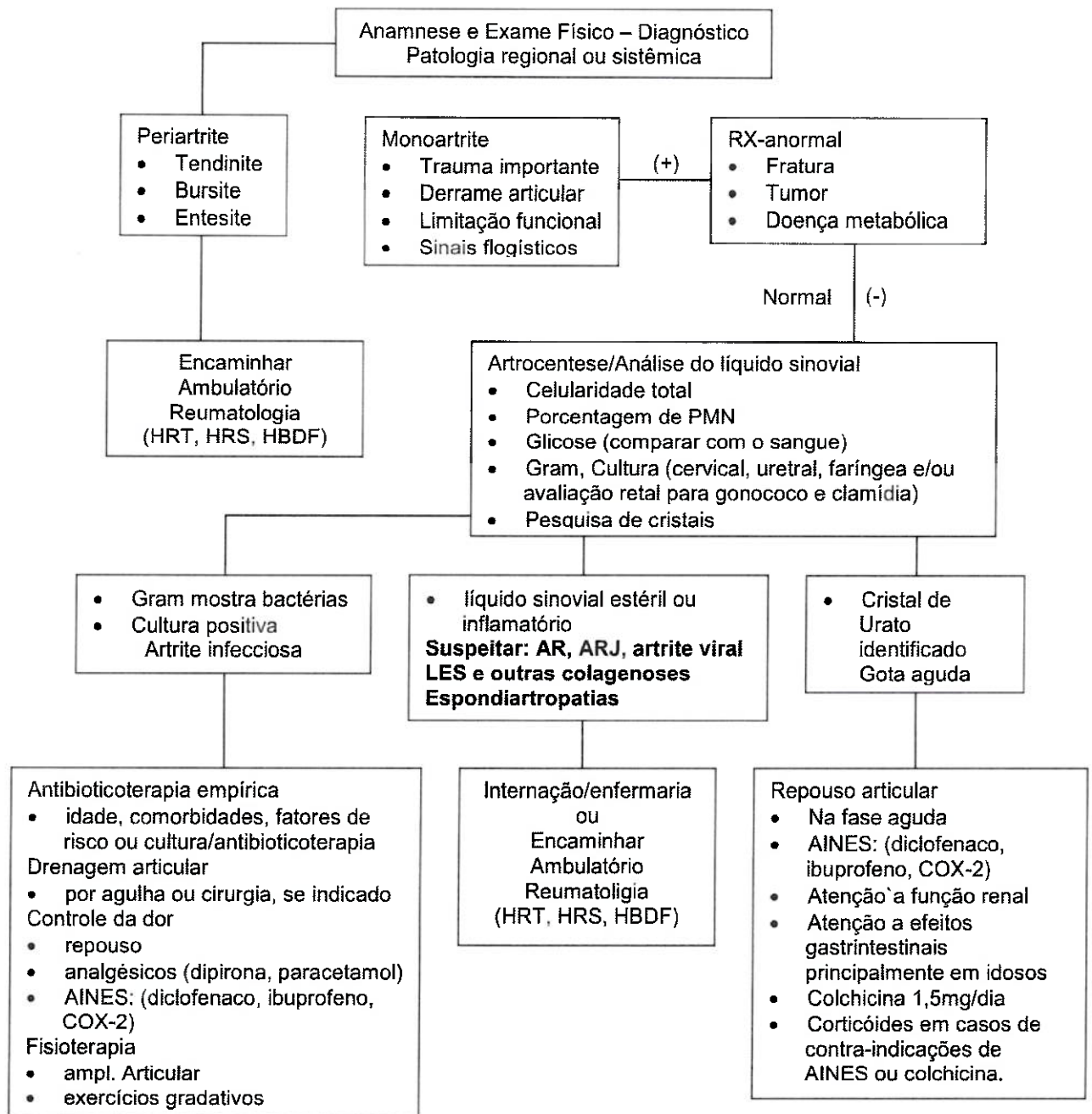
## ATENDIMENTO EM CASOS DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA



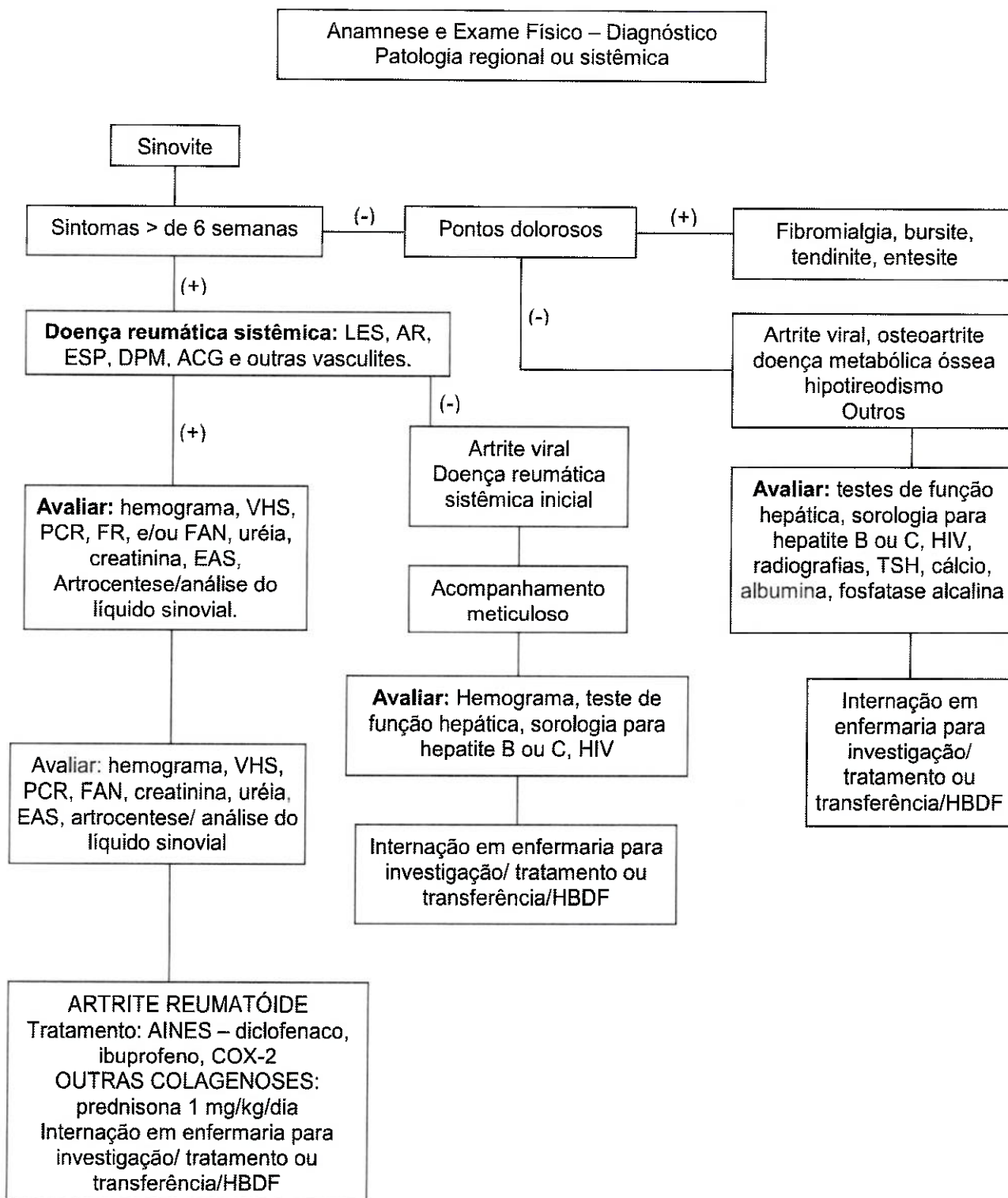
ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DO ENCAMINHAMENTO
História clínica:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar com história concisa informando o tipo de dor, evolução, articulações acometidas e tipo de acometimento: monoarticular, oligoarticular ou poliarticular e sintomas sistêmicos associados.</li> </ul>
Exame físico:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatar os achados importantes em especial, a presença de sinais flogísticos articulares, atrofia e deformidades.</li> </ul>
Exames complementares essenciais:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma completo, bioquímica, ácido úrico, VHS, PCR, fator reumatóide, FAN, radiografias das articulações acometidas e contralaterais e de tórax (PA e perfil).</li> <li>• Análise do líquido sinovial + cultura.</li> <li>• Relatar exames anteriores.</li> </ul>
Hipótese diagnóstica:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enumerar.</li> <li>• Definir se patologia localizada, regional ou sistêmica.</li> </ul>
Tratamento:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detalhar os tratamentos realizados anteriormente e os medicamentos e doses em uso atualmente.</li> </ul>
Motivo do encaminhamento:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detalhar os motivos do encaminhamento ao médico clínico ou especialista.</li> </ul>
Contra-referência:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retorno à UBS para acompanhamento com relatório do médico clínico ou especialista.</li> </ul>



## MONOARTRITE AGUDA



## POLIARTRALGIAS OU POLIARTRITES AGUDAS



## LOMBALGIA AGUDA

Anamnese e Exame Físico – para definição de possíveis causas

### CAUSAS:

- Mecânico-degenerativas
- Hérnias de disco
- Alterações ósteo-cartilaginosas
- Inflamatórias
- Infecciosas (espondilodiscites)
- Metabólicas
- Dor lombar com repercussão de doença sistêmica
- Lombalgias psicossomáticas
- Fibromialgia e Síndrome Miofacial

### SINAIS DE ALERTA:

#### Malignidade

- Idade acima de 50 anos
- História prévia de câncer
- Perda de peso inexplicável
- Dor exacerbada p/ repouso
- Febre e anemia

#### Compressão da cauda equina

- Disfunção vesical
- Perda do tônus do esfíncter anal
- Fraqueza nos membros inferiores

#### Infecção

- Pele ou trato urinário
- Uso de drogas IV
- Imunossupressores
- Dor exacerbada p/ repouso
- Febre, calafrios, suores

#### Fratura

- Trauma com intensidade proporcional para a faixa etária

### EXAMES COMPLEMENTARES:

**Rx simples** - persistência do quadro clínico por mais de quatro semanas. Indicado nas lombalgias agudas com sinais de alerta já na primeira consulta.

**Tomografia computadorizada** – lombalgia aguda c/ evolução atípica.

**Ressonância nuclear magnética** – lombalgia aguda c/ evolução atípica.

**Exames laboratoriais** - pacientes acima de 50 anos, com suspeita de neoplasias, infecções, processos inflamatórios, doenças osteometabólicas, fraturas osteoporóticas e metástases ósseas.

Internação em enfermaria para investigação/ tratamento ou transferência/HBDF

### TRATAMENTO:

**Repouso no leito** - Períodos de dois a três dias é suficiente. Períodos de uma a duas semanas podem ser recomendados para casos de sintomatologia severa e limitação.

#### Aplicação de compressas frias ou quentes

**Analgésicos** - Não narcóticos (acetaminofen): 500 mg, 4 a 6 vezes/dia.

Cloridrato de tramadol: 100 – 400mg/dia.

Sulfato de morfina: opção restrita para hérnias discais resistentes, fraturas e metástases

**AINHS:** todas as classes podem ser úteis, desde que usados em doses certas c/ intervalos regulares.

Corticóides

#### Relaxantes musculares

**Tratamento cirúrgico** - não mais que 1% a 2% dos pacientes com hérnia de disco têm indicação cirúrgica.

## LOMBALGIA POSTURAL

Quadro agudo de dor na região lombar associado a esforço repetitivo, espasmo muscular para vertebral, sobrepeso corporal, estresse sem déficia alteração neurológico nos membros inferiores.

### SINAIS E SINTOMAS

**Lombalgia aguda:** espasmo para vertebral, após esforço físico ou trauma recente, dor irradiada para a coxa ou perna, marcha alterada, dor aumentada com a flexão anterior da coluna e sinal de Lasegué negativo.

**Lombalgia crônica:** dor região lombar de baixa intensidade, ausência de trauma recente ou esforço físico, história de dor periódica associada a exercícios físicos da coluna, ausência de alteração dos dermatômos do membro inferior

Diagnósticos diferenciais da lombalgia: osteoartrose, herniação discal, tumores, infecção bacteriana, fratura, cálculos, tumores e infecções renais, cistos ovarianos, úlcera péptica, aneurisma da aorta e alteração pancreática ou biliar.

