

Plano de Cargos e Salários do IBHASES
2019/2023

contenha qualquer dos itens constantes acima passará a concorrer somente às vagas de Ampla Concorrência (AC);

Parágrafo terceiro: Considera-se Pessoa com Deficiência (PcD) aquela que se enquadra nas categorias discriminadas na Lei nº 7.853/89 e o Decreto nº 3.298/99, que balizam a política nacional para integração da pessoa portadora de deficiência e, legislações específicas dos Estados brasileiros.

CAPÍTULO IX
DA CONVOCAÇÃO, DE REQUISITOS E CONTRATAÇÃO

Art. 14º - O candidato aprovado e classificado de acordo com os critérios do processo de recrutamento e seleção será convocado, pelo setor de Recursos Humanos, por meio de ligação telefônica, para a realização do exame médico e entrega de documentação.

Art. 15º - O candidato que não comparecer na data aprazada a partir da data da convocação em até 48 horas para a realização do processo admissional (exame admissional e entrega de documentos), estará eliminado do Processo Seletivo. Os candidatos classificados no Processo Seletivo e não habilitados no exame admissional serão eliminados;

Parágrafo primeiro: A decisão do SESMT, o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, uma equipe de profissionais da saúde, que fica dentro das unidades para proteger a integridade física dos trabalhadores do IBHASES, possui caráter eliminatório para efeito de contratação, sendo soberana e dela não caberá qualquer recurso;

Parágrafo segundo: No ato da contratação, os candidatos deverão apresentar os seguintes itens e documentos ORIGINAIS:

- a. Carteira de Trabalho (CTPS);
- b. 02 (duas) fotos 3x4 coloridas, recentes e iguais;

Plano de Cargos e Salários do IBHASES
2019/2023

- c. Certidão de Antecedentes Criminais e Processuais;

Parágrafo terceiro: No ato da contratação, os candidatos deverão apresentar ORIGINAIS e CÓPIA SIMPLES dos seguintes documentos (frente e verso legível):

- a. RG, CPF, Título de Eleitor e comprovante de última votação, PIS/PASEP (caso o candidato não possua o cartão do PIS, deverá retirar o extrato de FGTS na Caixa Econômica Federal);
- b. Certificado de Reservista para candidatos do sexo masculino, maior de 18 anos;
- c. Certidão de Nascimento/Casamento ou Averbação de Desquite/Divórcio/União Estável;
- d. Certidão de Nascimento (filhos menores de 21 anos);
- e. 02 (duas) cópias da Carteira de Vacinação Pessoal, constando vacinas Antitetânica, Tríplice Viral e Hepatite B, devidamente regularizadas;
- f. Carteira de Vacinação de filhos até 05 anos de idade (atualizada conforme calendário oficial do Ministério da Saúde);
- g. Comprovante de Matrícula Escolar de filhos de até 14 anos;
- h. Diploma ou Certificado do Nível de Escolaridade requisitado pelo cargo (categorias técnicas devem apresentar também Diploma ou Certificado de Conclusão do curso);
- i. Cédula do Registro no Conselho de Classe (se for o caso);
- j. Comprovante de Pagamento da Anuidade do Conselho de Classe do ano vigente ou Declaração de Quitação (se for o caso);
- k. Comprovante de Pagamento da Contribuição Sindical (cópia da Guia de Recolhimento do Ano vigente, ou cópia da CTPS atualizada);
- l. 02 (duas) cópias de Comprovantes de Residência Nominal e com CEP (preferencialmente conta de telefone ou energia ou gás) ou seja bens de consumo da residência;
- m. 02 (duas) cópias da CTPS (folha de Identificação Civil: folha com a foto e o verso, contratos de trabalho e contribuição sindical);
- n. Para Carteiras em baixa, apresentar uma cópia da rescisão ou Decla-



17

Plano de Cargos e Salários do IBHASES 2019/2023

ração emitida pelo Empregador ou Carta de pedido de Demissão informando a data da dispensa e se haverá o cumprimento do Aviso Prévio devidamente recebido e carimbado pelo empregador;

- o. Se amasiado (a), cópia dos documentos do companheiro (a) e documento que o (a) caracterize como dependente.

Parágrafo quarto: Será demitido da Unidade, a qualquer momento após a contratação, o profissional que, dentre outras hipóteses previstas em lei:

- a. Não tiver disponibilidade para cumprir a carga horária do cargo;
- b. Não apresentar bom desempenho nas atividades profissionais, conforme as metas estabelecidas pela unidade.

Parágrafo quinto: Não será contratado o candidato que deixar de comprovar qualquer um dos requisitos para contratação no cargo, estabelecidos pela unidade.

CAPÍTULO X DAS DISPOSIÇÕES

Art. 16º - Não serão fornecidos atestados, cópias de documentos, certificados ou certidões relativos a notas de candidatos.

Art. 17º - Os candidatos classificados, excedentes às vagas ofertadas como Ampla Concorrência (AC) e/ou como reservadas à Pessoa com Deficiência (PcD) até o limite estabelecido no processo de seleção serão mantidos em Cadastro de Reserva durante o prazo de validade do Processo Seletivo e poderão ser contratados, segundo necessidade do IBHASES, em função da disponibilidade de vagas.

Art. 18º - Os candidatos mantidos em Cadastro de Reserva poderão ser convocados a ocupar vaga a qualquer momento que houver vaga disponível, de acor-



18

Plano de Cargos e Salários do IBHASES 2019/2023

do com o Cargo cuja inscrição foi realizada e/ou perfil para demais cargos.

Art. 19º - O prazo de validade dos Processos Seletivos será de 01(um)ano, contado a partir da data de aprovação do candidato, podendo, a critério do IBHASES ser prorrogado uma vez por igual período. O Candidato é responsável pela atualização de endereço residencial durante a realização do processo seletivo junto à unidade, e após a contratação. A não atualização poderá gerar prejuízos ao candidato, sem nenhuma responsabilidade para o IBHASES.

Art. 20º A prestação de declaração falsa ou inexata e/ou a não apresentação de qualquer documento exigido importará em insubsistência de inscrição, nulidade de habilitação e perda dos direitos decorrentes, sem prejuízo das sanções aplicáveis à falsidade de declaração, ainda que o fato seja constatado posteriormente. O IBHASES reserva o direito de promover as correções que se fizerem necessárias, em qualquer fase do processo seletivo ou posterior ao processo seletivo, em razão de atos ou fatos não previstos, respeitados os princípios legais.

Art. 21º Os casos omissos serão resolvidos conjuntamente com o IBHASES no que tange à realização deste Processo Seletivo.

CAPÍTULO XI SALÁRIOS

Art. 22º - A política de salários do IBHASES é estabelecida conforme os padrões utilizados no mercado para cargos competentes com responsabilidades semelhantes, na mesma área geográfica, levando em consideração a capacidade financeira da Instituição, preservando o equilíbrio orçamentário da Organização. O plano de administração de cargos e salários possui foco no reconhecimento do mérito, na capacitação profissional e no desempenho dos empregados; para isso é observada a relatividade interna dos cargos, com a respectiva remuneração conforme responsabilidades e qualificações necessárias ao desempenho da função.

Plano de Cargos e Salários do IBHASES
2019/2023

CAPÍTULO XII

AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DOS 45 E 90 DIAS

Art. 23º - Para acompanhamento no desenvolvimento do colaborador, visando avaliá-lo e potencializá-lo, será realizada, aos 45 e 90 dias após admissão, a Avaliação de experiência com foco em competências. A avaliação será direta, realizada pela chefia imediata e acompanhada de feedback ao colaborador.

Parágrafo primeiro: O formulário será encaminhado à Linha de Comando pelo menos 15 dias antes do término dos dois períodos de experiência. O mesmo deverá retornar ao RH devidamente preenchido em até 05 dias após a entrega, justificado e assinado pelos envolvidos.

Parágrafo segundo: Em casos de solicitação de desligamento, os formulários de solicitação de demissão e solicitação de vaga deverão ser encaminhados ao departamento de RH juntamente à avaliação de experiência até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês. Caso o colaborador apresente deficiências acentuadas, deverá ser definido pela chefia imediata o Plano de Desenvolvimento Individual para as devidas ações de qualificação/capacitação necessárias à correção dos requisitos identificados como insuficientes.

CAPÍTULO XIII

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ANUAL COM FOCO EM COMPETÊNCIA

Art. 24º - A avaliação de desempenho com foco em competência é um retrato fiel da realidade no trabalho, uma vez que identifica se o profissional e o cargo estão alinhados a estratégia da empresa. Esta ferramenta busca melhorar a atuação do potencial do colaborador, identificando e desenvolvendo as competências técnicas ou comportamentais.

Plano de Cargos e Salários do IBHASES
2019/2023

Art. 25º - A avaliação de desempenho será encaminhada e realizada pela Linha de Comando no mês em que o colaborador completar 01 ano da sua admissão. Esta metodologia oportuniza tempo necessário para avaliar o colaborador em seu desempenho em cada indicador de competência definida para a sua função, baseada em sua descrição de cargos/atividades.

