

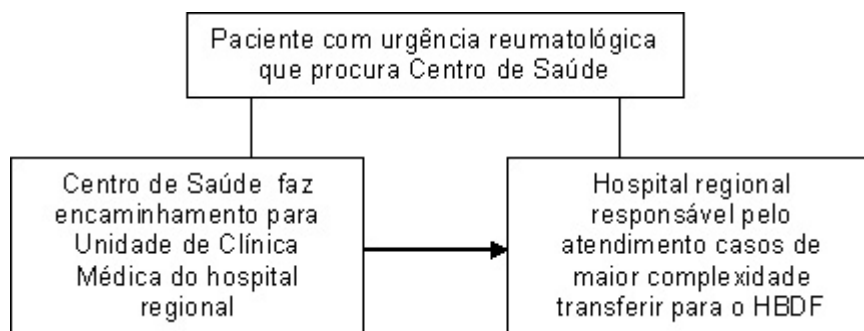
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

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:

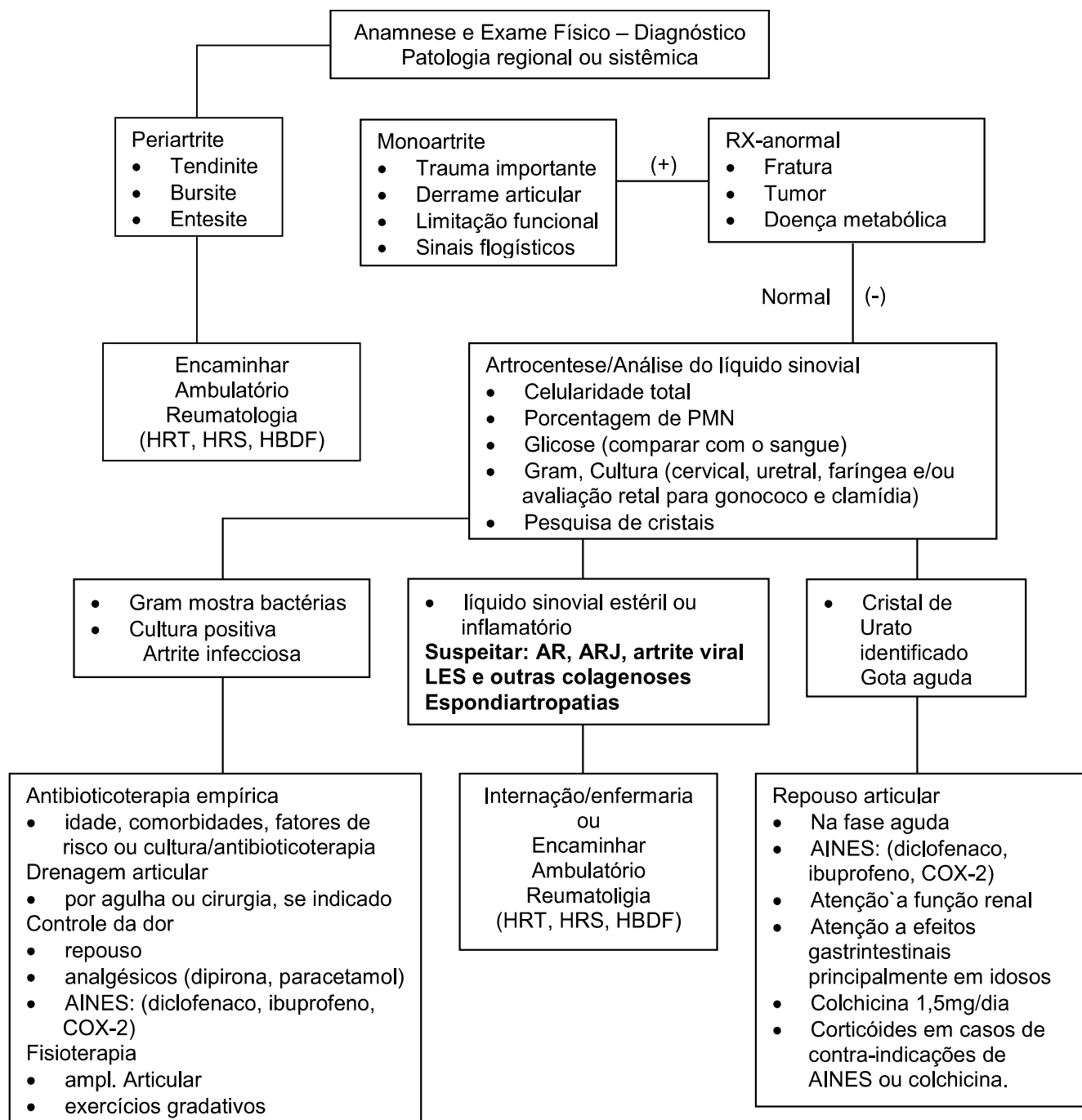
- Se o paciente apresenta doença reumática articular ou óssea localizada, regional ou generalizada;
- Se a doença reside em estruturas não-ósseas e não-articulares – por exemplo: tecidos moles (partes moles), neste caso, pertencendo ao grupo de problemas que se identificam como enfermidades extra-articulares;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