### EXAMES COMPLEMENTARES

Febre ou perda de peso:  
Hemograma completo e cultura de secreções

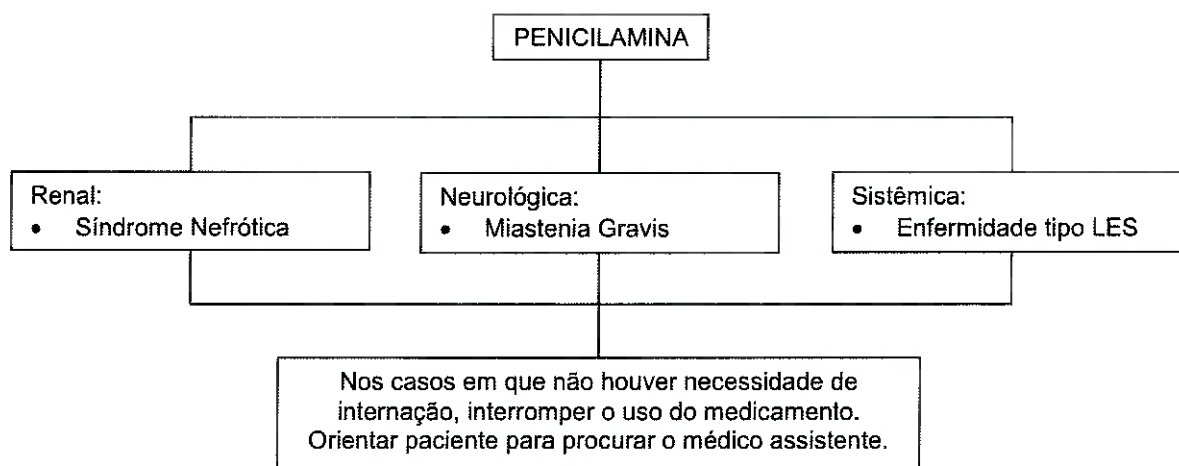
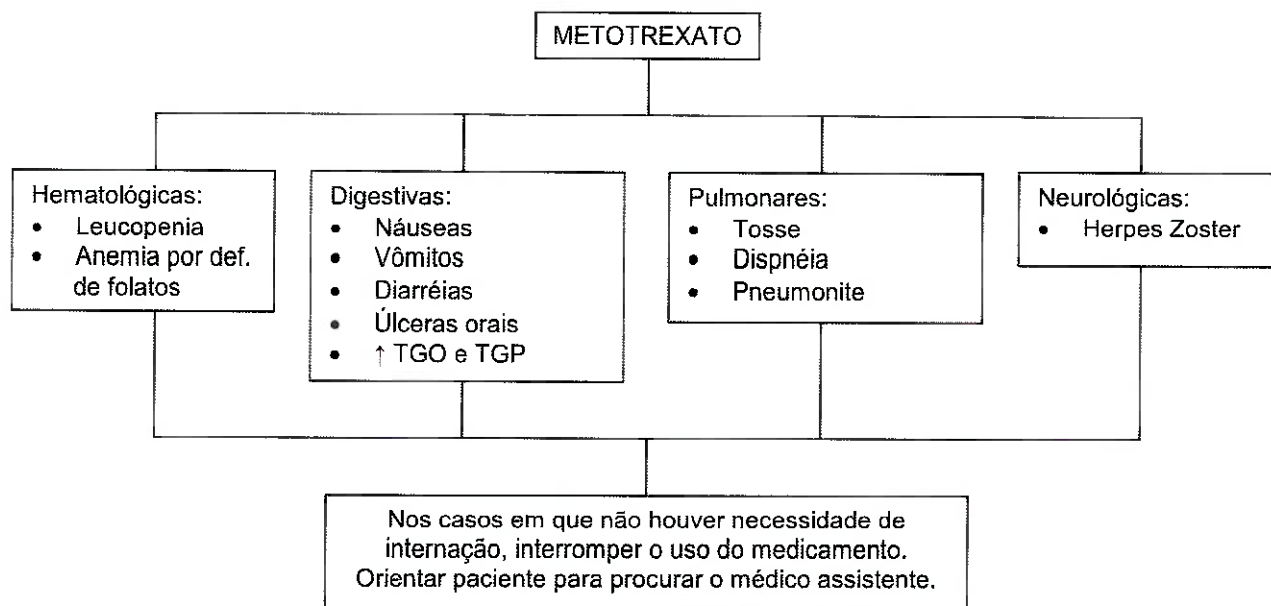
Rigidez matinal:  
Fator reumatóide, ANA e VHS

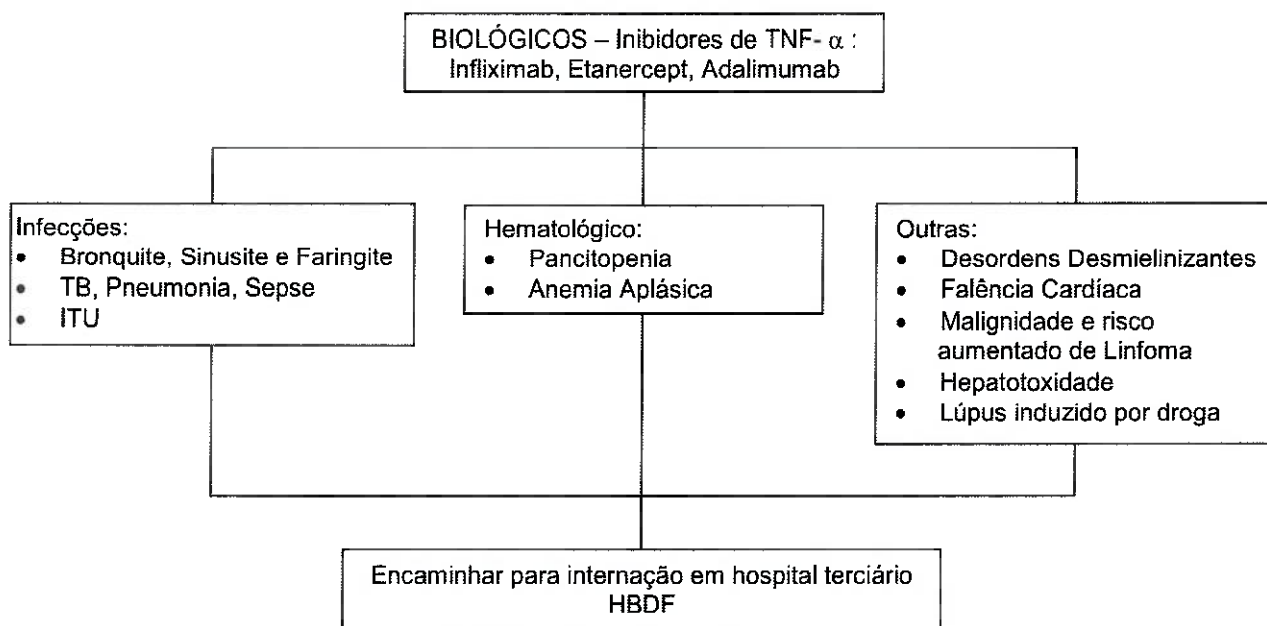
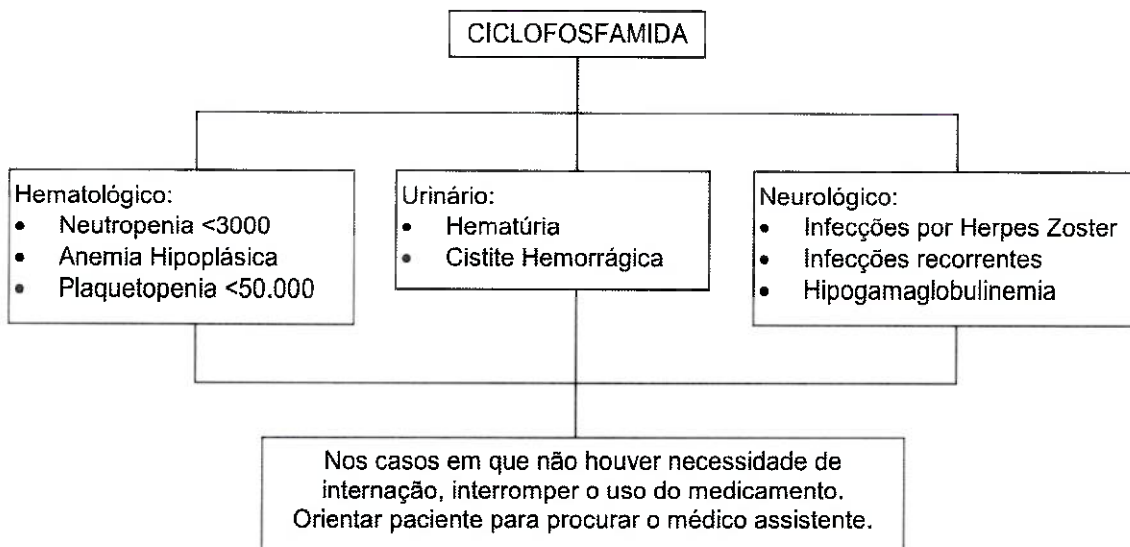
Dor em cólica:  
Ultrasonografia, amilase, e urocultura

Exames radiográficos emergenciais não estão indicados exceto em casos de trauma evidente.

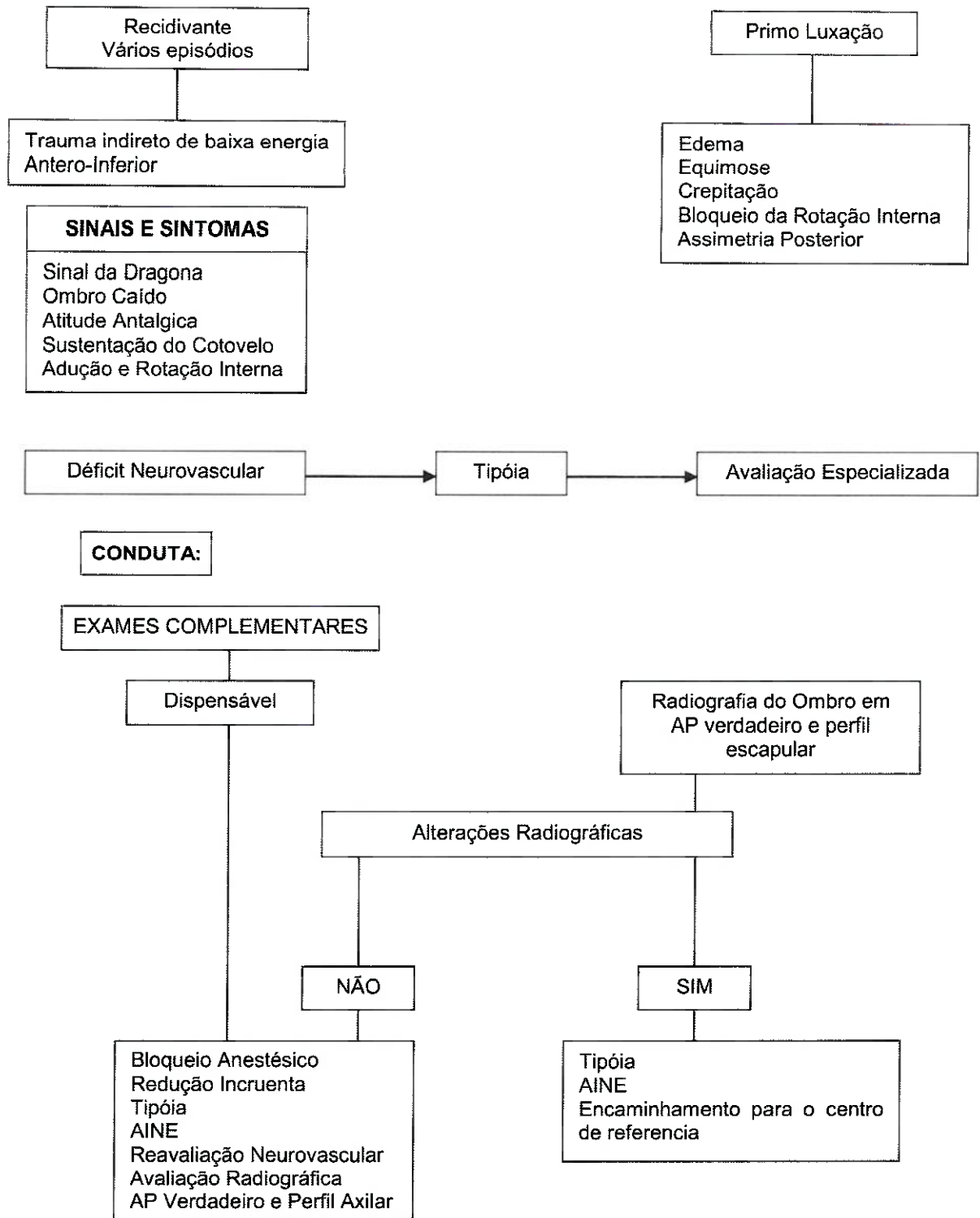
Tratamento: A maioria dos pacientes apresenta melhora progressiva em período de seis a oito semanas. Nos sintomas agudos prescrever diclofenaco 75 mg IM (dose única) e paracetamol 250 mg de 8/8 horas ou diclofenaco de potássio 50 mg de 8/8 horas. Redução ou abstenção de atividade física com repouso no leito por período de 48 horas, utilizar ainda calor local três vezes ao dia. Nos sintomas crônicos, pesquisar alterações neurológicas eventuais, prescrever diclofenaco 50 mg de 8/8 horas e encaminhar paciente para reabilitação postural.

## REAÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS REUMATOLÓGICOS





## LUXAÇÃO DO OMBRO





## ENTORSE DO JOELHO

MECANISMO
Torsional
Trauma Direto
Queda de Altura
Hiperflexão
Hiperextensão
Valgo / Varo

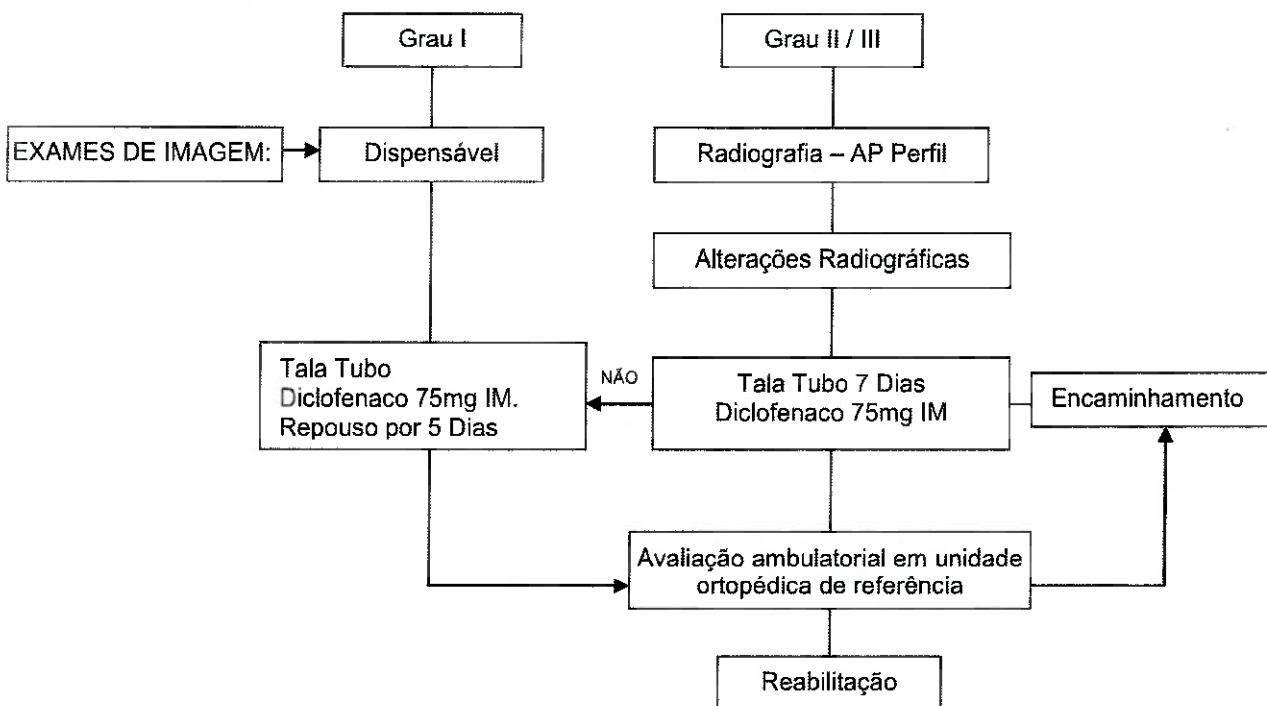
### AVALIAÇÃO

Grau I – **Leve**: Suporta Carga; Sem Derrame articular.