Parágrafo único: Optou-se por este método visando o acompanhamento programado, iniciando a avaliação com o de seleção, seguindo com a avaliação de experiência (45 dias e 90 dias) e por fim, a avaliação de desenvolvimento anual.

Art. 26º - A avaliação de desempenho obedecerá este critério de realização em virtude da importância em manter uma linha de continuidade ao processo: Seleção, Avaliação de experiência e Avaliação de Desempenho Anual. A intenção é proporcionar o tempo necessário para a identificação e o desenvolvimento das ações ao colaborador a cada etapa do processo.

Art. 27º - A avaliação adotada será formal (formulário pré-estabelecido), direta (realizado pela chefia imediata) e acompanhada de feedback (retorno da avaliação ao funcionário), pois considera-se que este é um bom momento para o líder reforçar uma relação de confiança com o liderado, comunicando as suas percepções e expectativas referente a atuação e o desempenho do funcionário, uma vez que o principal objetivo é o desenvolvimento de pessoas.

Art. 28º - Deve-se ressaltar que a Avaliação de Desempenho é uma importante ferramenta de Gestão de Pessoas que corresponde a uma análise sistemática do desempenho do profissional em função das atividades que realiza, das metas estabelecidas, dos resultados alcançados e do seu potencial de desenvolvimento, tendo como objetivo a promoção do crescimento pessoal e profissional do funcionário e fornecer informações importantes para a tomada de decisões acerca de salários, promoções, demissões, treinamento e planejamento de carreira, bem como proporcionando o crescimento e o desenvolvimento da pessoa avaliada, além de estimular resultados de cunho administrativo, motivacionais e de comunicação, dentre elas:



21

Plano de Cargos e Salários do IBHASES 2019/2023

- a. A identificação de pontos de melhoria a empresa no que concerne a atenção ao colaborador – futuros projetos para o Grupo de Humanização em parceria com o RH;
- b. A identificação de diferenças e ritmos individuais;
- c. O estímulo ao Feedback;
- d. O desenvolvimento da Linha de Comando;
- e. O estímulo a comunicação e ao relacionamento interpessoal;
- f. O direcionamento do funcionário na busca do autodesenvolvimento;
- g. O auxílio na verificação de aprendizagem, pois a Avaliação de Desempenho permite a evidência do GAP individual;
- h. A motivação e satisfação do colaborador com o seu trabalho e com o IBHASES;
- i. Apoio as Pesquisas de Clima Organizacional.

Art. 29º - Com base no mapeamento de competências e metodologia especificada, o IBHASES criou critérios de pontuação para melhor compreensão do avaliado e avaliador e maior eficácia na mensuração dos dados. Portanto:

A. Competências Comportamentais - Foco no cliente, Foco nos resultados e Gestão de Pessoas:

- a. 4 – Máxima (Forte evidência da competência avaliada);
- b. 3– Alta (Boa evidência da competência avaliada);
- c. 2 – Baixa (Pouca evidência da competência avaliada); e
- d. 1 – Inexistente (Não há evidências da competência avaliada).

B. Competências Técnicas:

- a. 4 – Máxima (Domínio do conhecimento e da prática);
- b. 3 – Alta (Bom conhecimento e consegue pôr em prática);

Plano de Cargos e Salários do IBHASES
2019/2023

- c. 2 - Baixa (Conhecimento Insuficiente para pôr em prática); e
- d. 1 - Inexistente (Não conhece).

Art. 30º - Os resultados das avaliações serão tabulados para a definição do Plano de Desenvolvimentos de Competências (PDC). Em casos, de deficiências ou lacunas apresentadas pelo colaborador, entre o esperado e o atingido (GAPs), estas informações serão repassadas ao Núcleo de Educação Permanente (NEP), o qual definirá o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) para cada colaborador, visando o desenvolvimento frente ao desempenho e a satisfação do colaborador no exercício de sua função e, por conseguinte, a valorização dos objetivos e estratégias organizacionais e melhorias nos resultados.

CAPÍTULO XIV
DESENVOLVIMENTO COM FOCO EM COMPETÊNCIA

Art. 31 - Na sequência da avaliação de desempenho com foco na competência, o PDI é uma importante ferramenta que apresenta as condições atuais de cada colaborador e ao mesmo tempo, mostra o que pode (ou deve) ser realizado no seu desenvolvimento.

Art. 32º - O Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) será realizado com a finalidade de suprir eventuais gap's, entre o que se entende ser necessário para cada colaborador e o que efetivamente se apresenta dentro do conceito de competências essenciais e específicas para o exercício da função.

Art. 33º -A partir da correta identificação das competências essenciais e específicas o NEP avaliará a melhor forma de encaminhar os planos de desenvolvimento e criar estratégias que não, necessariamente, precisam ser treinamentos.

Art. 34º - o IBHASES pode e deve recorrer a todos os tipos de trabalhos para desenvolver os GAP's, tais como:

1. Grupos de estudos;

Plano de Cargos e Salários do IBHASES
2019/2023

2. Workshop;
3. Seminários;
4. Teatros;
5. Sessões de filmes;
6. Dinâmicas de grupo;
7. Dentre outros.

Art. 35º - Após definição de cronograma, as convocações serão realizadas pelo NEP através de e-mail as linhas de comando e convites individuais entregues pessoalmente a cada colaborador convocado.

Art. 36º - Como medida preventiva os PDIs serão abertos a todos os colaboradores interessados em aprimorar-se independente do apontamento na avaliação de desempenho anual. Nesta, poderão participar ainda funcionários que tiveram apontamentos em desempenho anual será antecipada na data de envio e devolução, sendo considerada a nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual;

CAPÍTULO XV

INCENTIVOS DE CARREIRA COM FOCO EM COMPETÊNCIAS

Art. 37º - Os incentivos, carreiras e sucessão ocorrerão tendo como base para análise da Avaliação de Desempenho do ano corrente, o progresso e o histórico funcional. Para casos de carreira e sucessão, será incluída também a análise de compatibilidade dos pré-requisitos do colaborador e da vaga. Para todos os casos, o mínimo de tempo exigido pela empresa é que o colaborador tenha pelo menos 03 meses de permanência no cargo atual na condição de contrato por tempo indeterminado ou determinado.

CAPÍTULO XVI

PRINCIPIOS BÁSICOS PARA O INCENTIVO DE CARREIRA

Plano de Cargos e Salários do IBHASES
2019/2023

Art. 38º - O RH deverá auxiliar a direção no que concerne ao dimensionamento de pessoal, de acordo com as especificidades de cada diretoria setorial, disponibilizando seus relatórios mensais atualizados, informando as admissões, demissões e afastamentos, com quantitativos reais;

Art. 39º - Para o incentivo de carreira o colaborador deverá apresentar os requisitos estabelecidos para o cargo e desejável fazer parte do quadro funcional da empresa no mínimo de três meses;

Art. 40º - Será considerada também para análise prévia as informações do histórico funcional (pontualidade, assiduidade, medidas disciplinares, dentre outros);

Art. 41º - A avaliação de experiência será utilizada como ferramenta de análise até seis meses da data de admissão. Após os seis meses a avaliação de desempenho anual será antecipada na data de envio e devolução, sendo considerada a nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual;

Art. 42º - A avaliação de Desempenho anual será válida até 11 meses após sua realização para efeitos de análise;

Art. 43º - O incentivo de carreira será considerado para casos de crescimento profissional na ascendência de nível hierárquico, considerando as atribuições e responsabilidades diferenciadas e salário superior;

Art. 44º - Para cargos de mesmo nível hierárquico e responsabilidades, atribuições e salários semelhantes será necessário apenas a análise do histórico funcional e o mínimo de três meses de permanência na empresa, sendo considerada mudança de função simples;

Art. 45º - Caso o incentivo de carreira ou mudança de função simples seja efetivado o colaborador terá como nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual a data efetiva da mudança de função;

Art. 46º - O incentivo de carreira poderá ocorrer no máximo até duas vezes em um período de 12 meses. Contudo, será necessário que haja o mínimo de três meses na função atual para se ter um tempo mínimo para a avaliação. Neste caso poderá ser utilizada para a segunda análise de promoção a avaliação de desempenho anual, a qual será antecipada a data de entrega e devolução, sendo considerada a nova data de emissão para as próximas avaliações de desem-



25

Plano de Cargos e Salários do IBHASES 2019/2023

penho anual;

Art. 47º - O tempo de empresa será um pré-requisito básico para análise prévia do colaborador em caso de incentivo de carreira e mudança de função simples. Contudo, este requisito somente será flexível em casos esporádicos.

CAPÍTULO XVI

Pesquisa de Clima Organizacional (PCO)

Art. 48º - A Pesquisa de Clima Organizacional (PCO) é uma estratégia organizacional em gestão de pessoas do IBHASES que permite mensurar a percepção coletiva quanto aos aspectos do ambiente organizacional, objetivando mapear e analisar o ambiente interno a partir do levantamento de suas necessidades quanto aos aspectos críticos que configuram o momento motivacional da instituição.