ATENDIMENTO EM CASOS DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

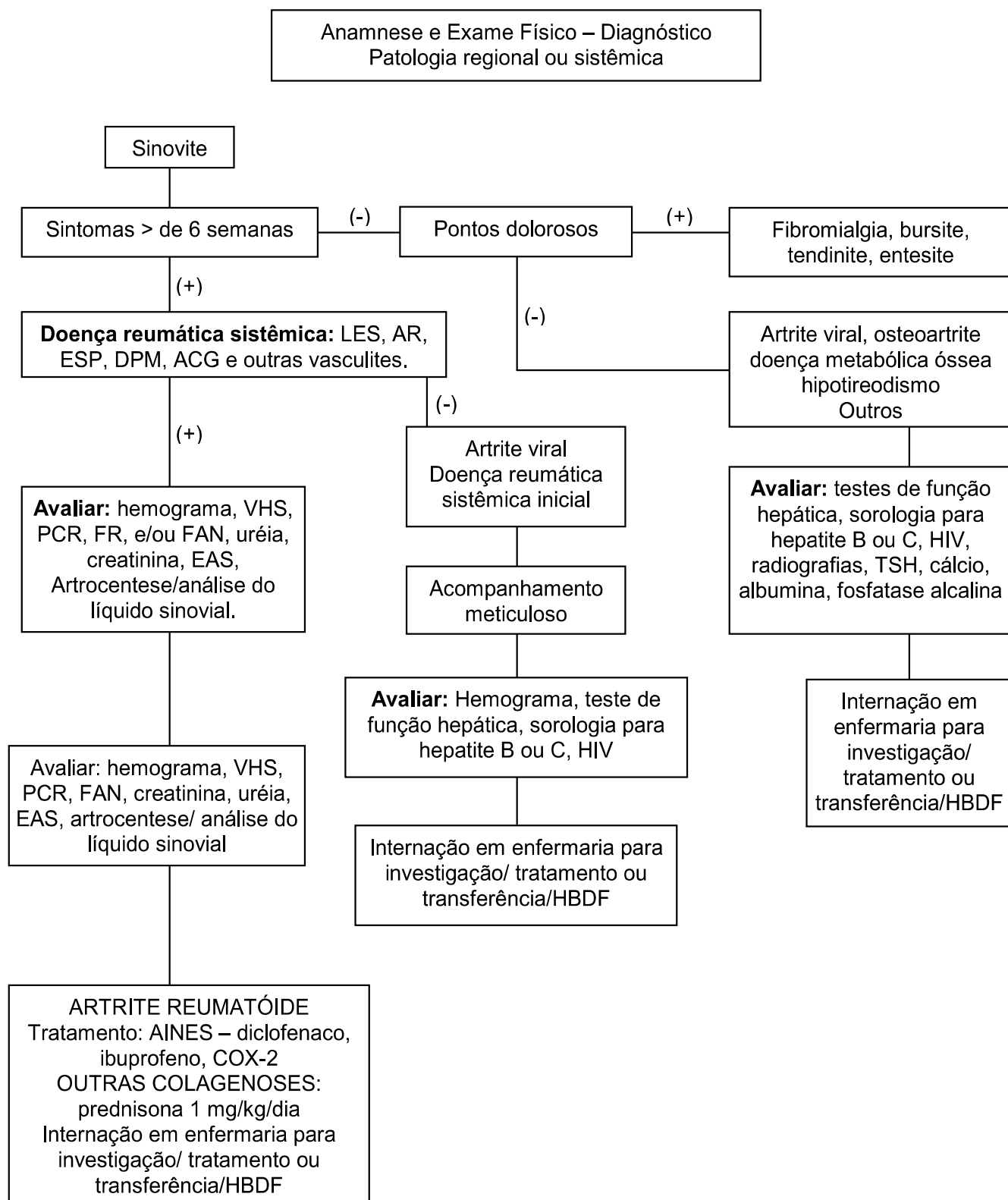


ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DO ENCAMINHAMENTO
História clínica:	• Encaminhar com história concisa informando o tipo de dor, evolução, articulações acometidas e tipo de acometimento: monoarticular, oligoarticular ou poliarticular e sintomas sistêmicos associados.
Exame físico:	• Relatar os achados importantes em especial, a presença de sinais flogísticos articulares, atrofia e deformidades.
Exames complementares essenciais:	• Hemograma completo, bioquímica, ácido úrico, VHS, PCR, fator reumatóide, FAN, radiografias das articulações acometidas e contralaterais e de tórax (PA e perfil). • Análise do líquido sinovial + cultura. • Relatar exames anteriores.
Hipótese diagnóstica:	• Enumerar. • Definir se patologia localizada, regional ou sistêmica.
Tratamento:	• Detalhar os tratamentos realizados anteriormente e os medicamentos e doses em uso atualmente.
Motivo do encaminhamento:	• Detalhar os motivos do encaminhamento ao médico clínico ou especialista.
Contra-referência:	• Retorno à UBS para acompanhamento com relatório do médico clínico ou especialista.

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
- Infecções (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 eqüina