Grau II – **Moderado**: Não suporta carga; Derrame moderado.

Grau III – **Grave**: Não suporta carga; Sensação de “Estalido”. Derrame acentuado com sinal de Rechaço patelar.

### CONDUTA:



## ENTORSE DO TORNOZELO LESÃO CÁPSULO - LIGAMENTAR

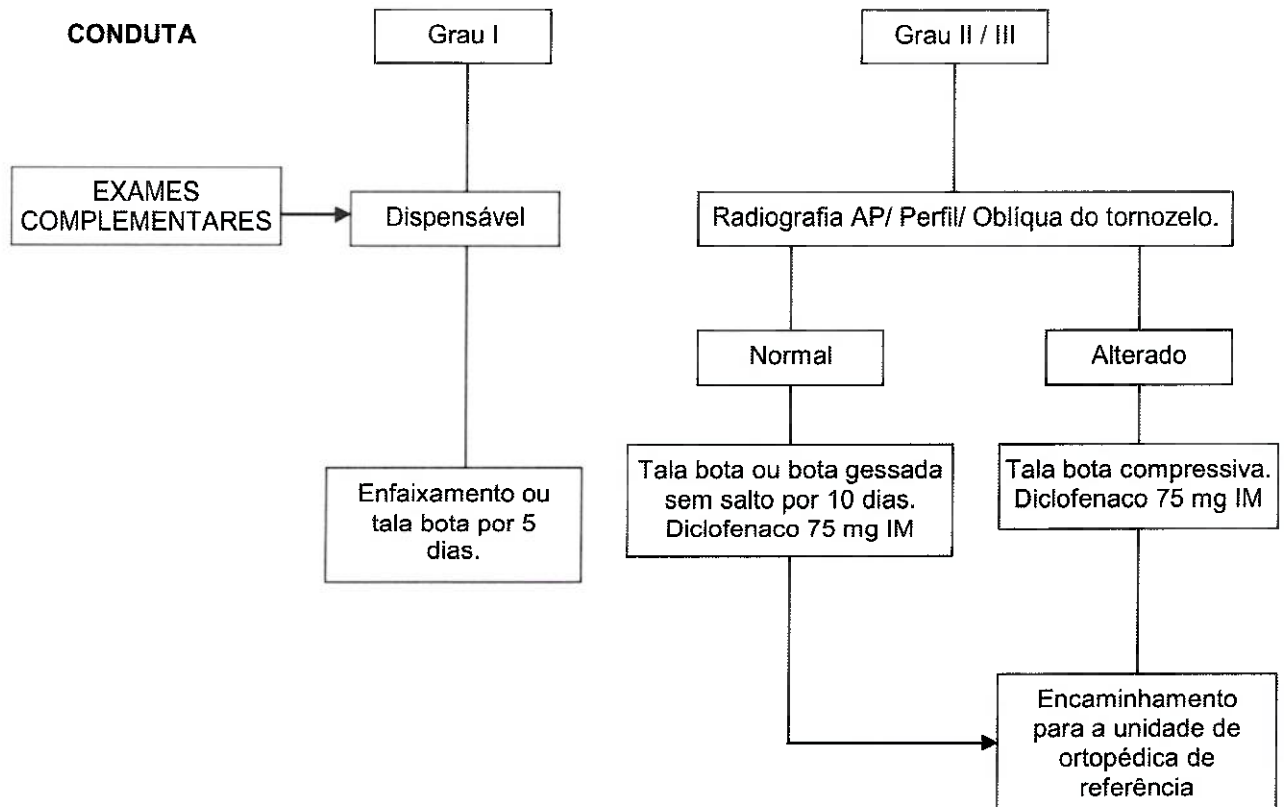
MECANISMO
Torsional Inversão Eversão

### AVALIAÇÃO

Grau I – **Leve**: Discreto edema, sem equimose, suporta carga.

Grau II – **Moderado**: Edema perimaleolar. Pode suportar carga. Discreta equimose após 24 horas

Grau III – **Grave**: Edema difuso. Não suporta carga. Equimose após 24 horas



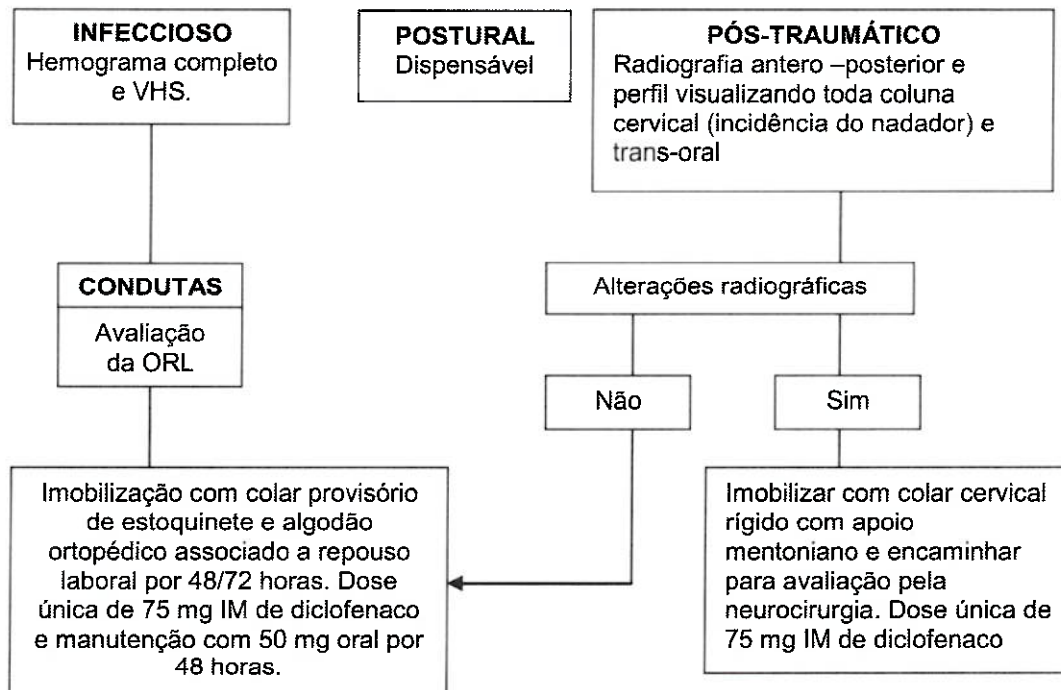
## TORCICOLO

Definido como quadro antálgico da coluna cervical, associado a contratura muscular. A etiologia pode ser atitude postural viciosa, pós-traumática de baixa energia e infecciosa.

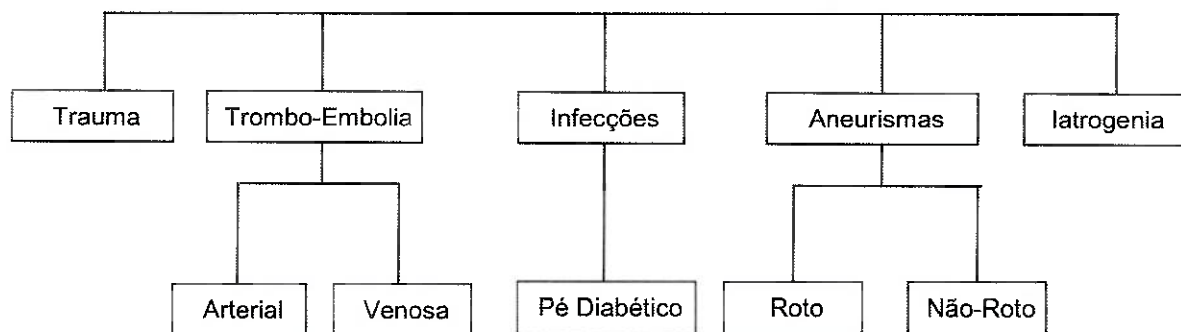
### SINAIS E SINTOMAS

Dor a flexão e ou rotação da coluna cervical, matinal ou esforços laborais caracterizado por episódio de dor a palpção na bainha do músculo esterno cleido mastóideo, ou eretores da nuca trauma -faringeo. Presença de intenso espasmo muscular com limitação evidente dos movimentos cervicais e dor ocasional irradiada para membro superior. Ausência de déficit neurológico.

### EXAMES COMPLEMENTARES



## URGÊNCIAS VASCULARES



Os serviços de cirurgia vascular da SES/DF são encontrados nos seguintes hospitais:

HBDF (Emergência 24 horas) – Ambulatório;

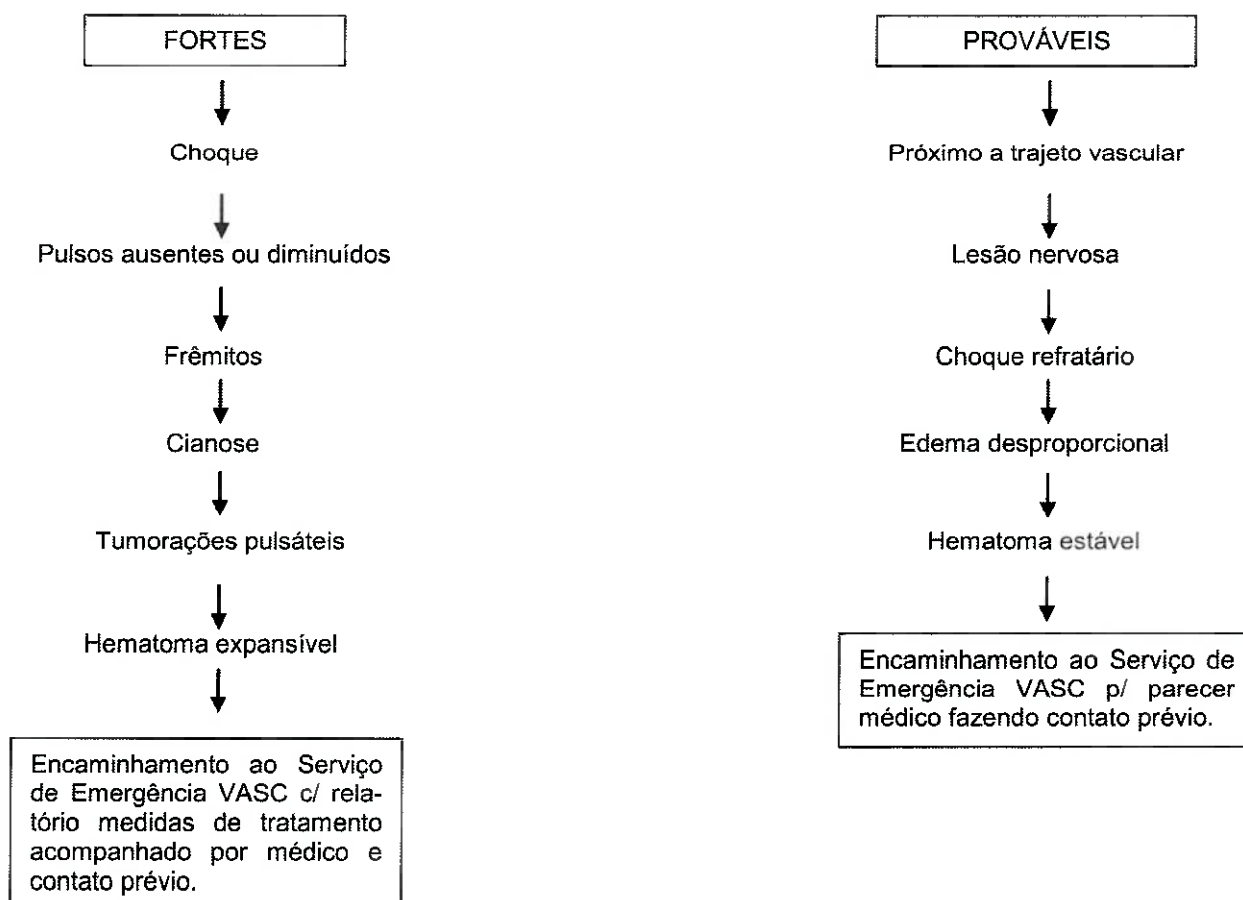
HRT – Ambulatório (Pareceres);

HRC – Ambulatório (Pareceres);