Art. 49º - A PCO do IBHASES por criar uma base de informações, identifica e compreende os aspectos positivos e negativos que impactam no CLIMA, tornando possível maximizar a relação com os seus colaboradores permitindo uma análise relevante da organização com o seu ambiente e pessoas para propor ações de melhorias visando à maior qualidade de vida no trabalho e consequentemente, a melhora na produtividade e motivação de seus recursos humanos, alinha, pois, a cultura organizacional com as ações efetivas da empresa otimizando as ações gerenciais.

Art. 50º - A PCO, será a ferramenta facilitadora do desempenho das várias funções no âmbito interno da Instituição, tal que, ao longo de sua criação e evolução, o IBHASES apercebeu que se torna necessário ter um documento escrito que retrate de forma simples e clara aquilo que cada um faz dentro da Instituição. Desta forma, sempre que seja necessário um novo colaborador assumir uma nova função ser-lhe-á mais fácil acedendo a um documento onde a função que vai desempenhar está descrita.

CAPÍTULO XVII

Plano de Cargos e Salários do IBHASES
2019/2023

Seção I

DESCRIÇÃO DO CARGO, DA FUNÇÃO E DAS ATRIBUIÇÕES.

Art. 51º - Cargo é o nome que se dá a posição que uma pessoa ocupará dentro do IBHASES e função é o conjunto de tarefas e responsabilidades relacionadas a esse cargo. A descrição do cargo consistirá no detalhamento, descrição dos requisitos, atribuições e importância das atividades de um cargo, para que o mesmo torne-se diferente dos demais existentes e seja posicionado no organograma do IBHASES.

Art. 52º - A descrição de cargo/função deverá conter:

1. Título do cargo;
2. Sumário das atividades desempenhadas onde se descreve de forma sucinta as principais atribuições da função;
3. Eventuais comunicações que podem ocorrer entre o cargo descrito e outros cargos;
4. Requisitos básicos da função - define o mínimo indispensável de formação e conhecimentos para o exercício de cada função e requisitos físicos;
5. Principais atribuições do cargo onde se descreve de forma detalhada, todas as atividades que o colaborador realiza;

Parágrafo primeiro: Quando do edital de processo seletivo, nele o interessado em um dos cargos divulgados, encontrará todas as atribuições que o cargo exige que se realize e lhe dará ciência de quais são seus deveres, como executar suas funções e como pode contribuir para que o IBHASES alcance seus objetivos através da execução do seu trabalho.

Parágrafo segundo: A descrição deverá ter uma linguagem capaz de ser entendida por qualquer profissional da organização, o que auxiliará no processo de recrutamento e seleção.

Plano de Cargos e Salários do IBHASES
2019/2023

Seção II
CARGOS

Art. 43º - Os cargos do IBHASES na área da saúde serão:

1	Administrador Hospitalar	23	Escriturário	45	Odontólogo
2	Almoxarife	24	Estatístico	46	Operador de Caldeira
3	Analista de Laboratório	25	Farmacêutico	47	Porteiro
4	Arquivista	26	Físico	48	Psicólogo
5	Assistente Social	27	Fisioterapeuta	49	Recreacionista
6	Auxiliar Administrativo	28	Fonoaudiólogo	50	Recepcionista
7	Auxiliar de Enfermagem	29	Gerente Administrativo	51	Segurança
8	Auxiliar de Nutrição	30	Gerente de Atendimento	52	Supervisor de Saúde
9	Auxiliar de Pessoal	31	Gerente de Rec. Humanos	53	Téc. em Seg. Trabalho
10	Auxiliar de Serv. Gerais	32	Gerente de Rel. Institucionais	54	Técnico de Enfermagem
11	Biólogo	33	Gerente Técnico Informática	55	Técnico de Farmácia
12	Camareira	34	Instrumentador Cirúrgico	56	Técnico de Hemoterapia
13	Citotécnico	35	Jornalista	57	Técnico de Laboratório
14	Confeiteiro	36	Lactarista	58	Téc. de Registro Médio
15	Copeiro	37	Mecânico	59	Técnico em Radioterapia
16	Costureira	38	Médico Clínico Geral	60	Técnico em RX
17	Cozinheiro	39	Médico Ginecologista	61	Telefonista
18	Dietista	40	Médico Obstetra	62	Terapeuta Ocupacional
19	Enfermeira	41	Médico Ortopedista	63	Veterinário
20	Enfermeira Obstetiz	42	Médico Pediatra	64	Vigia
21	Engenheiro Civil	43	Mensageiro		
22	Engenheiro de Segurança	44	Motorista		

Plano de Cargos e Salários do IBHASES 2019/2023

Seção III CARGOS

Art. 43º - Os cargos do IBHASES na área da educação são:

1	Administrador Hospitalar	23	Escriturário	45	Odontólogo
2	Almoxarife	24	Estatístico	46	Operador de Caldeira
3	Analista de Laboratório	25	Farmacêutico	47	Porteiro
4	Arquivista	26	Físico	48	Psicólogo
5	Assistente Social	27	Fisioterapeuta	49	Recreacionista
6	Auxiliar Administrativo	28	Fonoaudiólogo	50	Recepcionista
7	Auxiliar de Enfermagem	29	Gerente Administrativo	51	Segurança
8	Auxiliar de Nutrição	30	Gerente de Atendimento	52	Supervisor de Saúde
9	Auxiliar de Pessoal	31	Gerente de Rec. Humanos	53	Téc. em Seg. Trabalho
10	Auxiliar de Serv. Gerais	32	Gerente de Rel. Institucionais	54	Técnico de Enfermagem
11	Biólogo	33	Gerente Técnico Informática	55	Técnico de Farmácia
12	Camareira	34	Instrumentador Cirúrgico	56	Técnico de Hemoterapia
13	Citotécnico	35	Jornalista	57	Técnico de Laboratório
14	Confeiteiro	36	Lactarista	58	Téc. de Registro Médio
15	Copeiro	37	Mecânico	59	Técnico em Radioterapia
16	Costureira	38	Médico Clínico Geral	60	Técnico em RX
17	Cozinheiro	39	Médico Ginecologista	61	Telefonista
18	Dietista	40	Médico Obstetra	62	Terapeuta Ocupacional
19	Enfermeira	41	Médico Ortopedista	63	Veterinário
20	Enfermeira Obstetiz	42	Médico Pediatra	64	Vigia
21	Engenheiro Civil	43	Mensageiro		
22	Engenheiro de Segurança	44	Motorista		

Plano de Cargos e Salários do IBHASES
2019/2023

Seção II
CARGOS

Art. 44º - Outros cargos do IBHASES :

1	Ajudante de Obra	18	Personal Trainer
2	Armador	19	Fisioterapeuta
3	Arquivista	20	Advogado
4	Assistente Social	21	Contabilista
5	Eletricista	22	Motoboy
6	Engenheiro Ambiental	23	Administrador
7	Tecnólogo em Gestão Ambiental	24	Projetista Social
8	Bioquímico	25	Desenhista
9	Mestre de Obra	26	Arquiteto
10	Pedreiro	27	Fotógrafo
11	Pintor	28	Cinegrafista
12	Gesseiro	29	Artefinalista
13	Encanador	30	Tecnólogo em Informática
14	Eletricista	31	Serralheiro
15	Treinador	32	Padeiro
16	Coach (ginástica laboral)	33	Marceneiro
17	Controller	34	



30

Plano de Cargos e Salários do IBHASES 2019/2023

SEÇÃO III POLÍTICA DE INTEGRAÇÃO

Art. 44º - O IBHASES estará satisfeito em poder contar com o talento de cada futuro contratado, o que fortalecerá ainda mais a equipe de colaboradores. Este plano vai mostrar um pouco da instituição, de suas conquistas, do que oferece e do que espera com a atuação de todos os contratados.

Art. 45º - É desejo do IBHASES que todos tenham muito sucesso e ajudem a fazer desta instituição um excelente ambiente de trabalho.

Art. 46º - Sendo colaborador, deve ter paciência e ouvir com atenção as indicações que lhe serão dadas, sem descuidar de nenhum detalhe. Não tema em fazer perguntas. "A única pergunta tola é aquela que não se faz!"

Parágrafo único: É conveniente sempre estar de posse deste plano. Ele pode ser útil no dia-a-dia, com dicas e orientações seguras para todos participarem de um time vencedor da melhor forma.

Declaramos, a bem da verdade e para os devidos fins, que o presente Diploma Legal constitui, em seu inteiro teor, o **PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS** do **IBHASES**, devidamente aprovado em Assembleia Geral Extraordinária dos Associados, realizada às 19h00min do dia 25 de Março de 2019, à Rua João Ambrósio da Silva, 636 – Bairro Ipiranga, nesta cidade, município e comarca de São José, Estado de Santa Catarina e está adequado em conformidade com o Código Civil, Lei Federal nº 10.406/02.