- 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

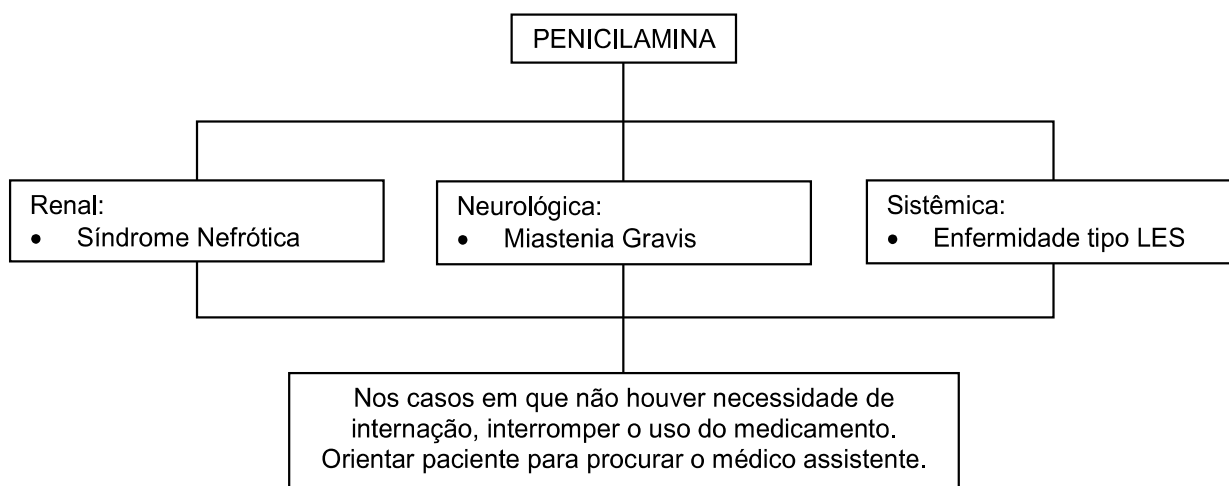
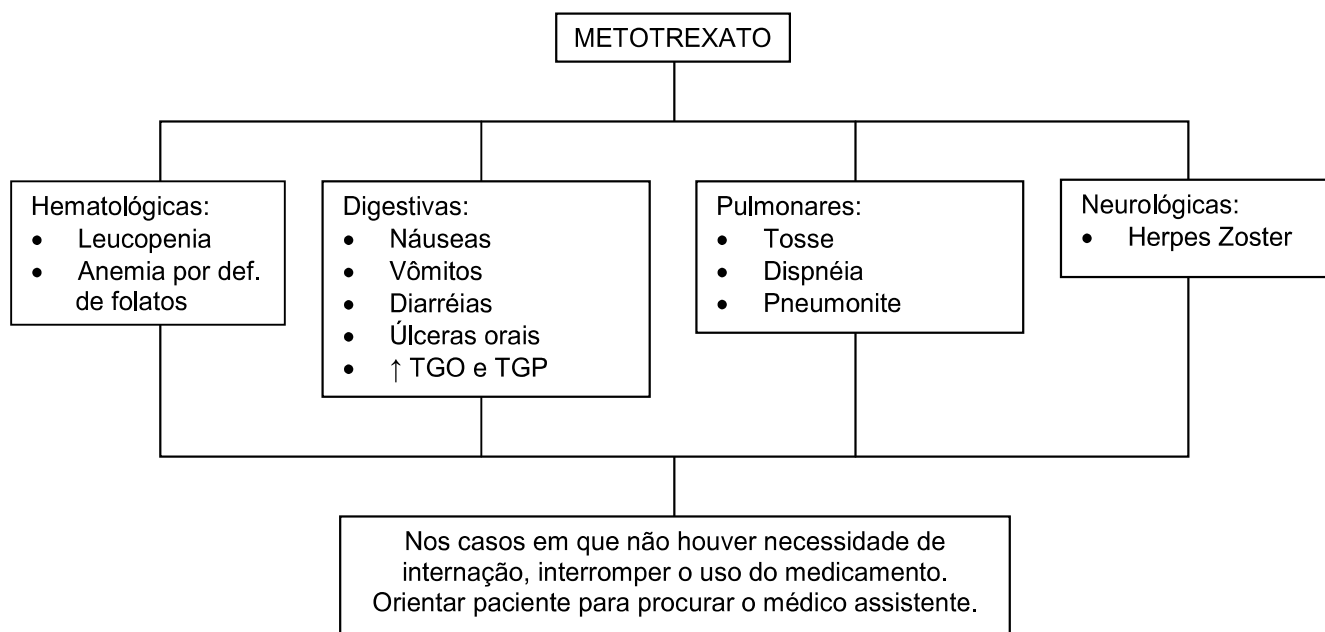
Febre ou perda de peso:
Hemograma completo e cultura de secreções