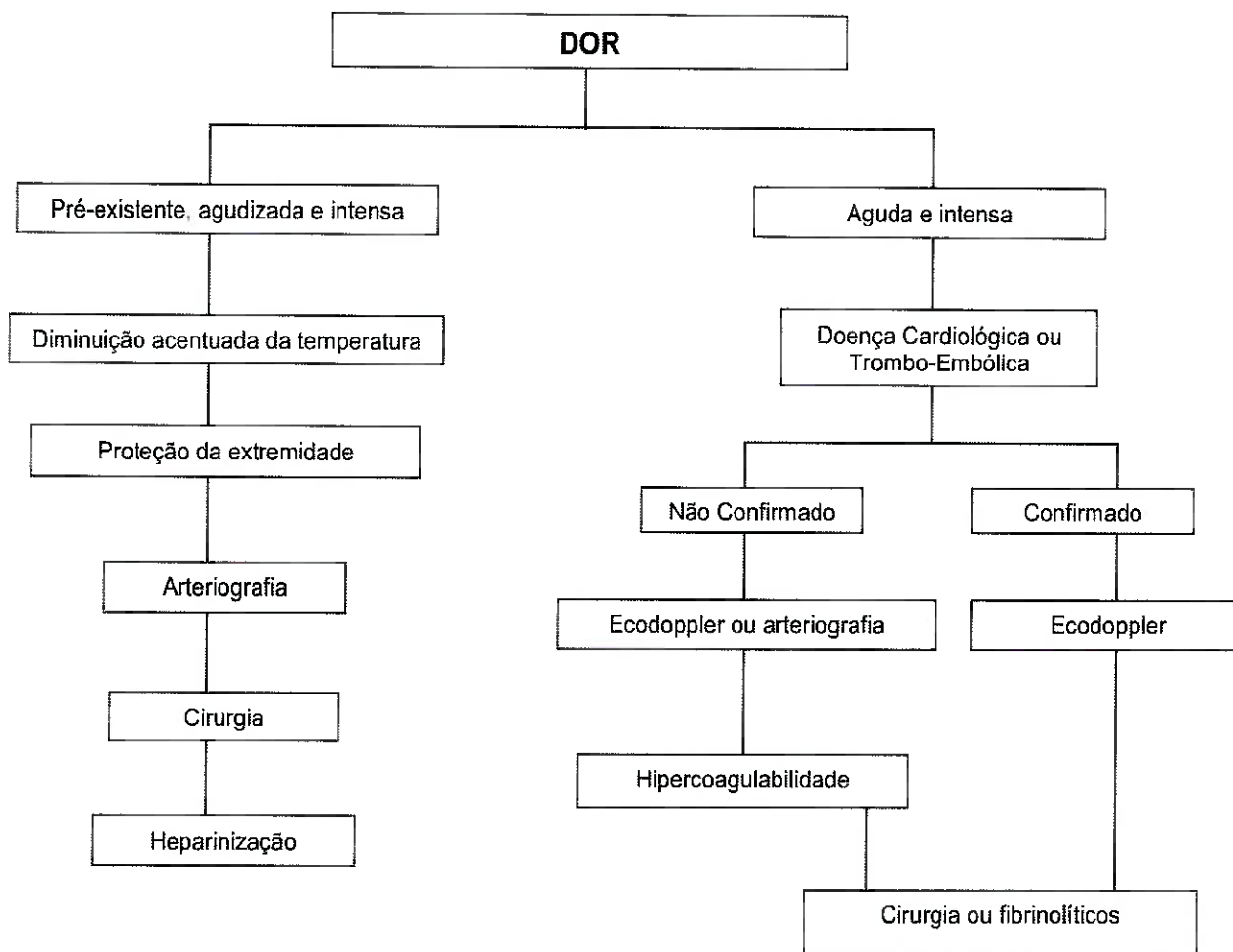
HRS – Ambulatório (Pareceres).

## TRAUMAS VASCULARES

### SINAIS



## TROMBOEMBOLIA ARTERIAL

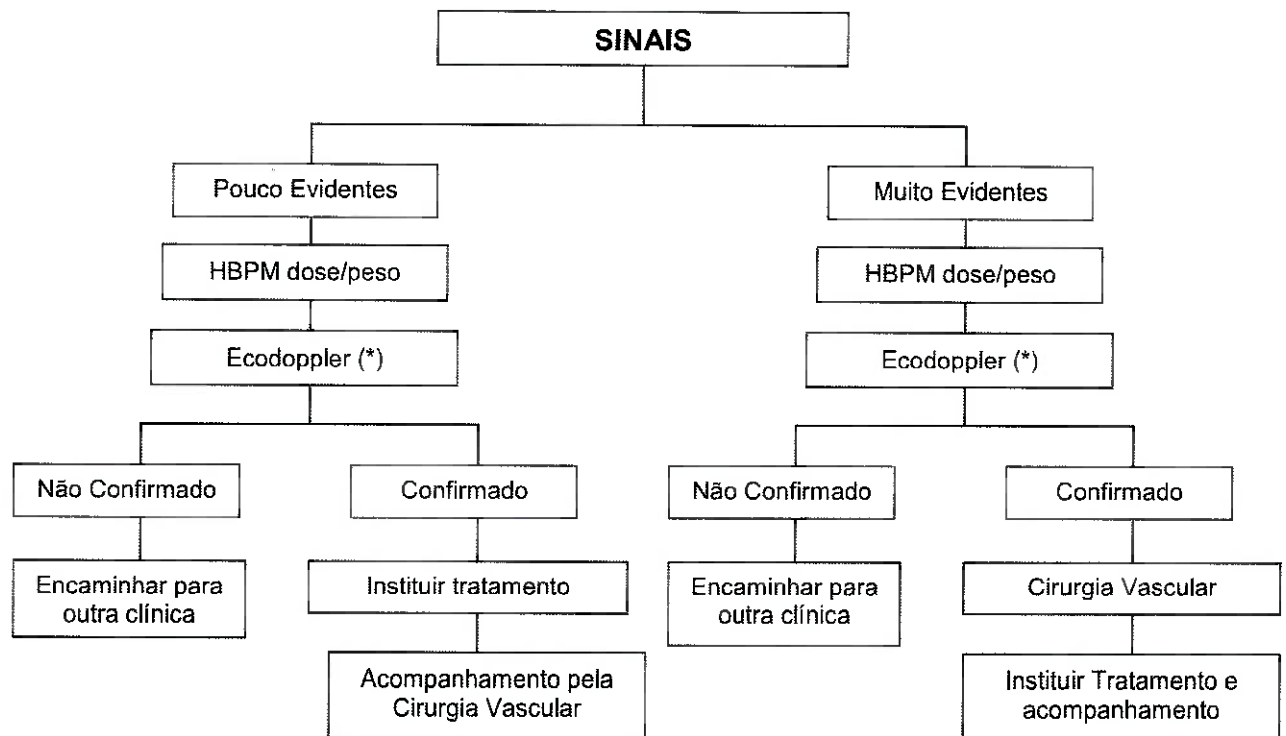


## SINAIS E SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Ausente
Temperatura	Diminuída
Perfusão	Diminuída
Imobilização	Sim
Empastamento Muscular	Não
Cianose/Palidez	Sim
Sensibilidade	+++
Insuficiência Funcional	Sim
Início	Súbito

**OBS:** Encaminhar o paciente ao serviço de emergência urgente.

## TROMBOSE VENOSA PROFUNDA TVP



## TVP - SINAIS E SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Presente
Temperatura	Normal / Aumentada
Perfusão	Normal
Imobilização	Não
Empastamento Muscular	Sim
Cianose/Palidez	Não
Sensibilidade	+
Insuficiência Funcional	Não
Início	Lento

**OBS:**

(\*) Ecodoppler poderá ser realizado em qualquer regional que possua médico especialista (radiologista ou cirurgião vascular) e aparelho, para confirmação ou não do diagnóstico.

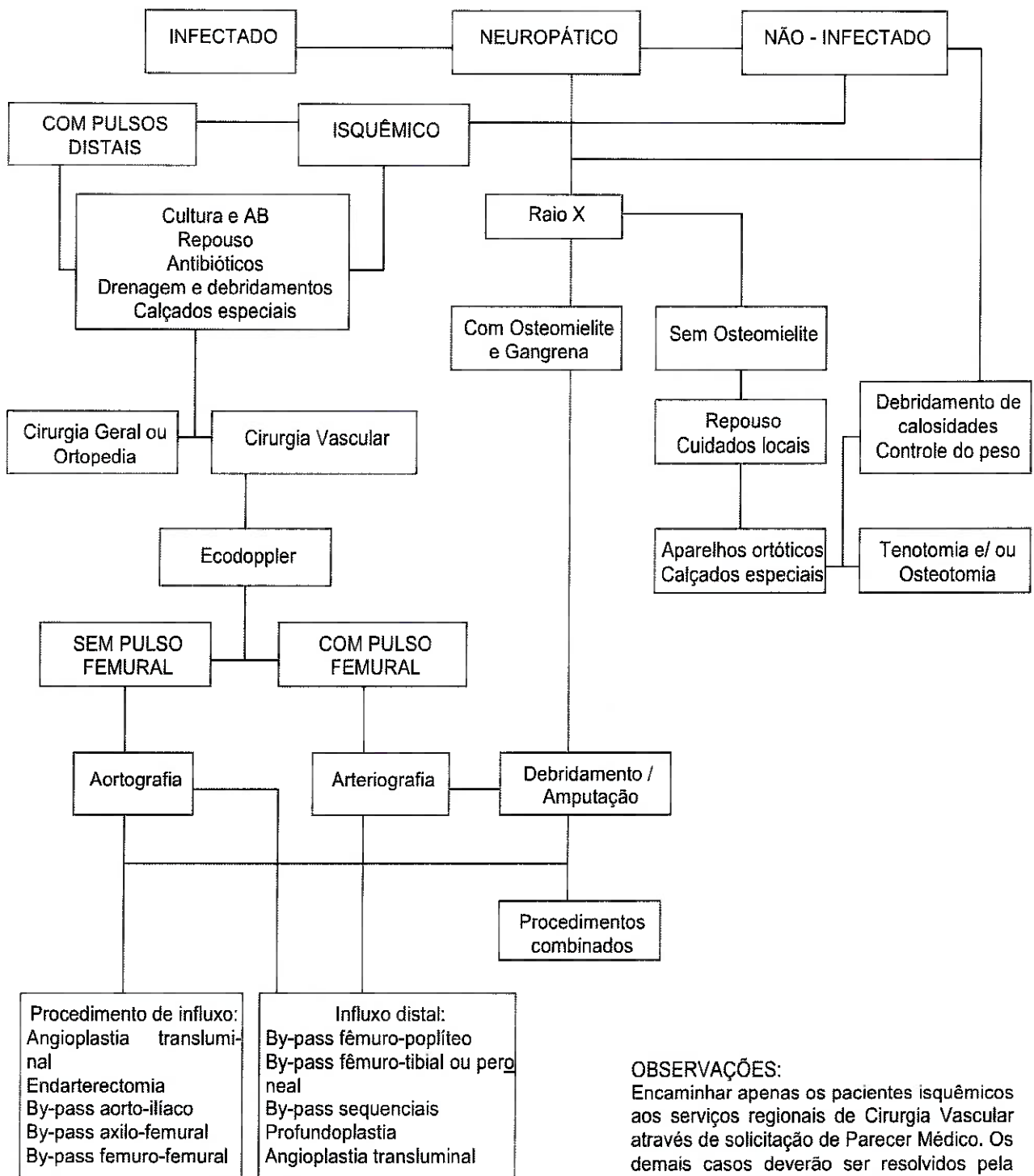
1. Procurar encaminhar os pacientes aos ambulatórios das regionais que possuam especialistas (cirurgiões vasculares) para seguimento e controle preferencialmente no período diurno (segundas a sextas-feiras) em face de não haver plantonistas de ecodoppler à noite ou finais de semana.

(\*) HBPM - Heparina de Baixo Peso Molecular

## PÉ DIABÉTICO

**PRINCIPAIS QUEIXAS**  
 Dor  
 Dormência  
 Úlceras  
 Ferimentos

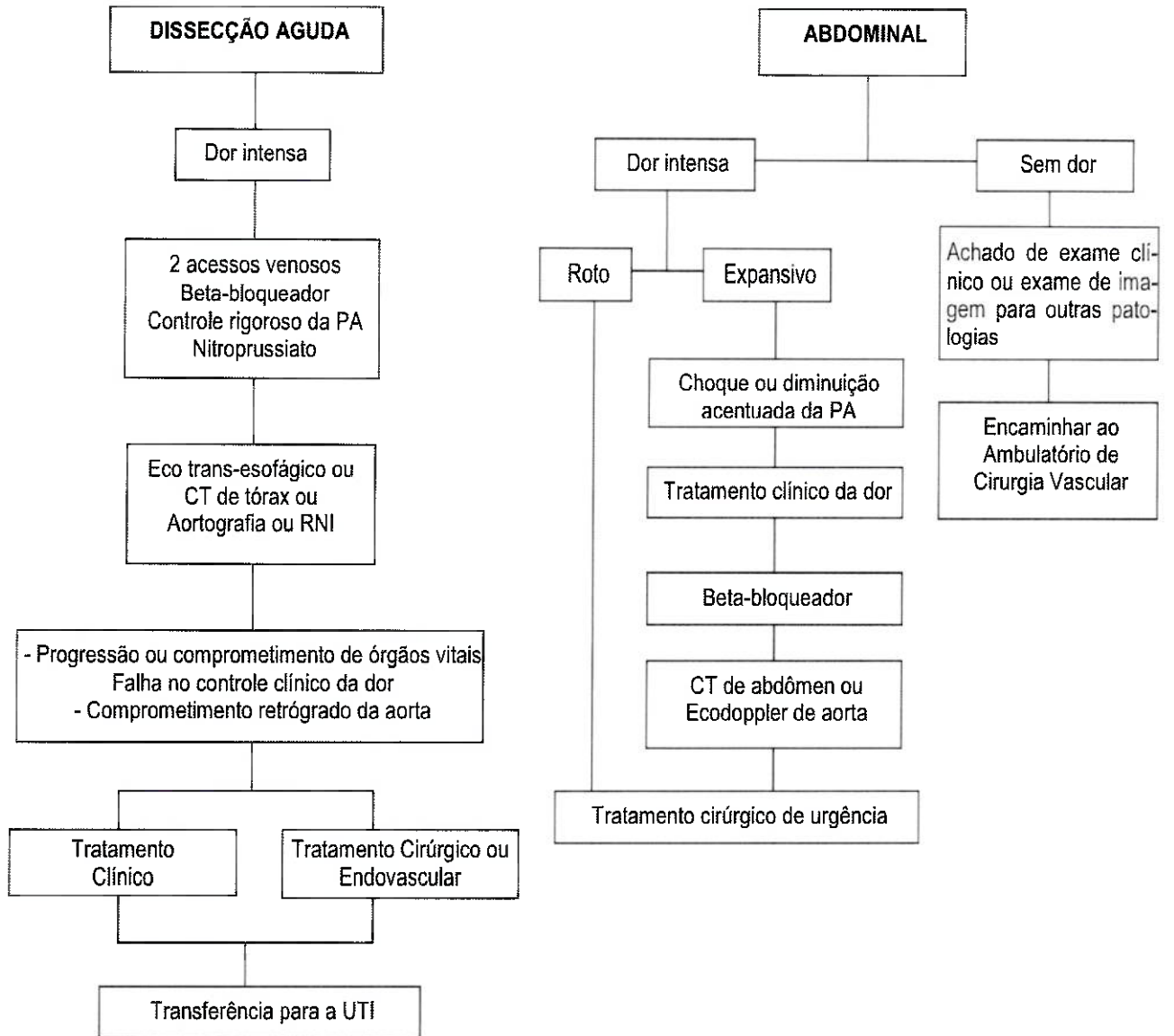
**PRINCIPAIS SINAIS DE COMPLICAÇÕES**  
 Palidez  
 Cianose  
 Diminuição de temperatura  
 Ausência ou diminuição de pulsos