Sandro Andretti da Costa
Presidente



IBHASES
EXCELÊNCIA EM GESTÃO

9

A



Cargos e Salários do IBHASES

g **2019/2023**

Plano de Cargos e Salários do IBHASES-PCS



IBHASES

EXCELENCIA EM GESTÃO

ANEXO III PROTOCOLOS CLÍNICOS ASSISTENCIAIS

 **Escritório**
Rua Sebastião Furtado Pereira, 60
Torre 2 - 7º Andar - Sala 704
Barreiros - São José - SC
(48) 3380-0089

 **Comunidade Terapêutica**
Serviçião Amantino Cameu, 812
Rio Tavares - Florianópolis - SC
(48) 3246-4332

 **Casa de Apoio**
Rua João Ambrósio da Silva, 636
Ipiranga - São José - SC
(48) 3246-4332

www.ibhases.org.br  contato@ibhases.org.br



SUMÁRIO

1- ANESTESIA.	
ROTINAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ANESTESIA.....	15
2- POLITRAUMATISMO	
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
3- SISTEMA LOCOMOTOR (ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA)	
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
4- SISTEMA VASCULAR	
URGÊNCIAS VASCULARES	57
TRAUMAS VASCULARES.....	57
TROMBOEMBOLIA ARTERIAL.....	58
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)	59
PÉ DIABÉTICO	60
ANEURISMAS	61
5- SISTEMA CARDIOVASCULAR	
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

g

AL



CRISE HIPERTENSIVA	77
6-SISTEMA RESPIRATÓRIO	
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
- TERAPÊUTICA.....	99
MANEJO DA TROMBOCITOPENIA INTRODUZIDA POR HEPARINA.....	100
ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) MACIÇO.....	101
7-ALGUNS ASPECTOS DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA	
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
8-SISTEMA DIGESTÓRIO	
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
ABSCESSO ANORRETAL.....	137
DOENÇA PILONIDAL SACROCOCCÍGEA.....	138
FISSURA ANAL IDIOPÁTICA.....	138
HEMORRÓIDAS.....	139
FECALOMA.....	140
VOLVO.....	141
9- SISTEMA GENITOURINÁRIO	
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.....	154
FRATURA PENIANA.....	154
TRAUMA GENITAL.....	155
FERIMENTOS PENETRANTES DE PÊNIS.....	155
TRAUMA DE TESTÍCULO.....	156
10- SAÚDE DA MULHER	
CONDUTA NO ABORTAMENTO PRECOCE.....	157
CONDUTA NO ABORTAMENTO TARDIO.....	158
ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA.....	159
11- PARTO E NASCIMENTO	
GESTAÇÃO PROLONGADA.....	160
TRABALHO DE PARTO.....	161
CONDUTA NA AMNIOCORIXE PROLONGADA.....	162
PLACENTA PRÉVIA.....	163
PRÉ ECLÂMPSIA GRAVE.....	164
ECLÂMPSIA.....	165
ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO.....	166
DROGAS NO ATENDIMENTO AO RN.....	167
12- SISTEMA NERVOSO	
DOENÇAS CEREBROVASCULARES NA EMERGÊNCIA.....	168
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOENÇA CEREBROVASCULAR AGUDA.....	171
ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA.....	172
ESTADO DE MAL EPILEPTICO (EME).....	173
- TRATAMENTO.....	174
- ESTADO DE MAL EPILEPTICO REFRACTÁRIO.....	175
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM CRISE EPILEPTICA 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



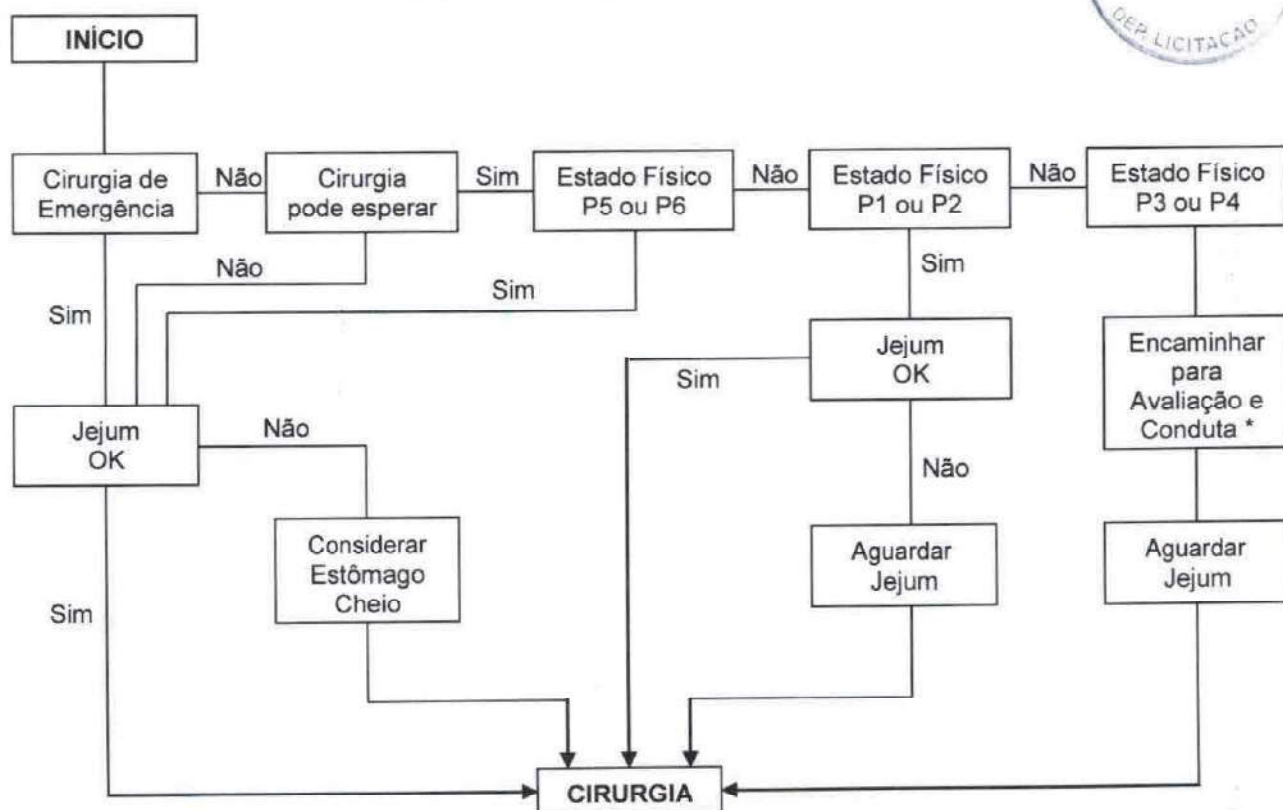
13- SAÚDE MENTAL	
ABORDAGEM PSICOLÓGICA DO PACIENTE TERMINAL.....	192
PACIENTE VIOLENTO.....	192
GESTAÇÃO E PUERPÉRIO.....	195
SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICAS.....	195
QUADROS PSIQUIÁTRICOS MAIS COMUNS EM EMERGÊNCIA EM HOSPITAL GERAL.....	197
14- OLHO E ANEXOS	
TRAUMAS QUÍMICOS.....	199
LACERAÇÕES OCULARES.....	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 SIMPLEX.....	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

g A



DISTÚRBIOS DO POTÁSSIO NO RN	236
DISTÚRBIOS DO MAGNÉSIO NO RN	237
DISTÚRBIOS DA GLICEMIA NO RN	238
19- PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO	
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
20- DOENÇAS INFECCIOSAS	
DOENÇA MENINGOCÓCICA	246
LEISHMANIOSE VISCERAL	247
DENGUE - DIAGNÓSTICO E CONDUTA	249
HANTAVIROSE - SÍNDROME CÁRDIO-PULMONAR	251
21- CUIDADOS INTENSIVOS NA CRIANÇA - ALGUNS ASPECTOS	
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
22- INTOXICAÇÃO EXÓGENA	
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
23- PROCEDIMENTOS RELATIVOS À DECLARAÇÃO DE ÓBITO	273
24- ACIDENTE DE TRABALHO	274
EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO	275
25- ANEXOS	
MEDICAMENTOS - DROGAS VASOATIVAS CARDIOVASCULARES	278
DROGAS - INFORMAÇÕES GERAIS	280
BIBLIOGRAFIA	286

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

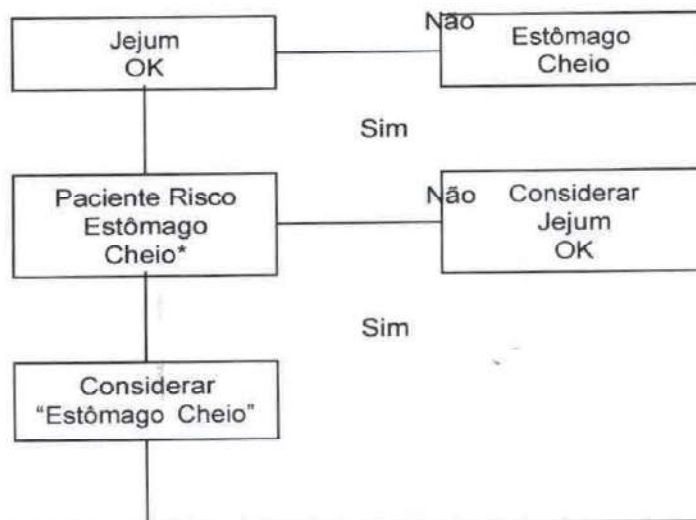
CLASSE	DESCRIÇÃO
P1	Paciente normal sem doença
P2	Paciente com doença sistêmica leve
P3	Paciente com doença sistêmica grave
P4	Paciente com doença sistêmica que representa ameaça constante à vida
P5	Paciente moribundo, sem expectativa de vida a menos que seja operado
P6	Paciente com morte cerebral, onde 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, distúrbios neuromusculares, distrofias musculares, dor, estenose intestinal, ascites 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 hipoglicemimante

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.