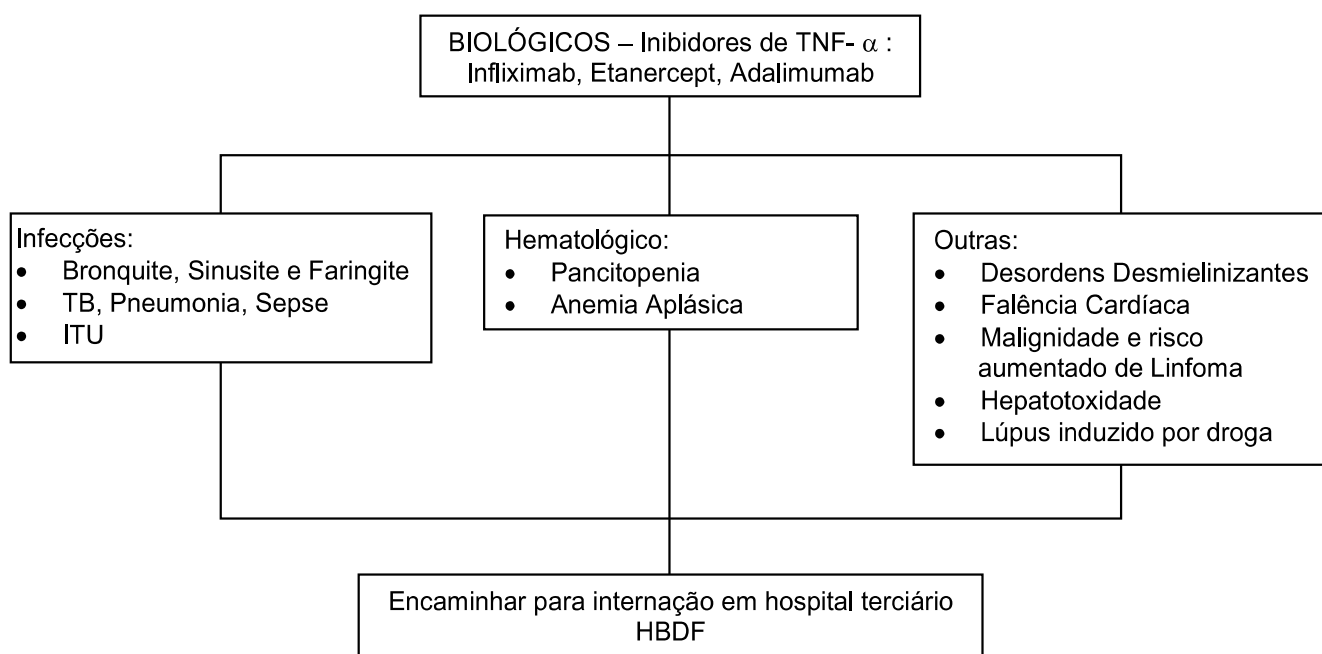
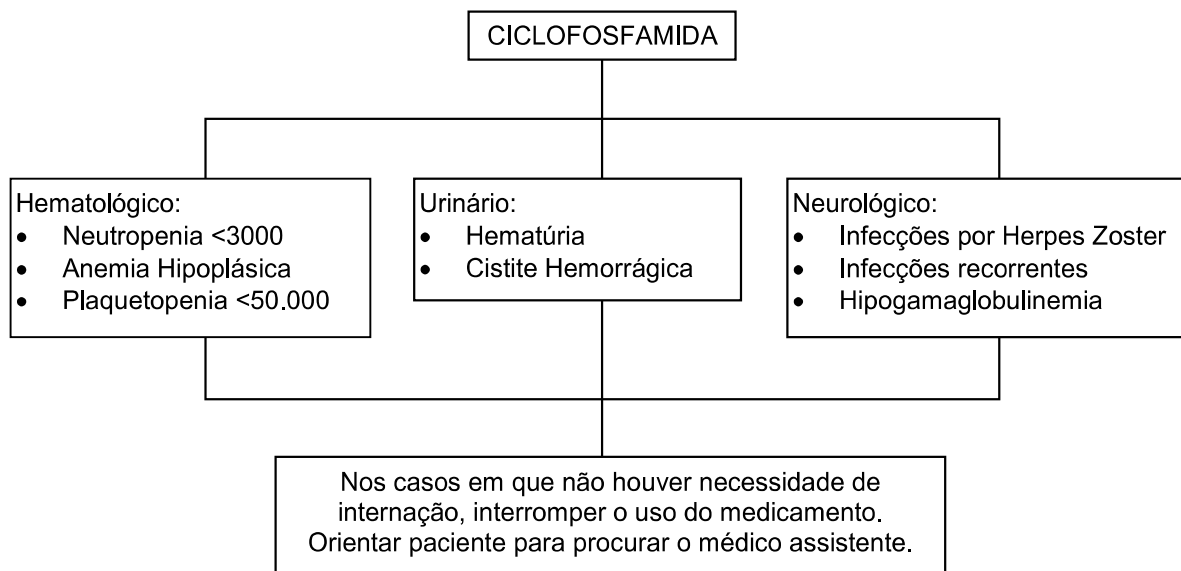
Rigidez matinal:
Fator reumatóide, ANA e VHS