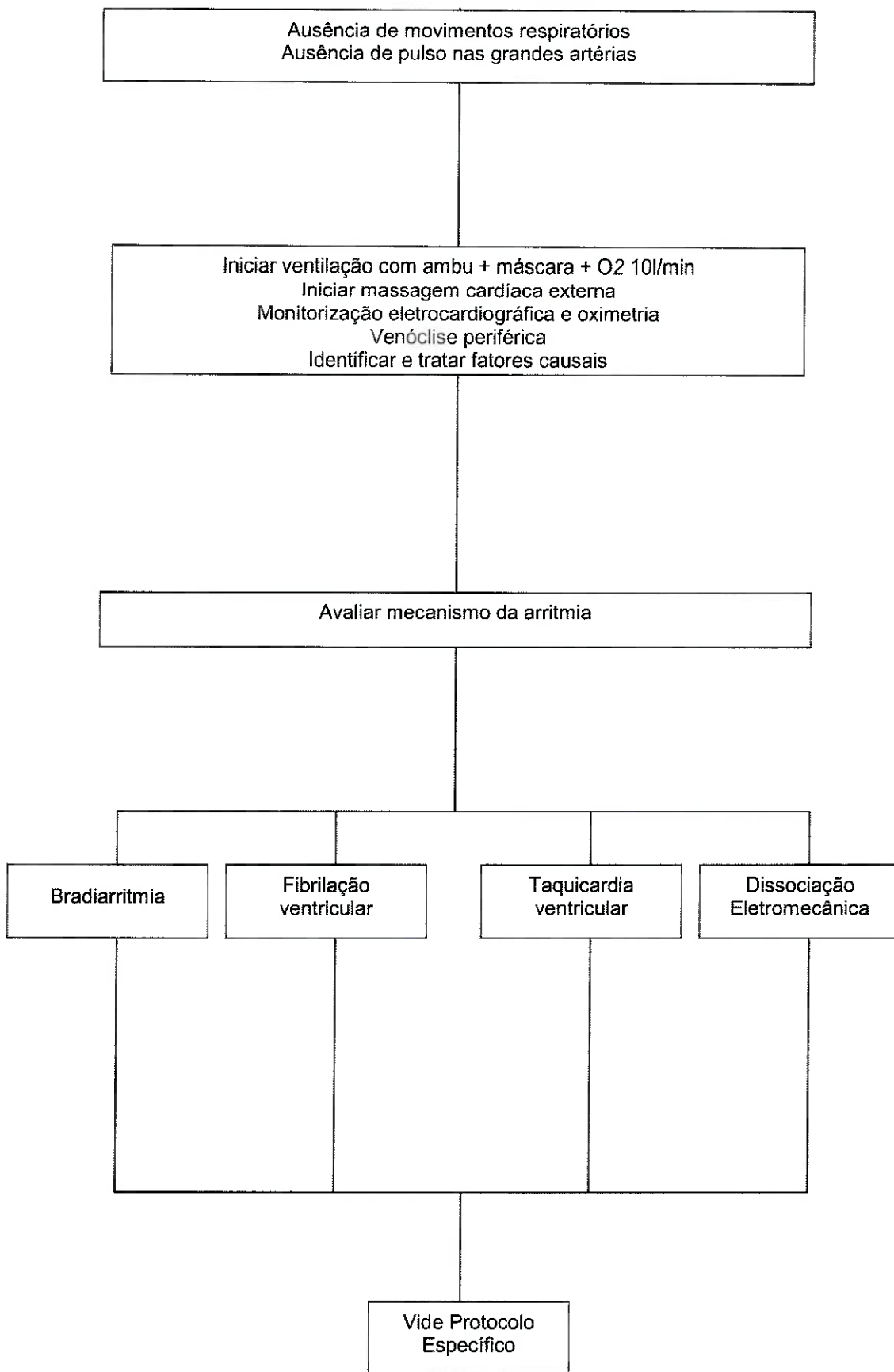
**OBSERVAÇÕES:**  
 Encaminhar apenas os pacientes isquêmicos aos serviços regionais de Cirurgia Vascular através de solicitação de Parecer Médico. Os demais casos deverão ser resolvidos pela Cir. Geral, Ortopedia ou Endocrinologia – Serviços de Pé Diabético das regionais de origem.

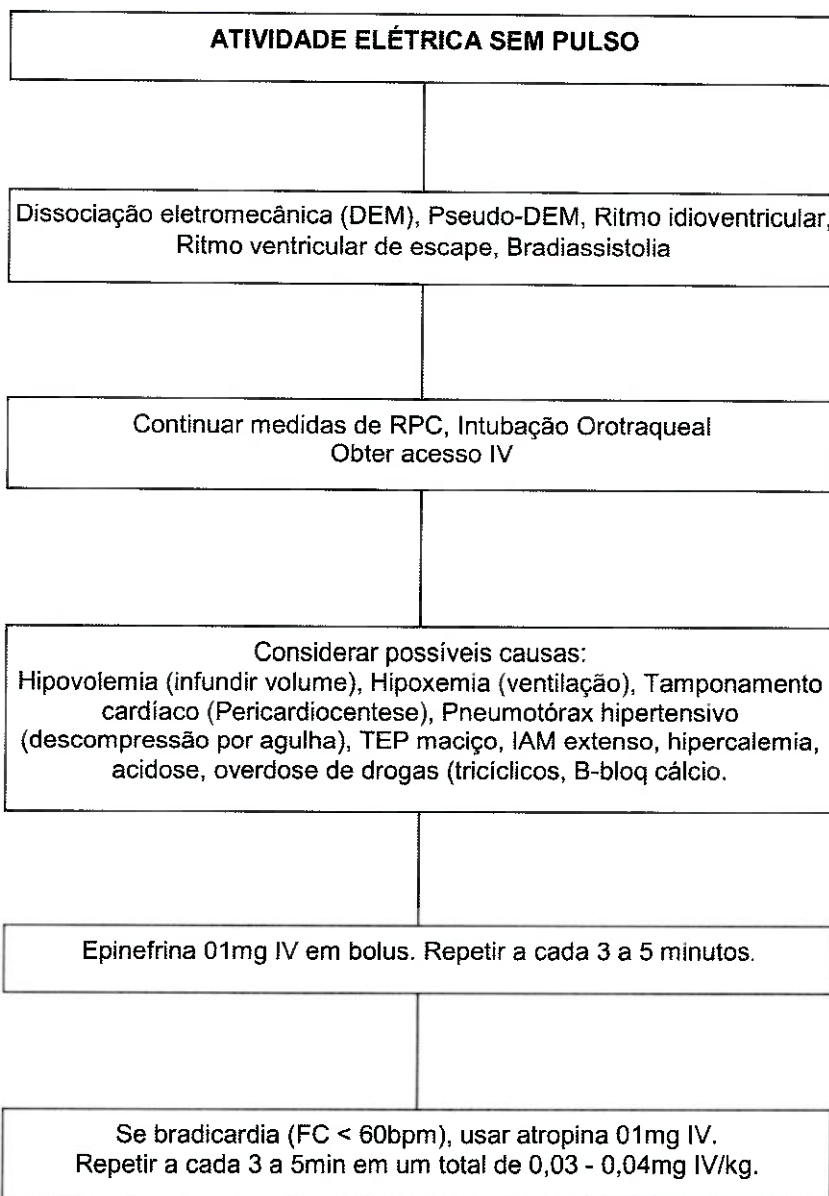


# ANEURISMAS



## PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA



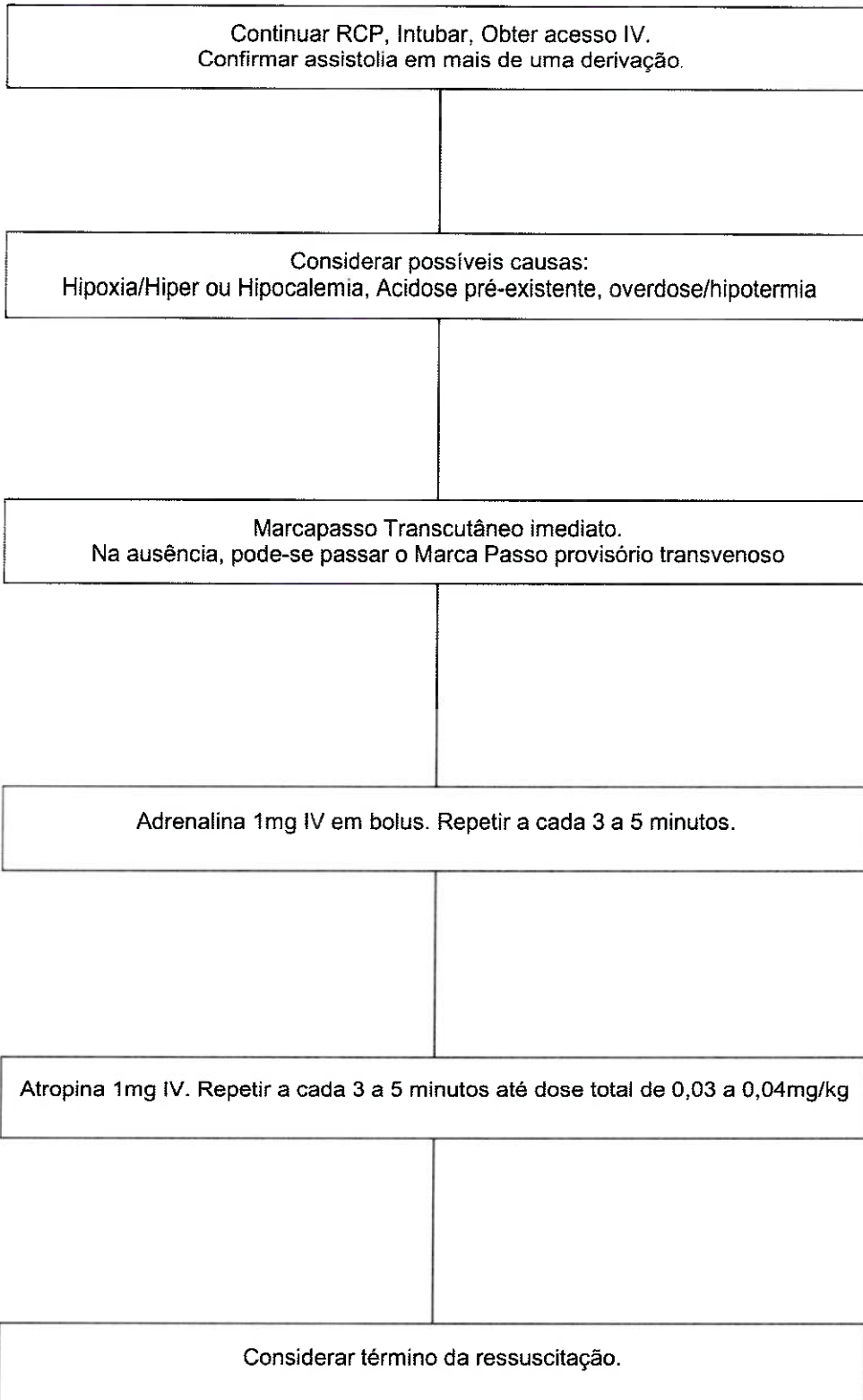
**ESTRATÉGIADIAGNÓSTICAETERAPÊUTICA****Causas de Atividade Elétrica sem Pulso  
(5Hs e 5Ts)**

Hipoxia  
Hipovolemia  
Hipocalemia – hipercalemia  
Hipotermia  
Hidrogênio (Acidose)

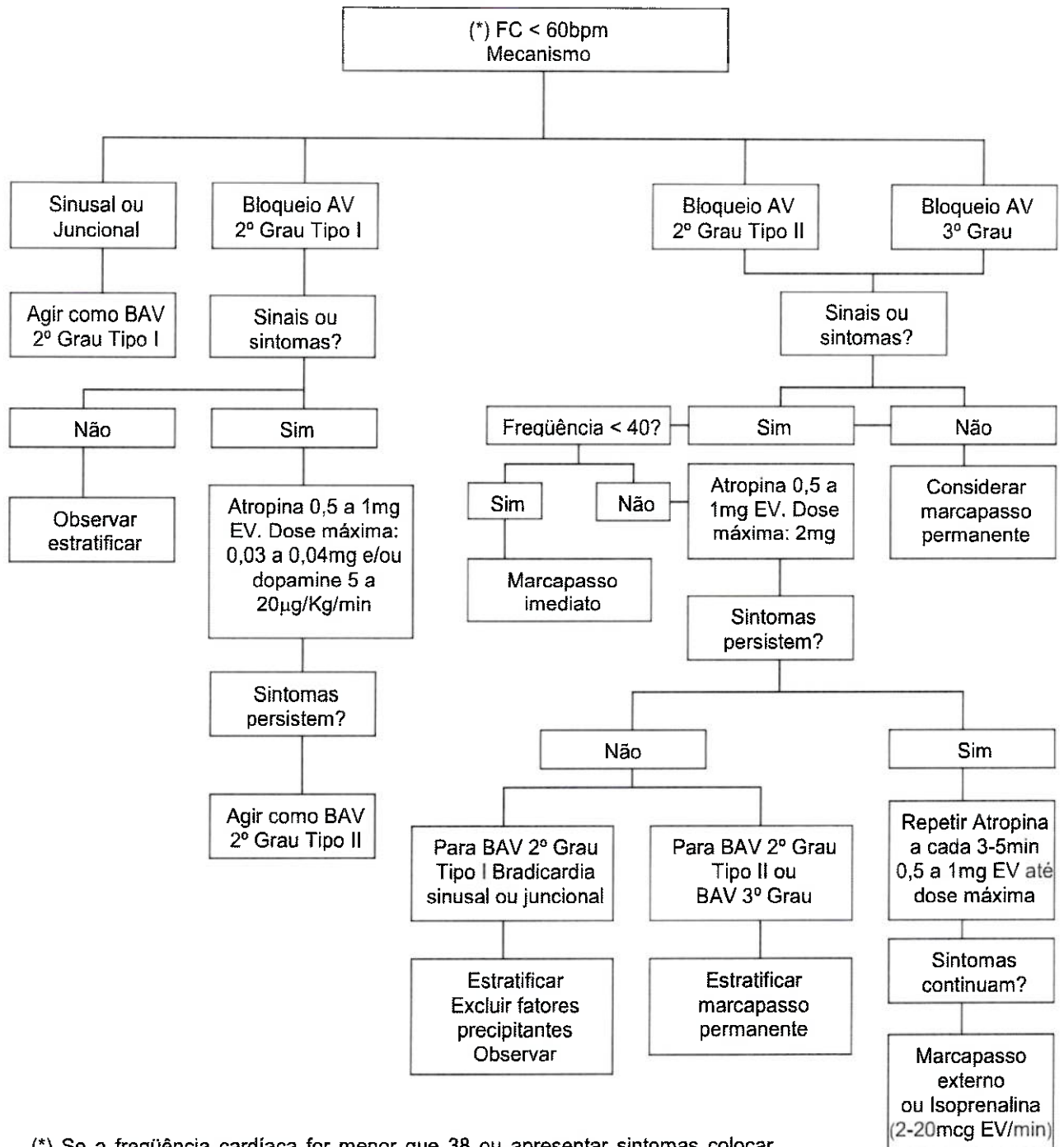
Tensão no Tórax(Pneumotórax)  
Tamponamento Cardíaco  
Tóxicos (Intoxicação)  
Trombose coronária (IAM)  
Tromboembolismo pulmonar

CPSG= Crise parcial secundariamente generalizada

## ASSISTOLIA



## BRADIARRITMIA



(\*) Se a frequência cardíaca for menor que 38 ou apresentar sintomas colocar marcapasso externo.