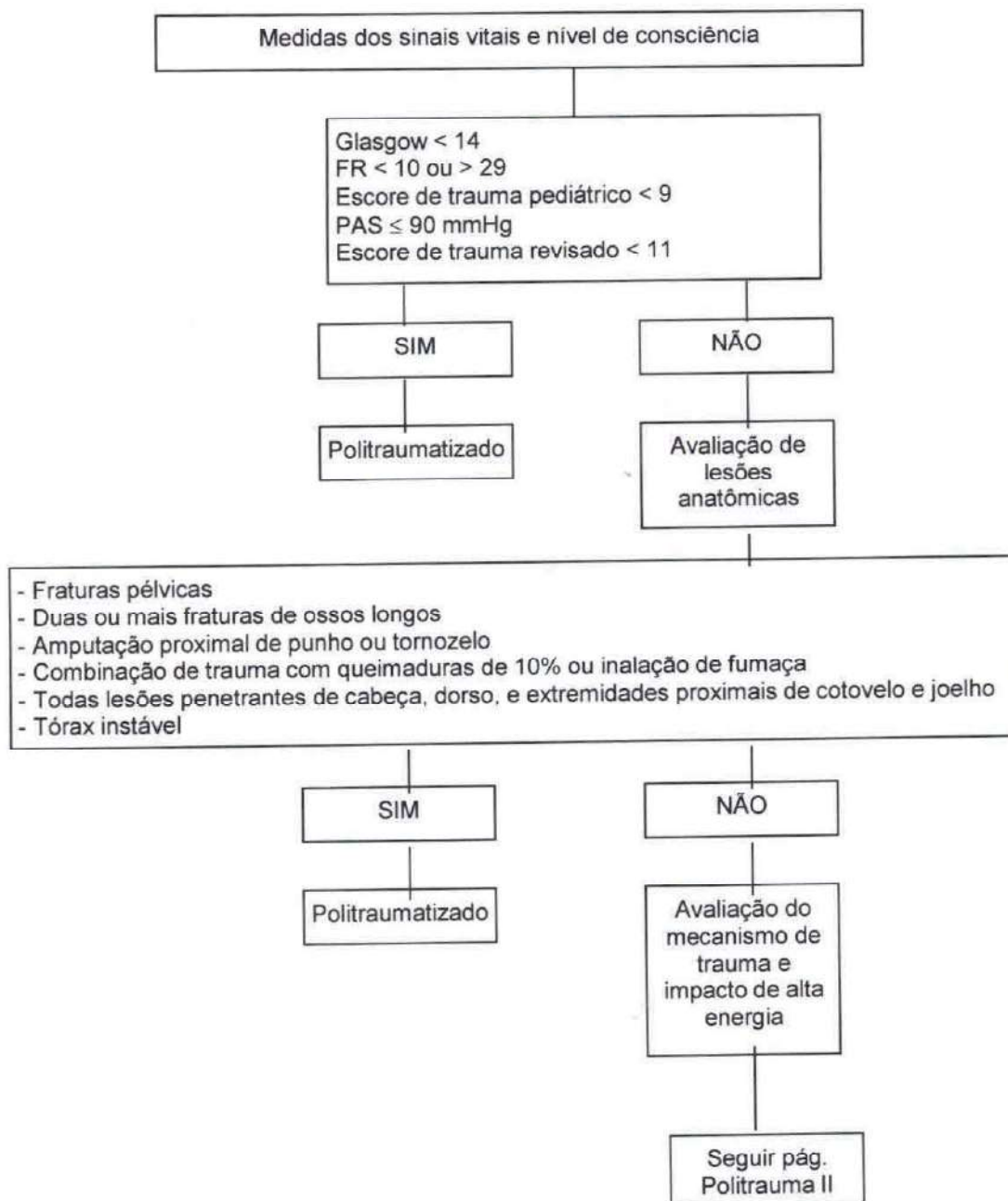
Manter dextro de 6/6 horas e insulina se necessário, além da infusão de solução glicosada a 5%, durante o período de jejum.

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



<ul style="list-style-type: none"> - Idade < 5 ou > 55 anos - Presença de doença cardíaca, respiratória ou uso de medicações psiquiátricas - Diabéticos em uso de insulina, cirrose, malignidade, obesidade ou coagulopatia
--



QUANDO EM DÚVIDA, CONSIDERE TODO O ACIDENTADO UM POLITRAUMATIZADO

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

9

A



ESCORE DE TRAUMA ADULTO

VARIAVEIS		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

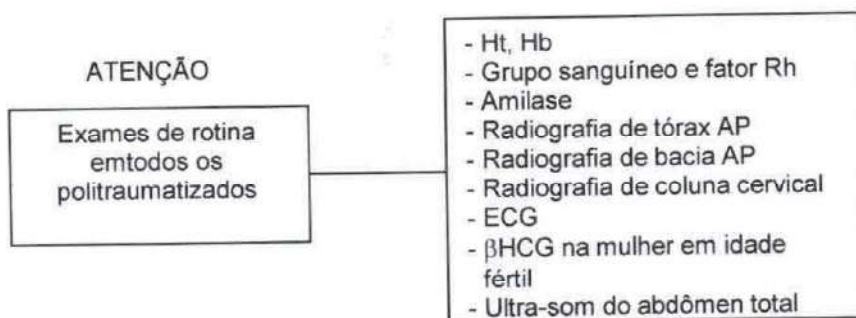
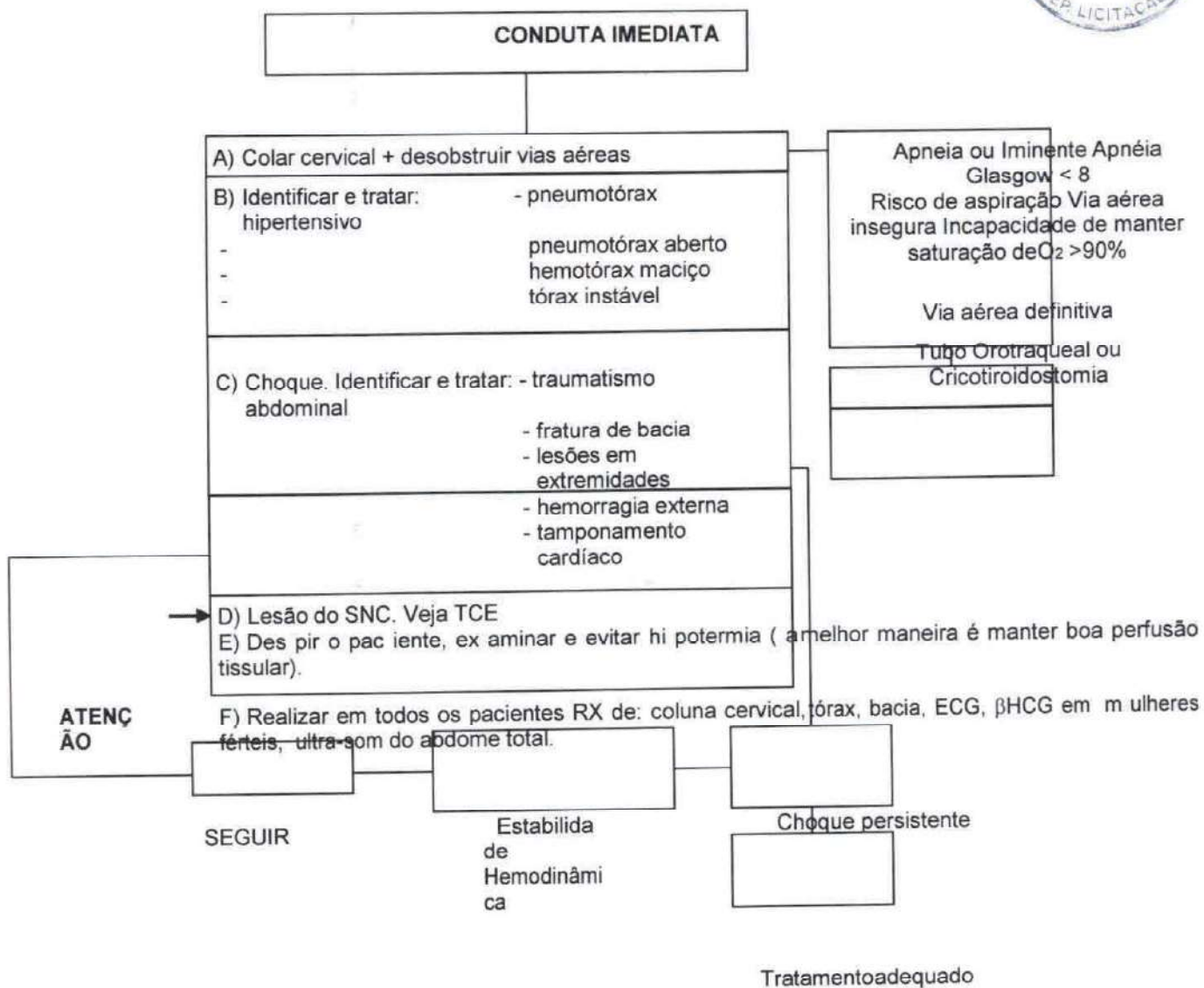
ATENÇÃO