Dor em cólica:
Ultrasonografia, amilase, e urocultura

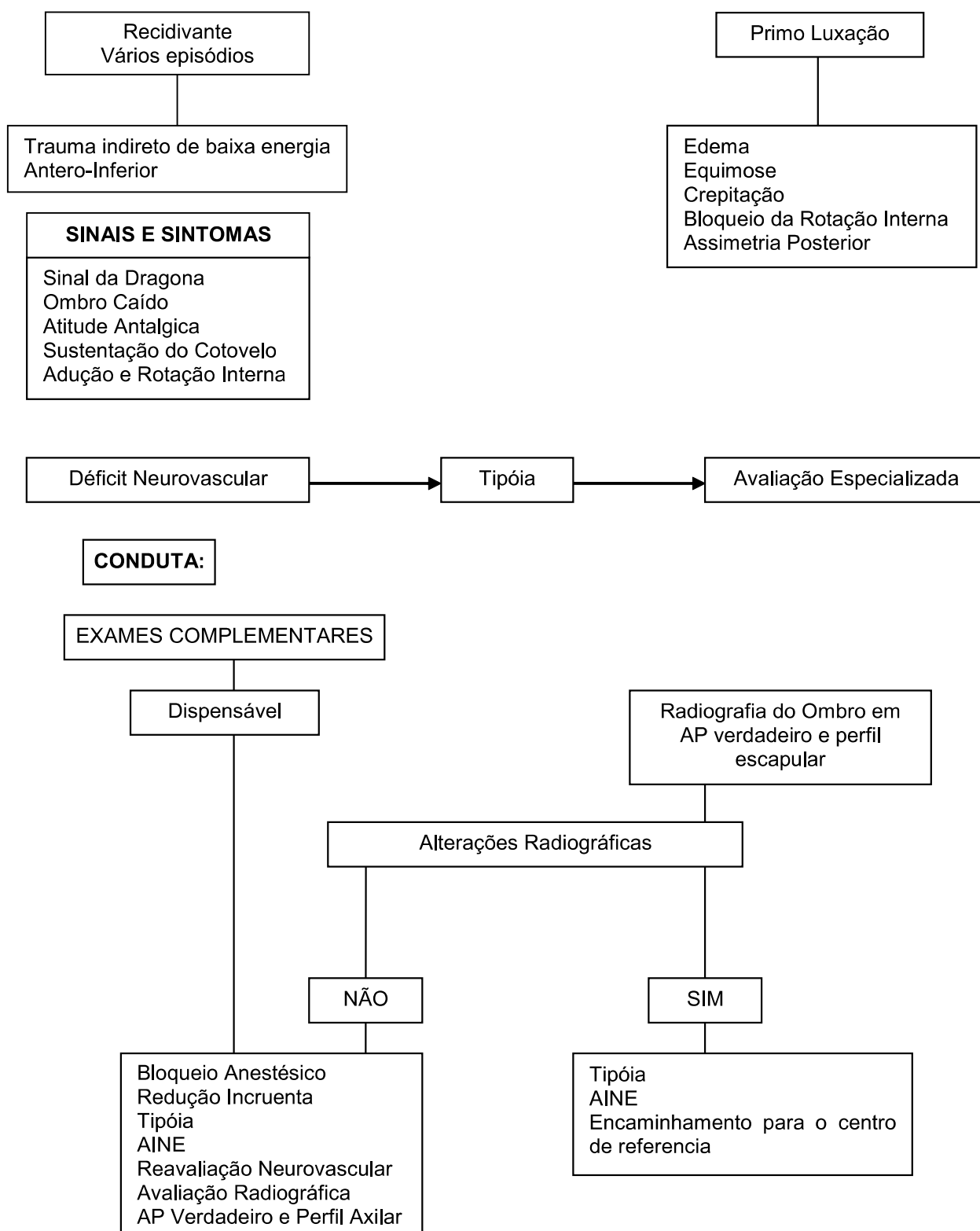
Exames radiográficos emergenciais não estão indicados exceto em casos de trauma evidente.