**ATENÇÃO:**

As extra-sístoles ventriculares no BAV de terceiro grau não são de risco e contribuem para manutenção do débito. O seu desaparecimento pode ser acompanhado de desestabilização do paciente e necessidade de marcapasso imediato.

## TAQUICARDIAS VENTRICULARES

### Introdução:

As Taquicardias com complexos QRS largos ( $QRS > 120$  m/s) constituem um desafio na prática clínica.

É de suma importância para uma correta conduta terapêutica antiarrítmica (AA) o diagnóstico diferencial entre uma Taquicardia Ventricular (TV) e uma Taquicardia Supraventricular com condução aberrante.

As taquicardias com complexos largos podem ocorrer em 4 situações distintas:

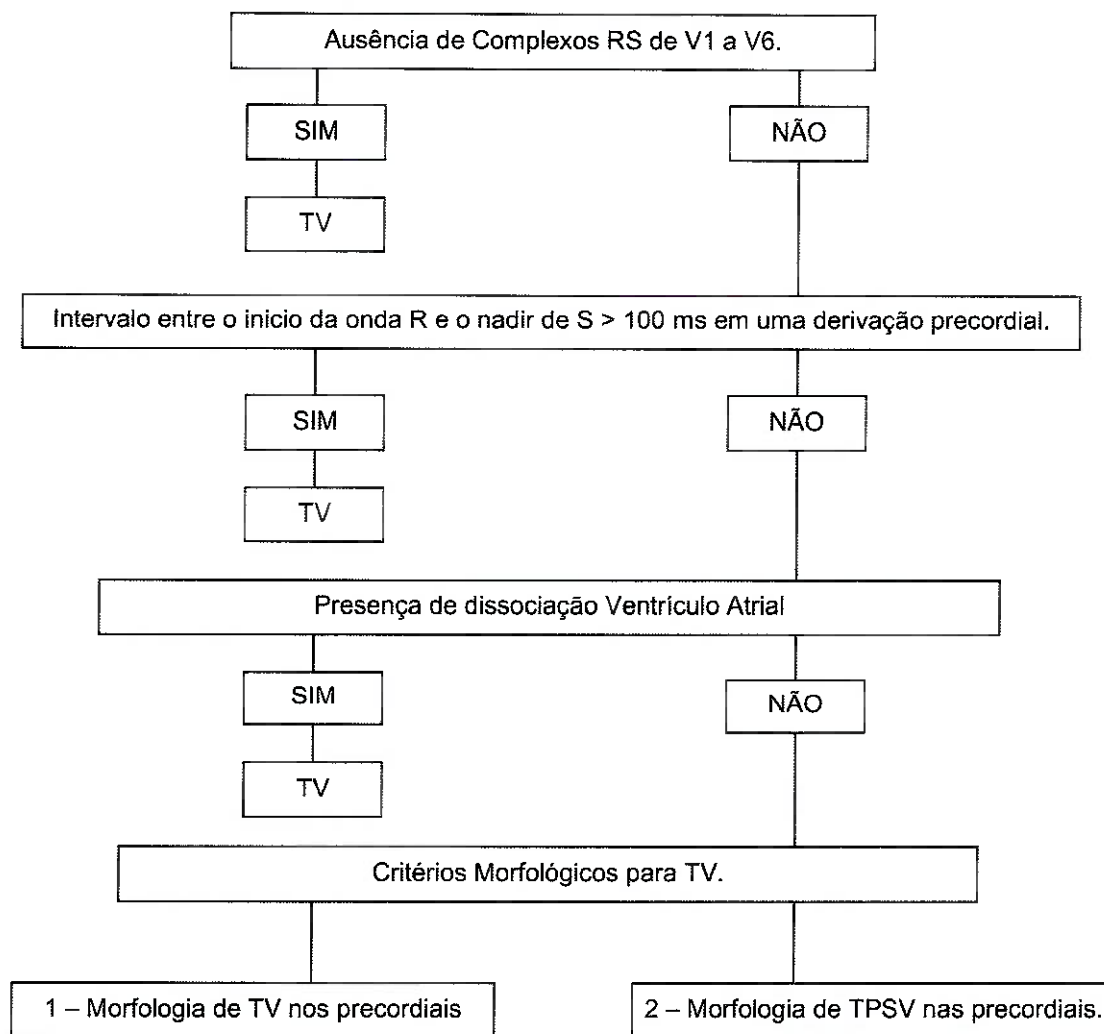
TPSV com bloqueio de ramo funcional

TPSV na vigência de bloqueio de ramo pré-existente.

TPSV com condução anterógrada através de uma via acessória.

Taquicardia Ventricular.

### DIAGNÓSTICOS DAS TAQUICARDIAS DE QRS LARGO CRITÉRIOS DE BRUGADA.



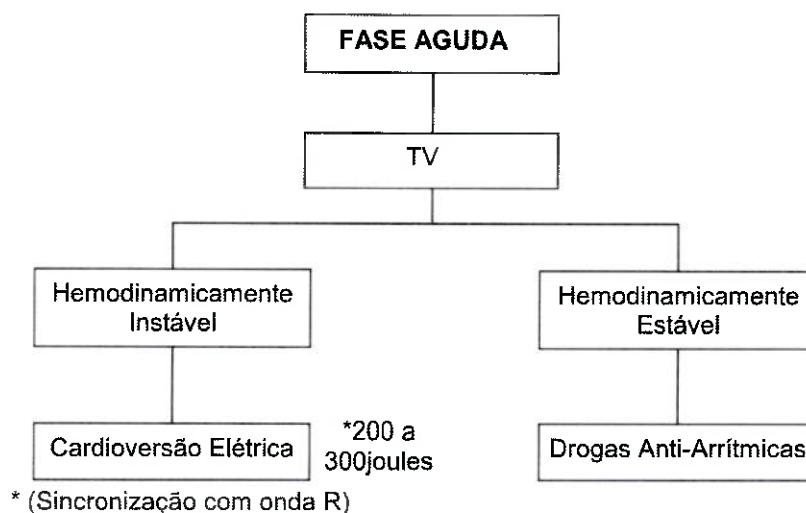
- Morfologia de BRD com:  
R, qR em V1 e rS ou Qs em V6.  
- Morfologia de BRE:  
Entalhe na onda S de V1.  
1º Vetor lento ( $> 60$  m/s).

- Morfologia de BRD com:  
rSr' em V1, Rs em V6.  
- Morfologia de BRE:  
Rs em V1.  
1º Vetor ( $< 60$  m/s).

## TAQUIARRITMIA VENTRICULAR MULTIFOCAL

TV Helicoidal.  
TV Polimórfica.  
Flutter Ventricular.  
Fibrilação Ventricular.

### TRATAMENTOS DAS TV.



### DROGAS ANTIARRITMICAS.

1 – IAM – Fase Aguda – Lidocaína 2% - (1,0 a 1,5 mg / kg em bolus, seguido de 0,5 a 0,75 mg / kg em bolus a cada 5 a 10 min. Com dose máxima de 3 mg / kg. Associando a infusão contínua de 30 a 50 mg / kg / min.

2 – IAM – Fase Crônica – MCC.

Procainamida (1 gr / 5 minutos).

Amiodarona (150 mg IV em bolus em 10 minutos);(1,0 mg / min. Por 6 h., seguido de 0,5 mg / min. Contínuo).

Propafenona (70 mg IV / 5 min.).

CVE Sincronizado.

Sulfato de Magnésio (IV – 2 gr em 100 ml até atingir níveis séricos de 2 mEq / kg).

3 – Taquicardia Ventricular Helicoidal.

Infusão de Sulfato de Magnésio

Aumentar FC = Marca Passo Provisório

Isoproterenol (1 – 3 mg / min. IV).

4 – Taquicardia Ventricular Incessante.

Ablação.

Cirurgia.

**OBS.:** Nos pacientes com disfunção de VE: 1ª opção Amiodarona

2ª opção Lidocaína.

5 – Flutter Ventricular ou Fibrilação Ventricular.

Desfibrilação – 360J sem sincronização.



## TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES COM QRS ESTREITO

### INTRODUÇÃO.

As TPSV<sup>s</sup> são arritmias nas quais os átrios e / ou a junção atrioventricular participam da origem e na manutenção da taquicardia. Essas arritmias (TPSV) apresentam características eletrocardiográficas típicas que durante a análise do ECG da crise sugerem o seu diagnóstico, na maioria dos pacientes. Entretanto em alguns casos o seu diagnóstico e seu mecanismo só podem ser detectados pelo estudo eletrofisiológico invasivo (EEF).

Essas arritmias (TPSV<sup>s</sup>) apresentam-se com FC acima de 100bpm e com duração do complexo QRS  $\leq$  120 m/s.

### CLASSIFICAÇÃO DAS TPSV:.

Taquicardias Atriais.  
 Taquicardia por Reentrada Nodal.  
 Taquicardia por reentrada usando uma via acessória.  
 Taquicardia Juncional Paroxística.  
 Flutter Atrial.  
 Fibrilação Atrial.

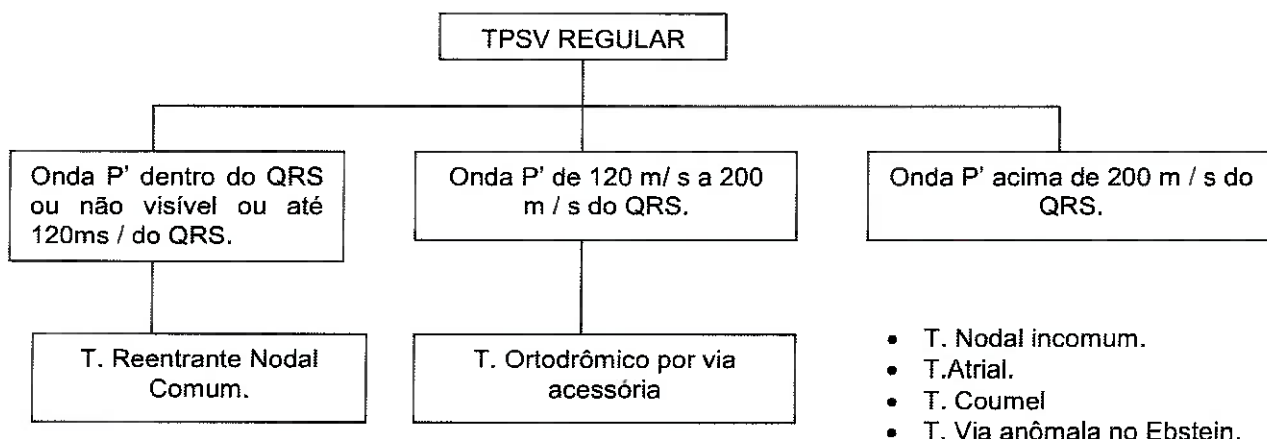
### I – TPSV COM R – R REGULAR E QRS ESTREITO.

#### TIPOS:

1. Taquicardia Reentrante Nodal Comum;
2. Taquicardia Átrio-ventricular mediado por via anômala de Kent;
3. Taquicardias atriais, Reentrante Nodal incomum, Coumel e via anômala no EBSTEIN;
4. Flutter Atrial;

#### COMO DIAGNOSTICAR:

Observar a onda P' (P retrogrado).