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
- β HCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

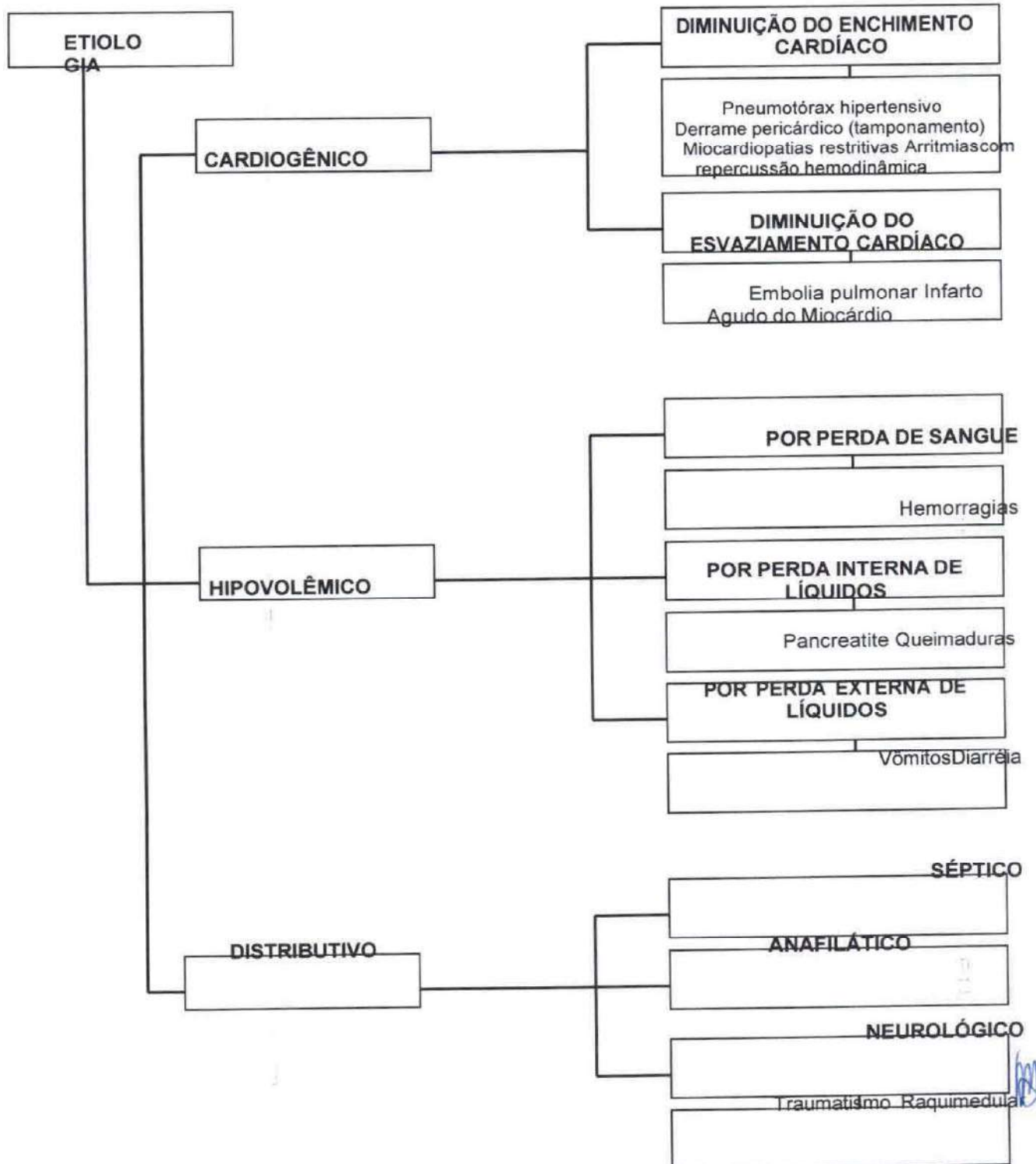


POLITRAUMATISMO



CHOQUE

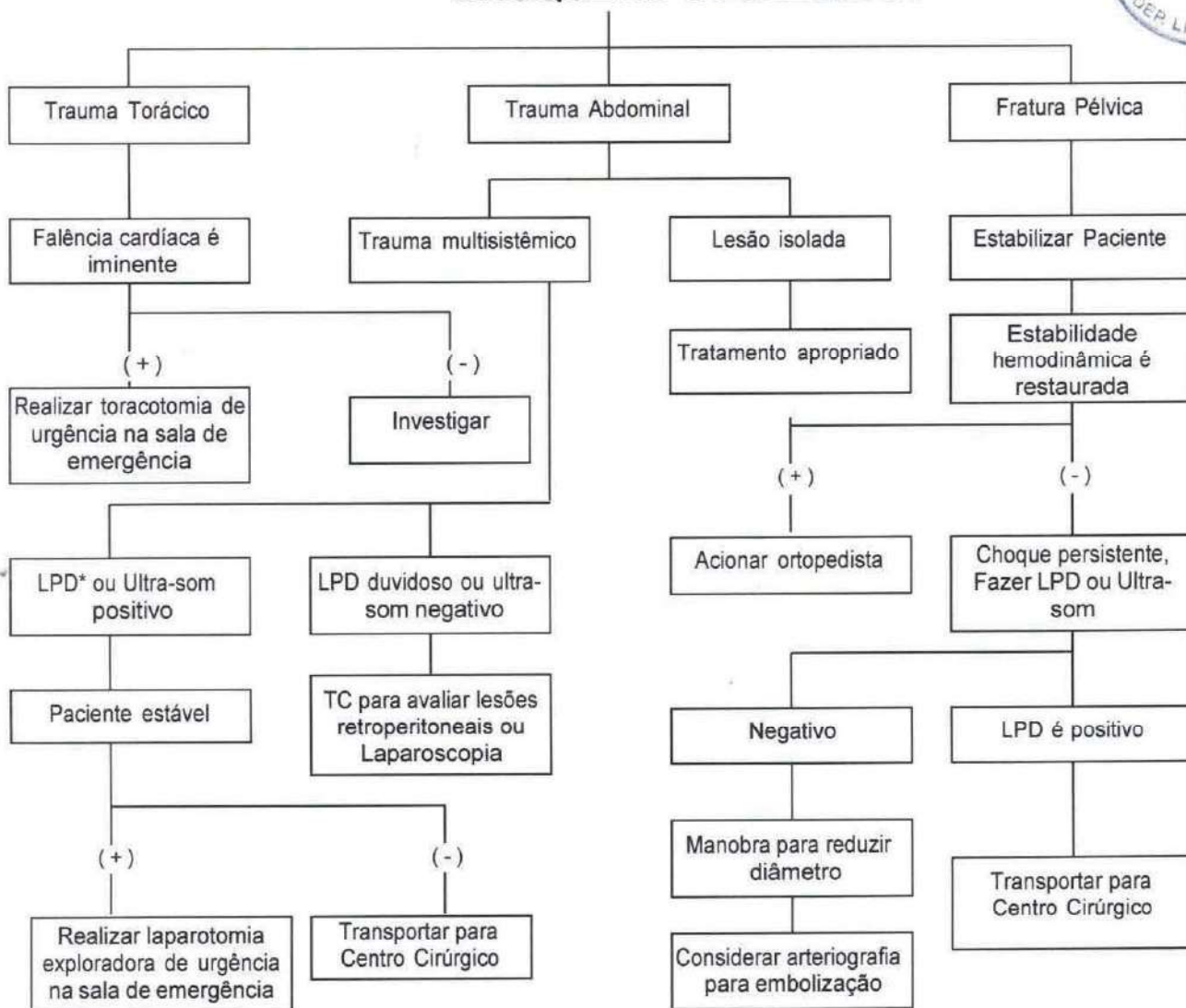
DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO EM DECORRÊNCIA DE MÁ PERFUSÃO PERIFÉRICA



9

[Handwritten signature]

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 HIPOVOLEMICO 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 HIPOVOLEMICO

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)