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

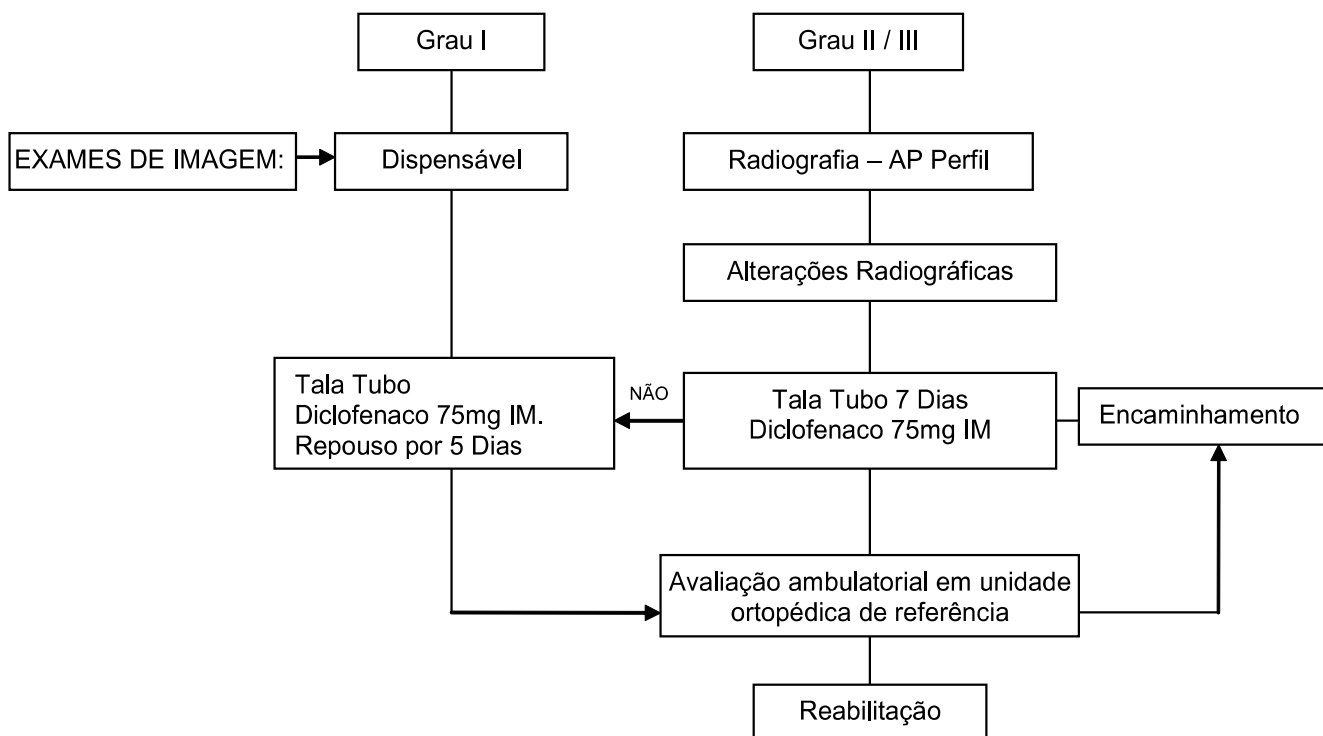
AVALIAÇÃO

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

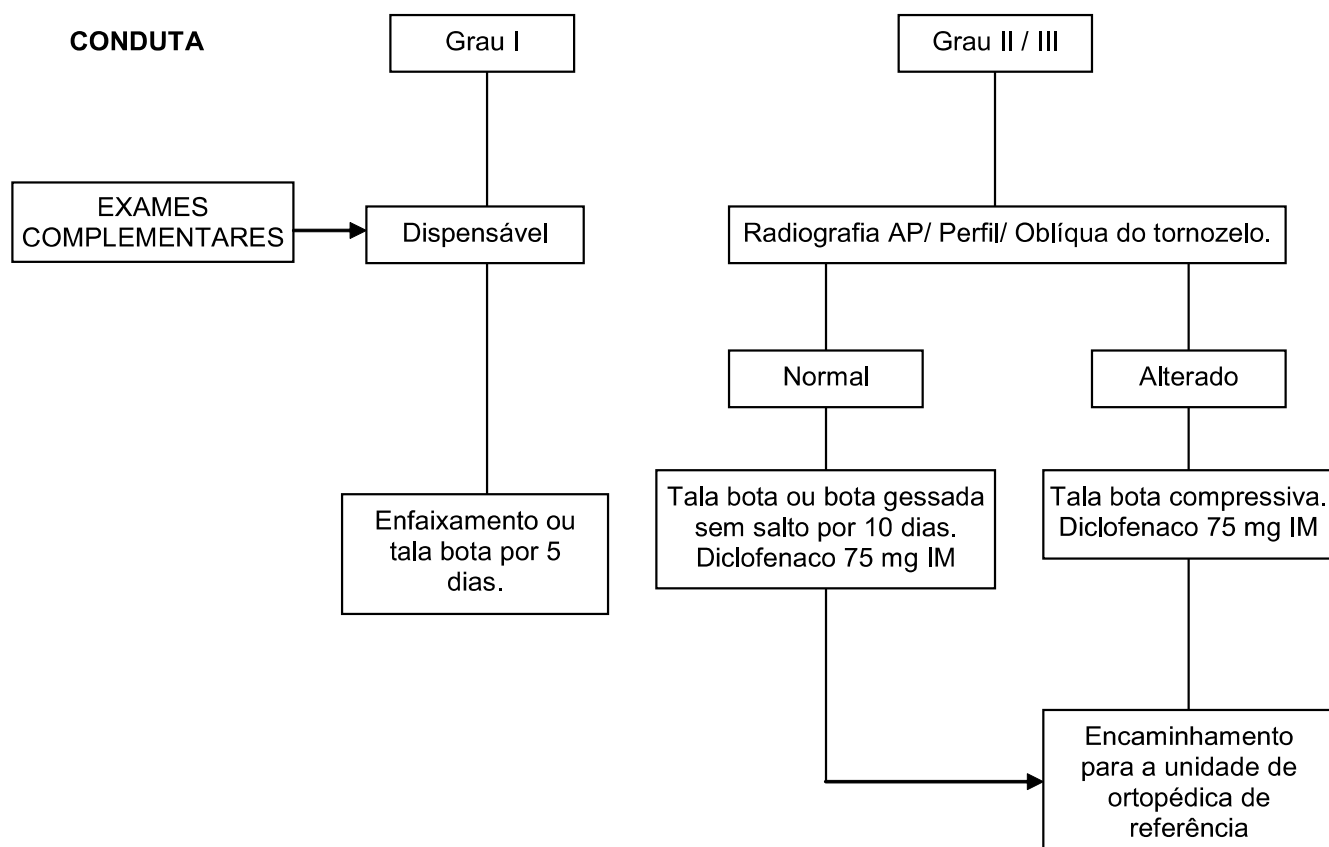
AVALIAÇÃO

Grua 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

CONDUTA



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 palpação na bainha do músculo esterno cleido mastóideo, ou eretores da nuca trauma -faríngeo. Presença de intenso espasmo muscular com limitação evidente dos movimentos cervicais e dor ocasional irradiada para membro superior. Ausência de déficit neurológico.

EXAMES COMPLEMENTARES