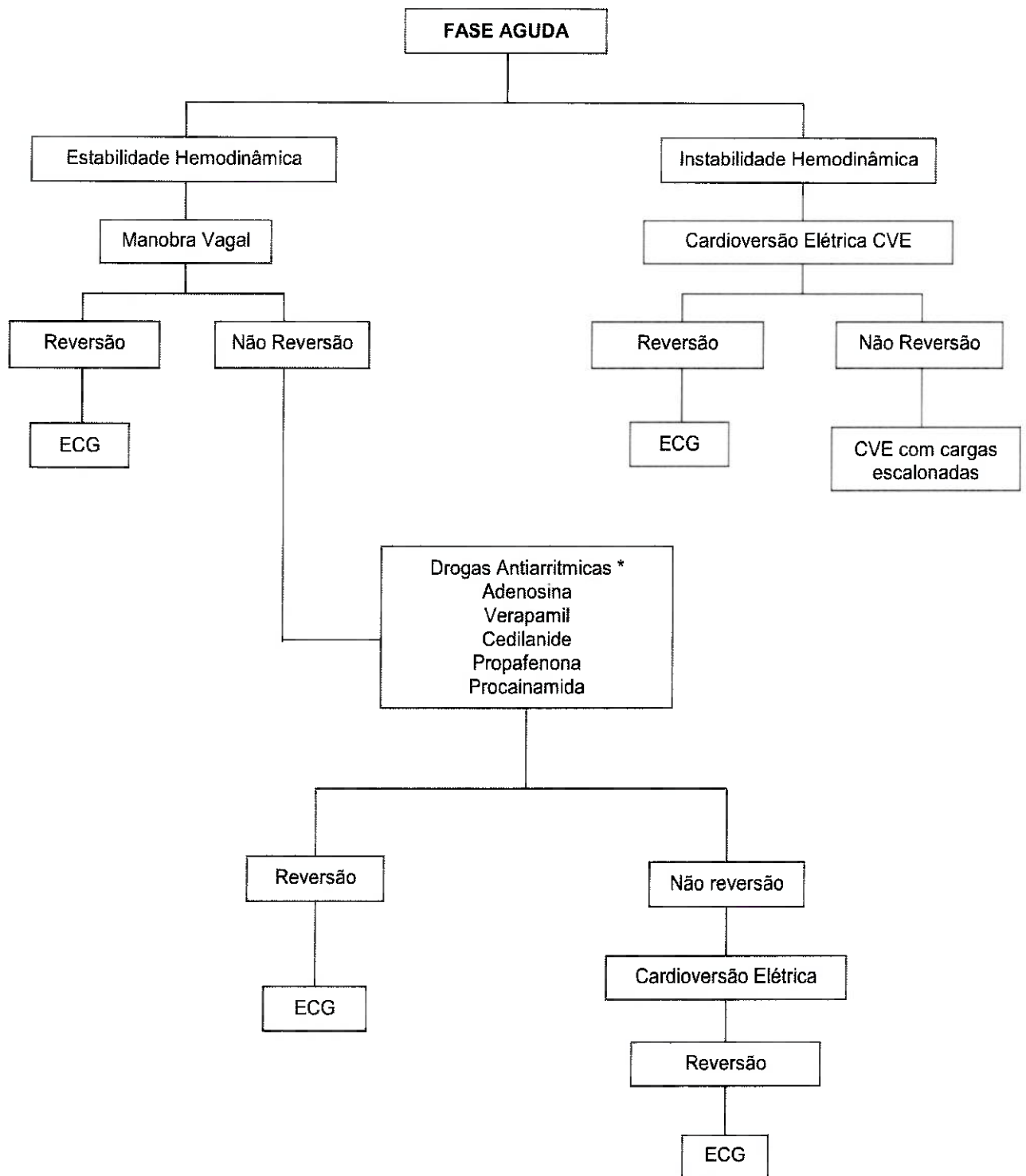


- A – 1 – Onda P em relação ao QRS:  
 A – 2 – Morfologia da Onda P:  
 A – 3 – Frequência da onda P's em relação ao QRS:  
 A – 4 – Alternância elétrica do QRS:

# TRATAMENTO NA FASE AGUDA

## REVERSÃO DAS CRISES

### TRATAMENTO DAS TPSV



**DROGAS ANTI-ARRITMICAS PARA REVERSÃO.**

- 1 - Taquicardia Reentrante Nodal Comum.
- 2 - Taquicardias Atriais, reentrante nodal incomum, Coumel, via anômala no Ebstein.
- 3 - Flutter Atrial com bloqueio A-V 2:1 Fixo.

Tipos – Preferências.

Verapamil (10 mg + 10 ml de soro) EV, 5 minutos	Tipo 1 e 3
Adenosina (de 8 a 12 mg) EV bolus	Tipo 1
Cedilanide (0,8 mg diluído) EV em 5 minutos.	Tipo 1 e 3
Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.	Tipo 1, 2, 3 e 4.

Tipo 2 – TPSV – Mediada por via anômala do tipo KENT.

Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.  
Procainamida (1 g) EV em 5 minutos.

**TAQUICARDIA COM RR IRREGULAR E QRS ESTREITO. FIBRILAÇÃO ATRIAL (FA)****INTRODUÇÃO:**

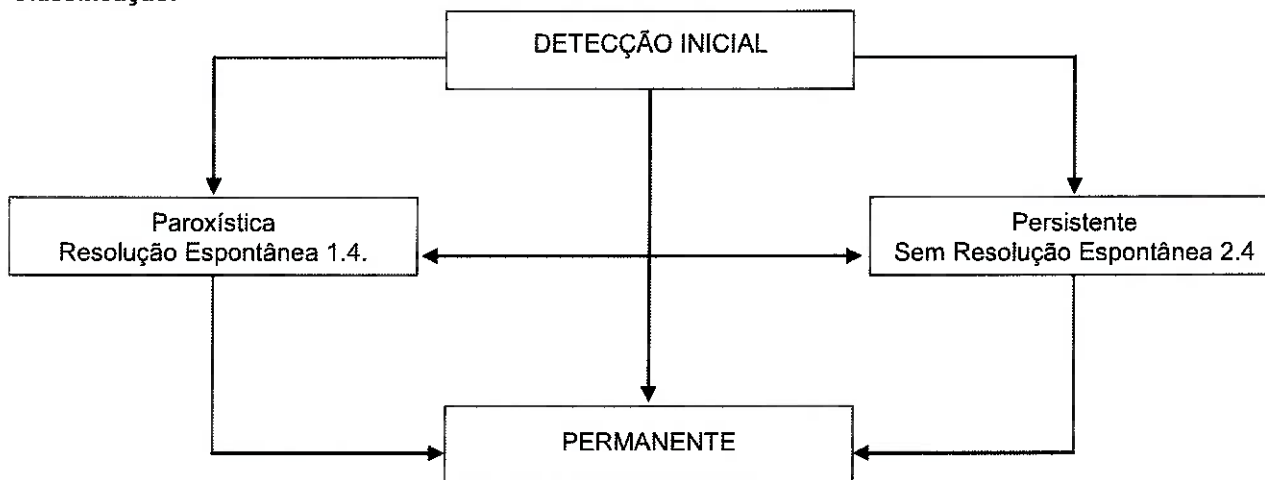
- No momento a FA está sob intensa investigação clínica e eletrofisiológica.
- É a arritmia mais freqüente na prática clínica e nas salas de emergência.
- Sua prevalência aumenta significativamente com a idade chegando a atingir 10% da população entre a 7ª e a 8ª décadas de vida.

**SINTOMAS:**

Estão relacionados:

- Elevação da resposta ventricular
- Comprometimento hemodinâmico.

É a desordem do ritmo cardíaco que mais comumente provoca acidentes Tromboembólicos Sistêmicos.

**ABORDAGEM:****Classificação:**

- 1 - A duração dos episódios é menor ou igual a 7 dias (a maioria < 24 hs)
- 2 - Duração maior que 7 dias.
- 3 - Cardioversão mal sucedida ou não realizada.
- 4 - FA paroxística ou persistente pode ser recidivante.

**ADENDO:**

Existem várias classificações para a FA

Classificação baseada na relevância clínica.

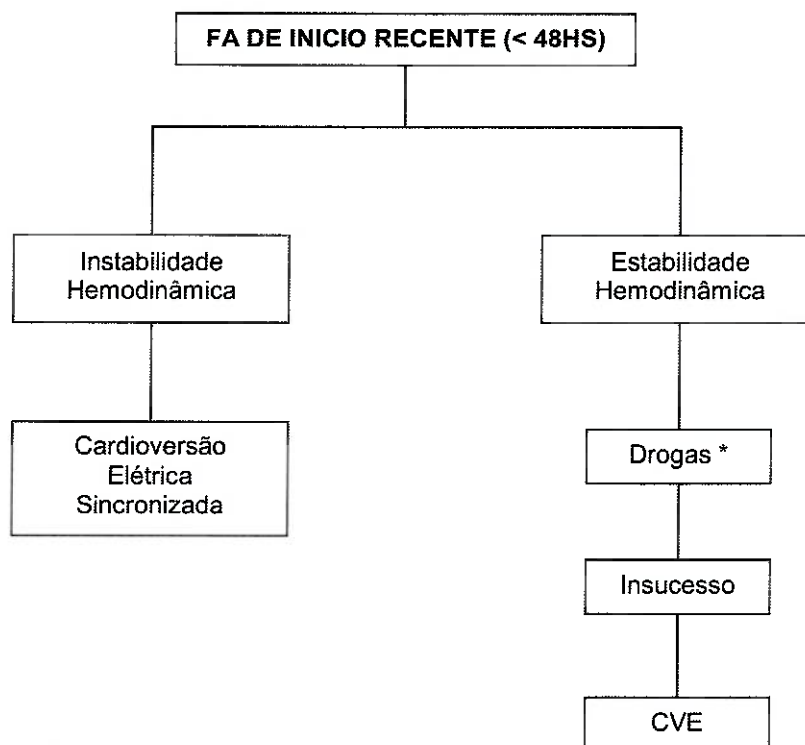
**FA**

<b>PAROXÍSTICA</b>	Resolução Espontânea.
<b>PERSISTENTE</b>	Resolução Não Espontânea.
<b>PERMANENTE</b>	Longa duração (mais de 1 ano), em que a cardioversão não foi realizada ou não houve manutenção do ritmo <b>sinusal</b> .

Classificação em relação a duração da arritmia.

FA de início recente  $\longrightarrow$  FA que se instalou com menos de 48 hs.  
FA com mais de 48 hs e/ou tempo indeterminado.

## TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA. FA DE INÍCIO RECENTE.



**OBS.:** Os pacientes que apresentam com FA < 48hs, mas são portadores de fatores de risco para fenômenos tromboembólicos como: Valvulopatia Mitral; Próteses valvares, disfunção ventricular esquerda com FE < 40% ou passado de tromboembolismo, devem primeiramente ser anticoagulados da tentativa de reversão.

DROGAS USADAS PARA REVERSÃO A RITMO SINUSAL:	
PROPAFENONA	1 a 2mg / kg / 10 min.. – Pode repetir 30 min. Após a 1ª dose.
PROPAFENONA	450 mg V.O 4 / 4hs ou 600 mg V.O 12 / 12 hs.
SOTALOL	80mg V.O 2 x dia
AMIODARONA	150 mg em 10 min. 360 mg em 6 horas. 540 mg em 18 horas.

FA > 48h OU TEMPO INDETERMINADO.  
FA Paroxística ou FA Permanente.

**CONTROLE DA FC.**



**DROGAS \***

**OBS.:**

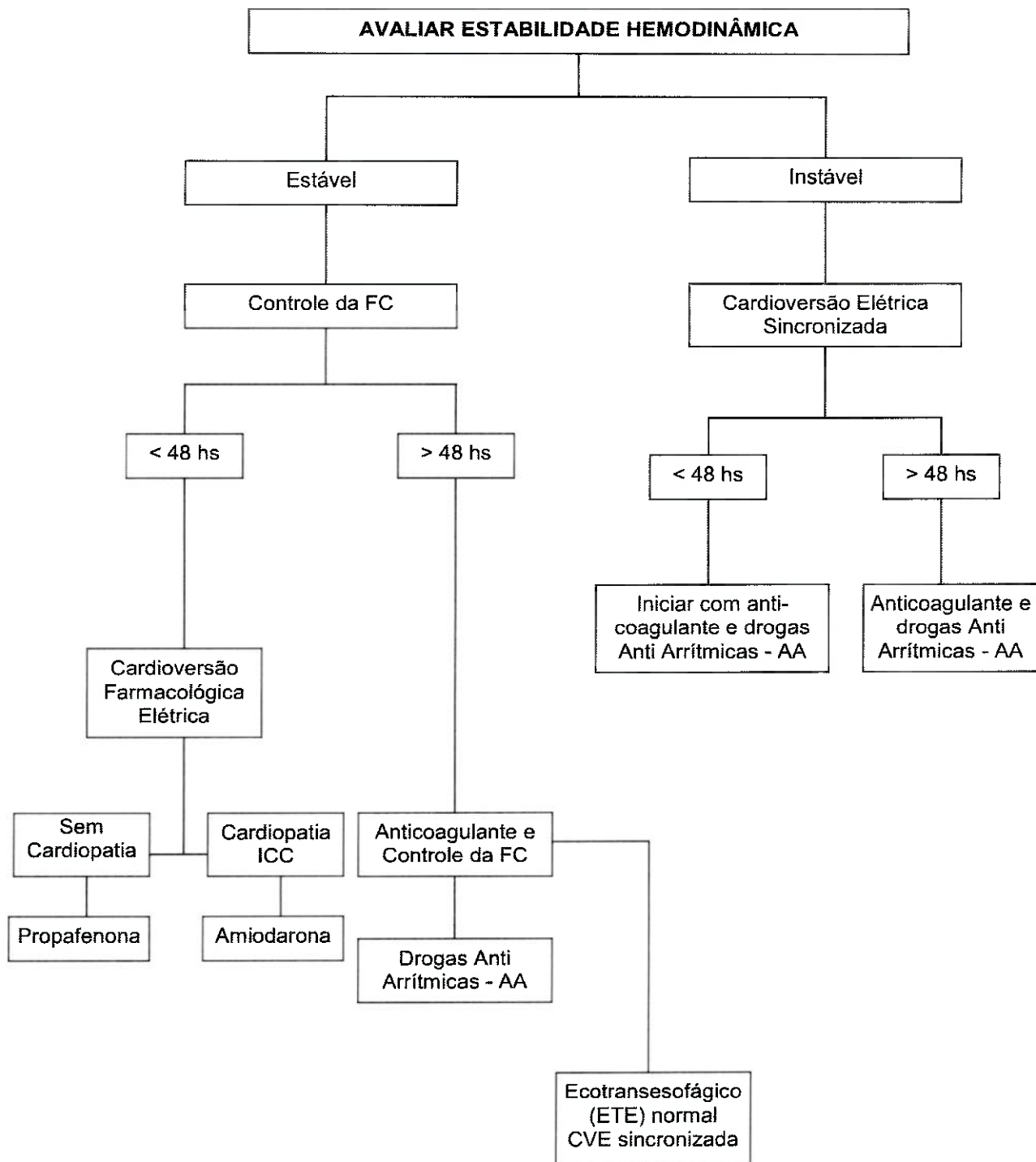
Pacientes com disfunção ventricular - Usar Amiodarona.  
Pacientes sem disfunção ventricular – Usar como 1ª escolha – Diltiazem.