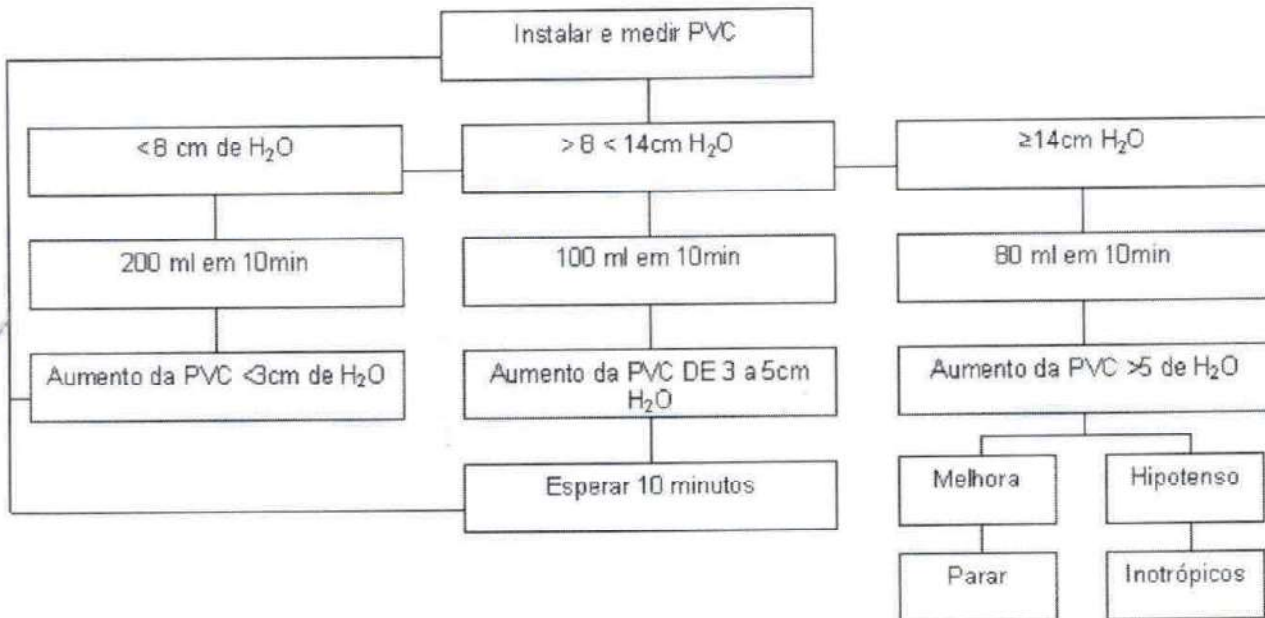
Continuar a expansão rápida de líquidos com cristalóide e/ou colóides até atingir os índices abaixo.

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 ₂ 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.

g A



CHOQUE HIPOVOLEMICO EM CRIANÇAS

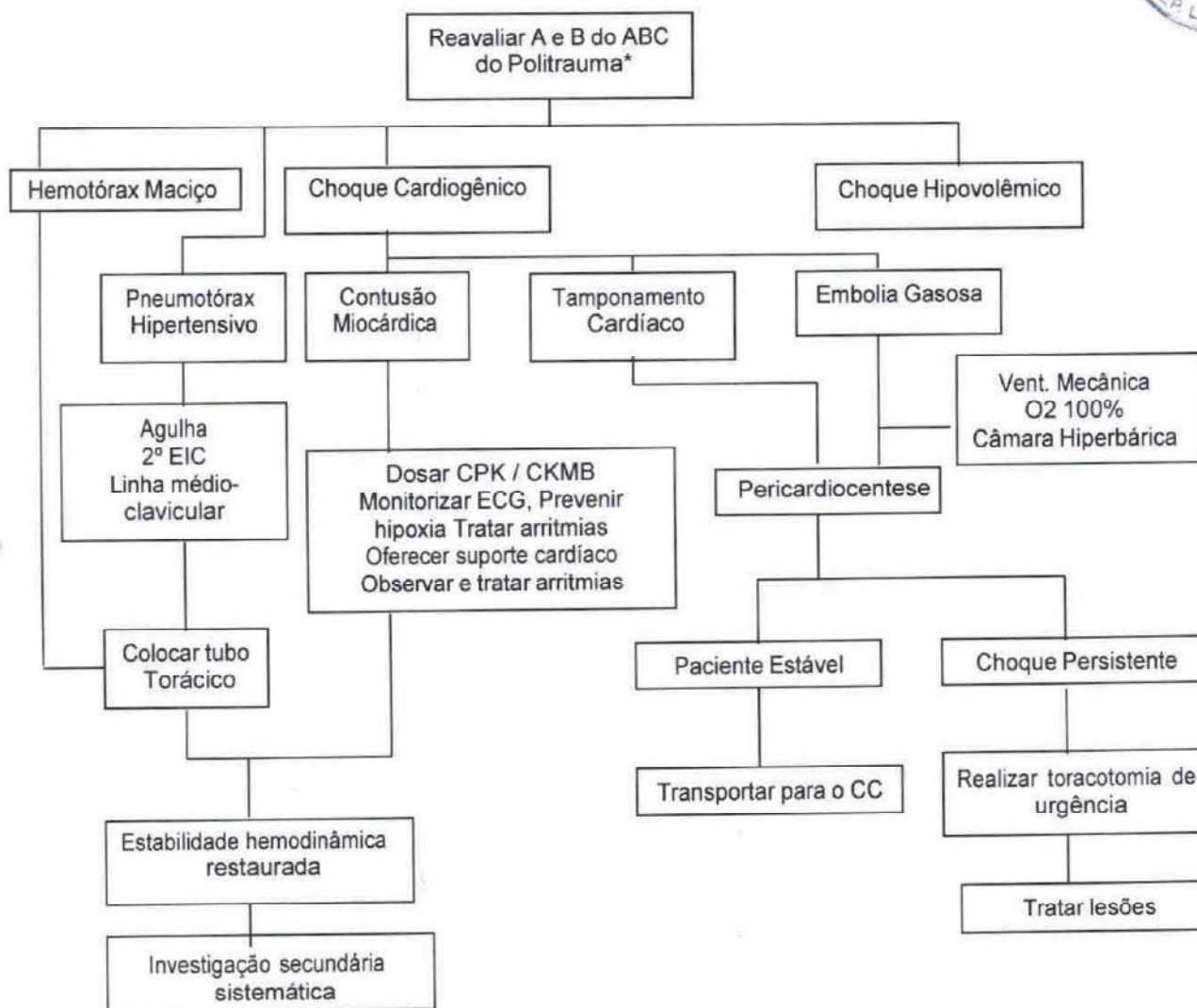
RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

	PERDA DE VOLUME SANGUINEO		
	< 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 depulso (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

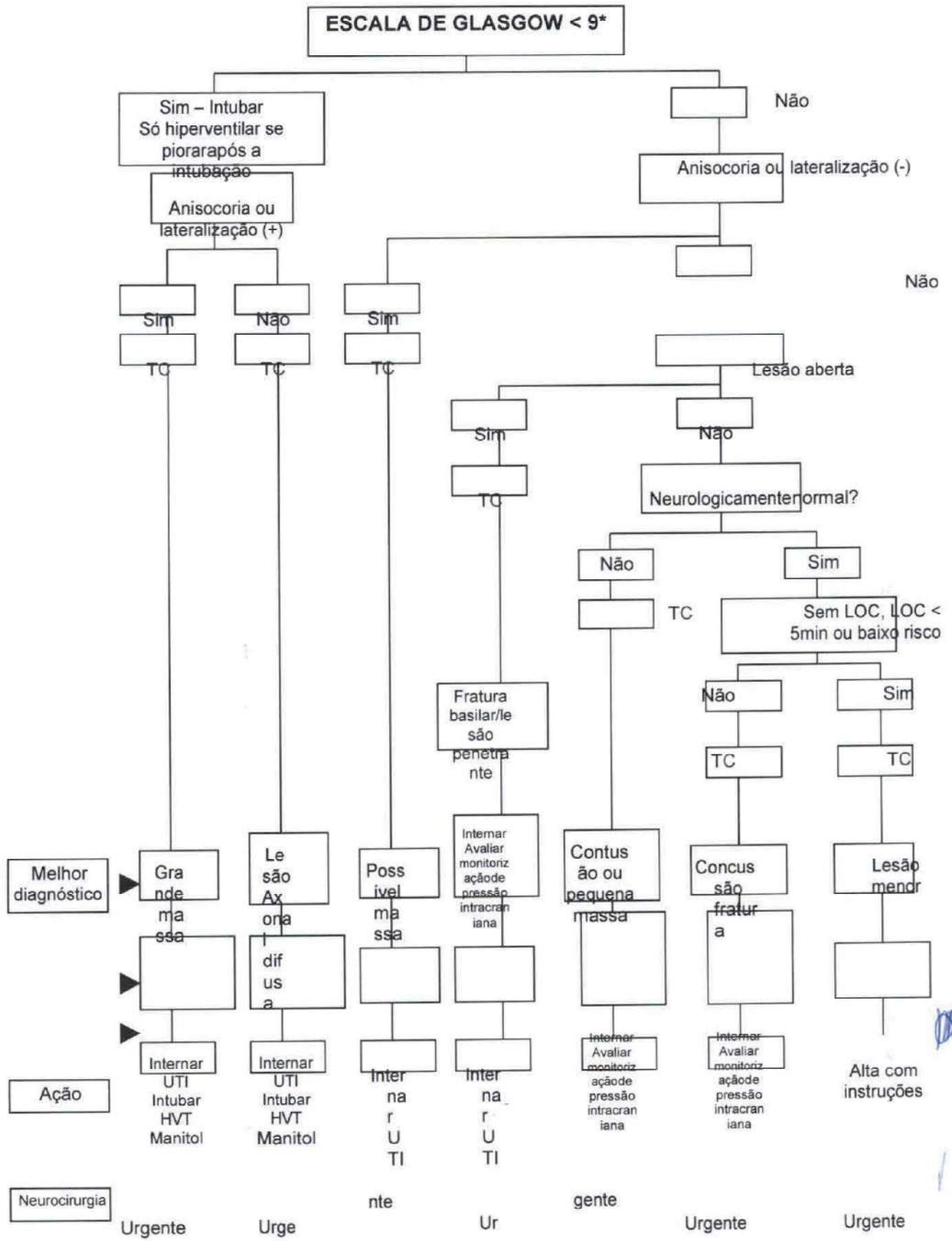
CHOQUE PERSISTENTE



***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.

g
A

TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO (TCE)





Urgente

Am
bula
toria
I

* Intubar, hiperventilar se Glasgow cair após intubação mantendo PaCO₂ entre 25 e 35.