DROGAS QUE PODEM SER UTILIZADAS PARA CONTROLE DA FC (Controle da Frequência Ventricular).	
<b>CEDILANIDE</b>	0,04 mg IV, bolus.
<b>ESMOLOL</b>	(10 mg / ml) – 0,5 mg / kg 1 min e dripping de 0,05mg / kg / min.
<b>METOPROLOL</b>	(1mg / ml) - 5mg IV lento em intervalos de 5min. Até 15mg.
<b>DILTIAZEM</b>	(5 mg / ml) – 0,25 mg / kg (15 a 20 mg IV – 2 min.), repetir 15 min. após 0,35 mg / kg.
<b>VERAPAMIL</b>	(2,5 mg / ml) – 2,5 a 5,0 mg IV - 2 min., repetir 5 a 10 mg / 15 a 30 min. ou 5mg / 15 min.

**Objetivos do Tratamento de FA.**

Controle da FC;  
Restauração e manutenção do Ritmo Sinusal;  
Prevenção de Recorrências;  
Prevenção de tromboembolismo.

## TRATAMENTO DE PACIENTES COM FA



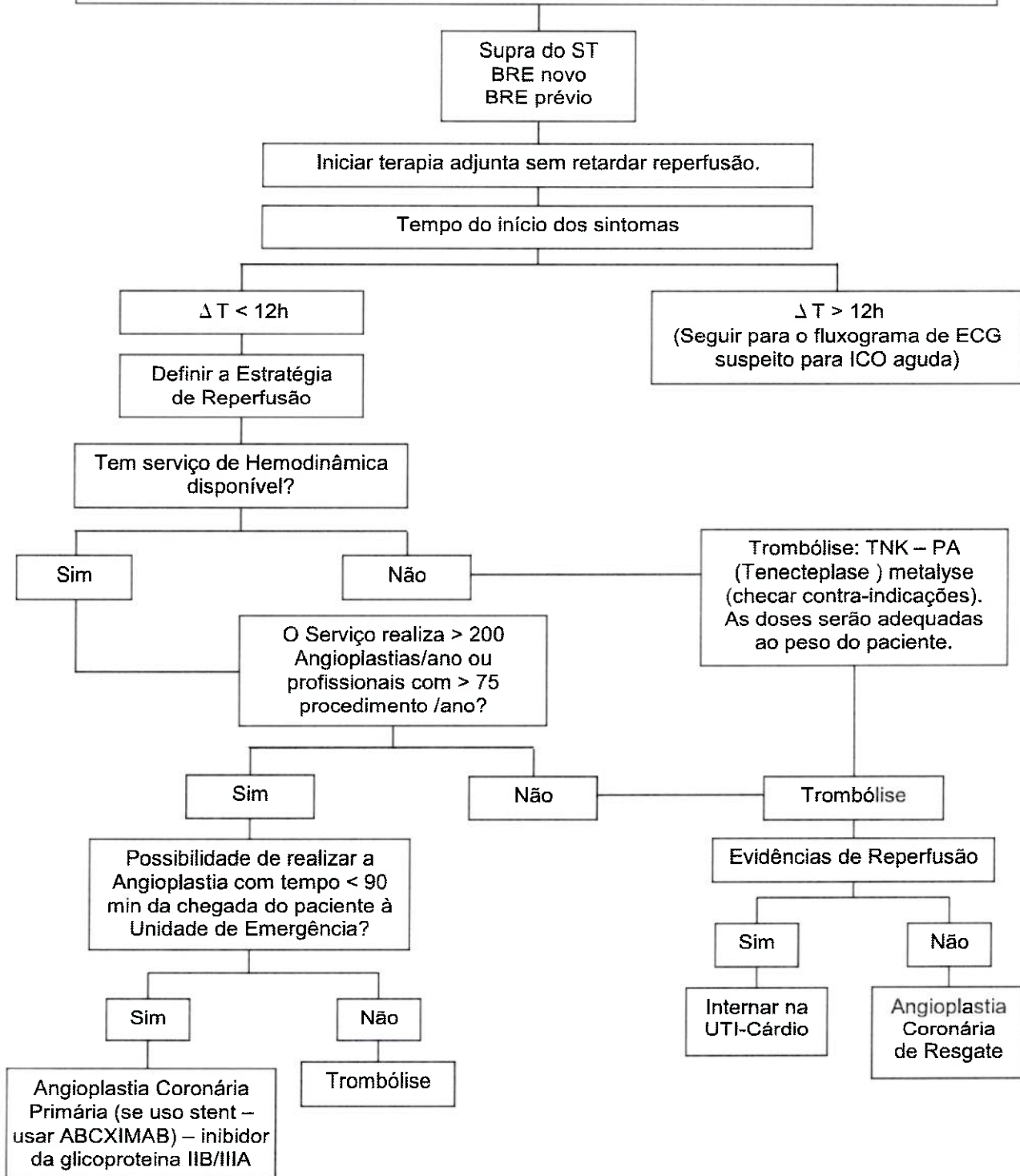


# DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DO ST

## INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DO ST

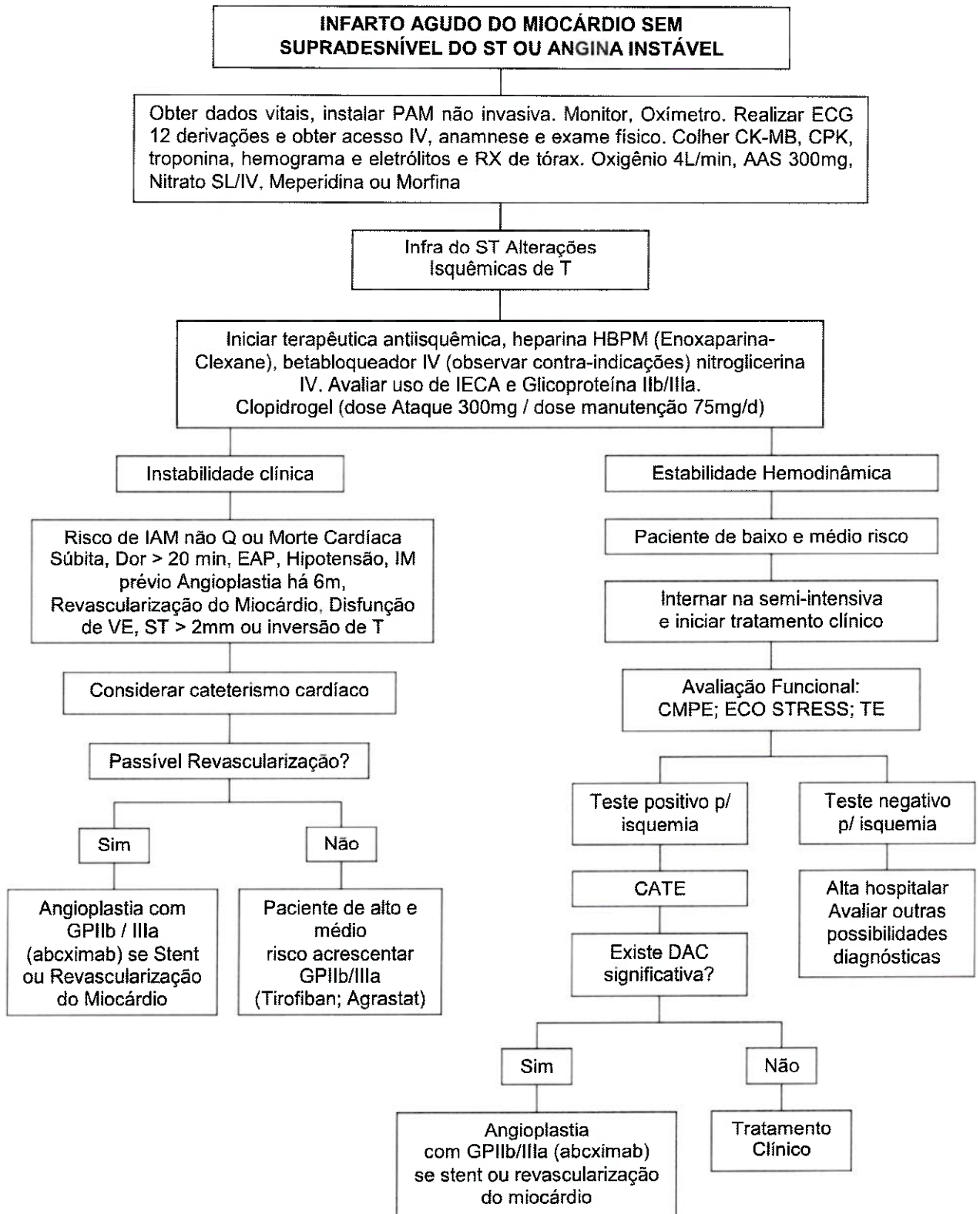
Obter dados vitais, instalar PAM não invasiva, monitor, oxímetro. Realizar ECG 12 derivações + parede posterior + derivações direitas e obter acesso IV, anamnese e exame físico. Colher CK-MB, CPK, troponina, hemograma, eletrólitos e RX de tórax. Oxigênio 4L/min, AAS 200mg, nitrato SL/IV, meperidina ou morfina + Betabloqueador.

**MONAB:** M-Morfina, O-Oxigênio, N-Nitratos, A-AAS, B-Betabloqueador



## I.A.M SEM SUPRA DE ST

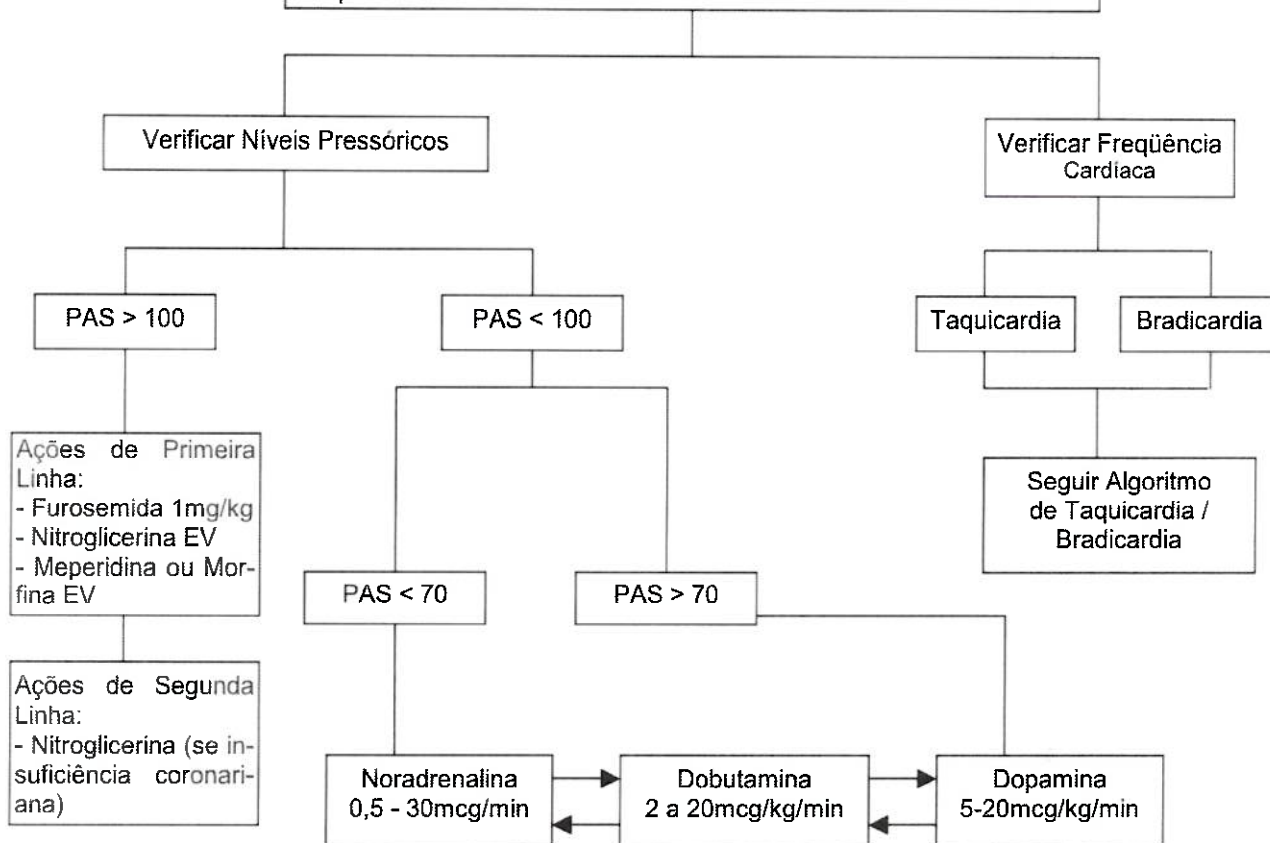
### ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA COM INFRADESNÍVEL ST OU INVERSÃO DE T



CMPE = Cintilografia miocárdica de perfusão  
DAC = Doença Arterial Coronária

## EDEMA AGUDO DE PULMÃO

Avaliar ABC, assegurar vias aéreas, administrar oxigênio (cateter de O<sub>2</sub>, Máscara de Venturi e intubação se PaO<sub>2</sub> < 60mmHg), se possível, oferecer suporte ventilatório com Pressão Positiva (vide aspectos da ventilação mecânica).  
Obter acesso venoso.  
Monitorização, Oximetria, Obter história clínica, exame físico e exames complementares.



### OBS.:

- Mude para DOPAMINA e suspenda NORADRENALINA quando a PA melhorar.
  - Se DOPAMINA > 20mcg/kg/min adicionar NORADRENALINA.
  - Investigar causa de EAP para tratamento adequado como angioplastia no caso de IAM, heparinização se causa for TEP.
- Tratar taquiarritmias seguindo algoritmo adequado.  
Se Taquicardia – cardioversão elétrica ou química. (Exceto taquicardia sinusal).  
Se Bradicardia – avaliar uso de marcapasso provisório.

### EXAMES A SEREM REALIZADOS:

- ECG, rad. de tórax no leito, gasometria, enzimas cardíacas, função renal, eletrólitos, hemograma.
- Em caso de não melhora dos sintomas, parada Cardiorrespiratória, proceder intubação Orotraqueal e transferir para UTI (após realização de medidas cabíveis para transferir com segurança).
- Observar critérios para intubação Orotraqueal.
- Se FA com frequência ventricular elevada usar Cedilanide.

## CRISE HIPERTENSIVA