• LOC – Perda de consciência
• HVT – Hiperventilação



A handwritten mark in blue ink, possibly a signature or initials, consisting of a large, stylized letter 'G'.

A handwritten mark in blue ink, possibly a signature or initials, consisting of a stylized, cursive signature.

A small, circular handwritten mark in blue ink, possibly a stamp or a specific symbol.

A small, handwritten mark in blue ink, possibly a signature or initials, consisting of a simple, vertical stroke.



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, determinar-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.



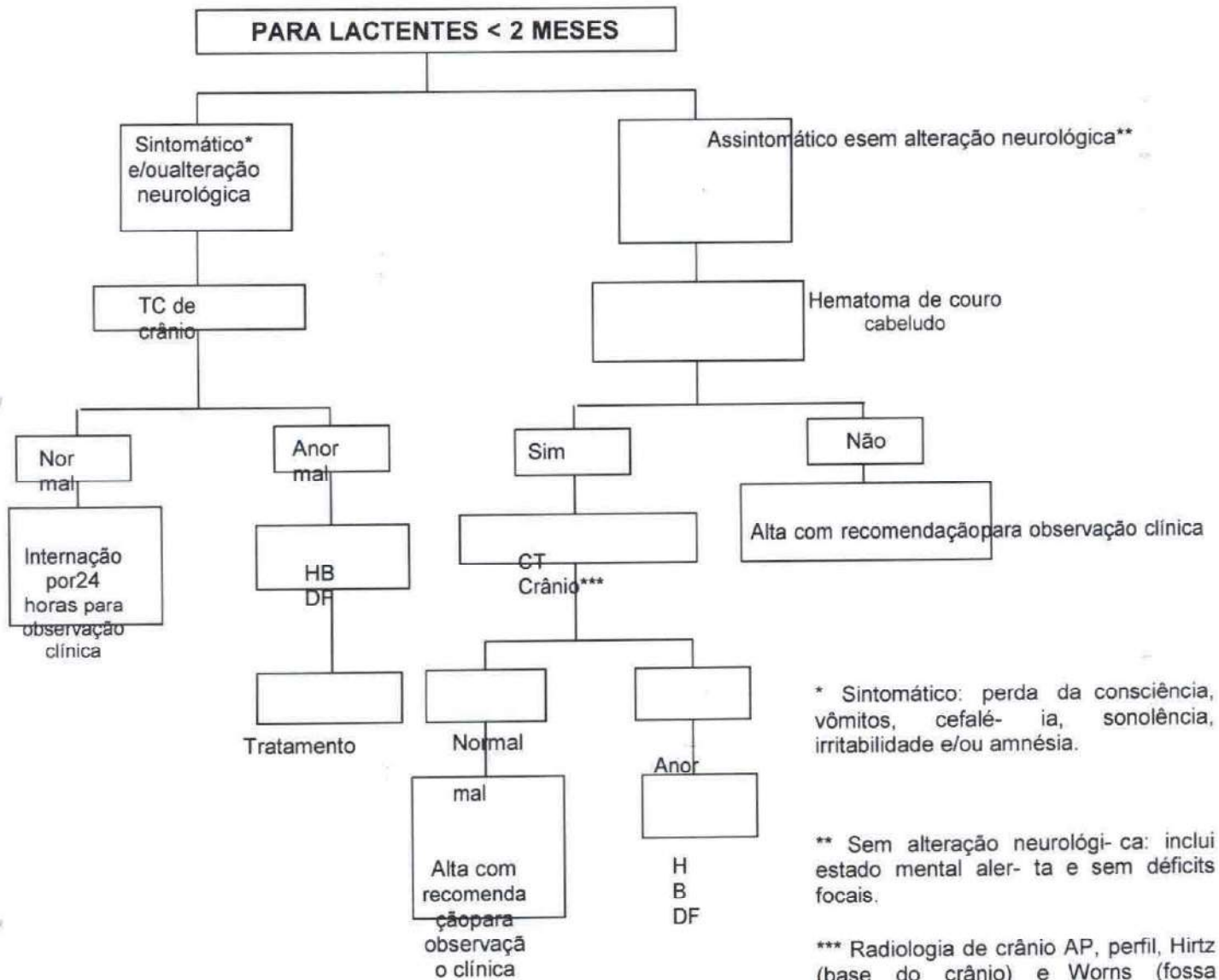
4. Decúbito elevado a 30°, se não houver instabilidade hemodinâmica.
5. Sedação (tiopental 3 a 5 mg/kg) e eventual curarização (atracúrio 0,3 a 0,5 mg/kg).
6. Manitol a 20% - 0,25 g/kg em bolo.
7. Se normovolêmico, restrição de líquidos 60 a 70% da manutenção normal e administração de furosemida (Lasix®) 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
Melhor resposta verbal	Não abre	1
	Balucio	5
	Choro irritado	4
Melhor resposta motora	Choro à dor	3
	Gemido à dor	2
	Não responde	1
	Movimento espontâneo e normal	6
	Reage ao toque	5
	Reage à dor	4
Total	Flexão anormal-decorticação	3
	Extensão anormal-descerebração	2
	Nenhuma	1
	Total	15

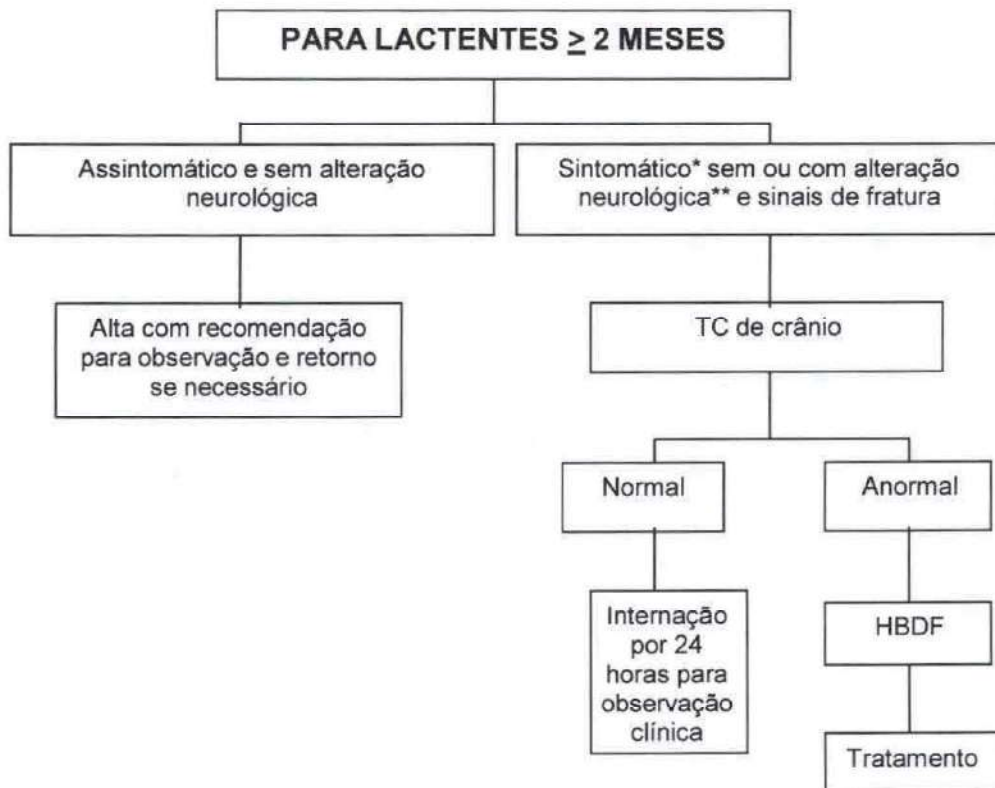
Fatores preditivos de lesão intracraniana (LIC) <ul style="list-style-type: none">• Mecanismo de trauma;• Idade inferior a 2 anos com hematoma de couro cabeludo;• Fontanela tensa e abaulada;• Amnésia prolongada;• Perda da consciência maior que 5 minutos;• Déficits neurológicos;• Vômitos incoercíveis;•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



TCE LEVE (GLASGOW 15-14)



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.

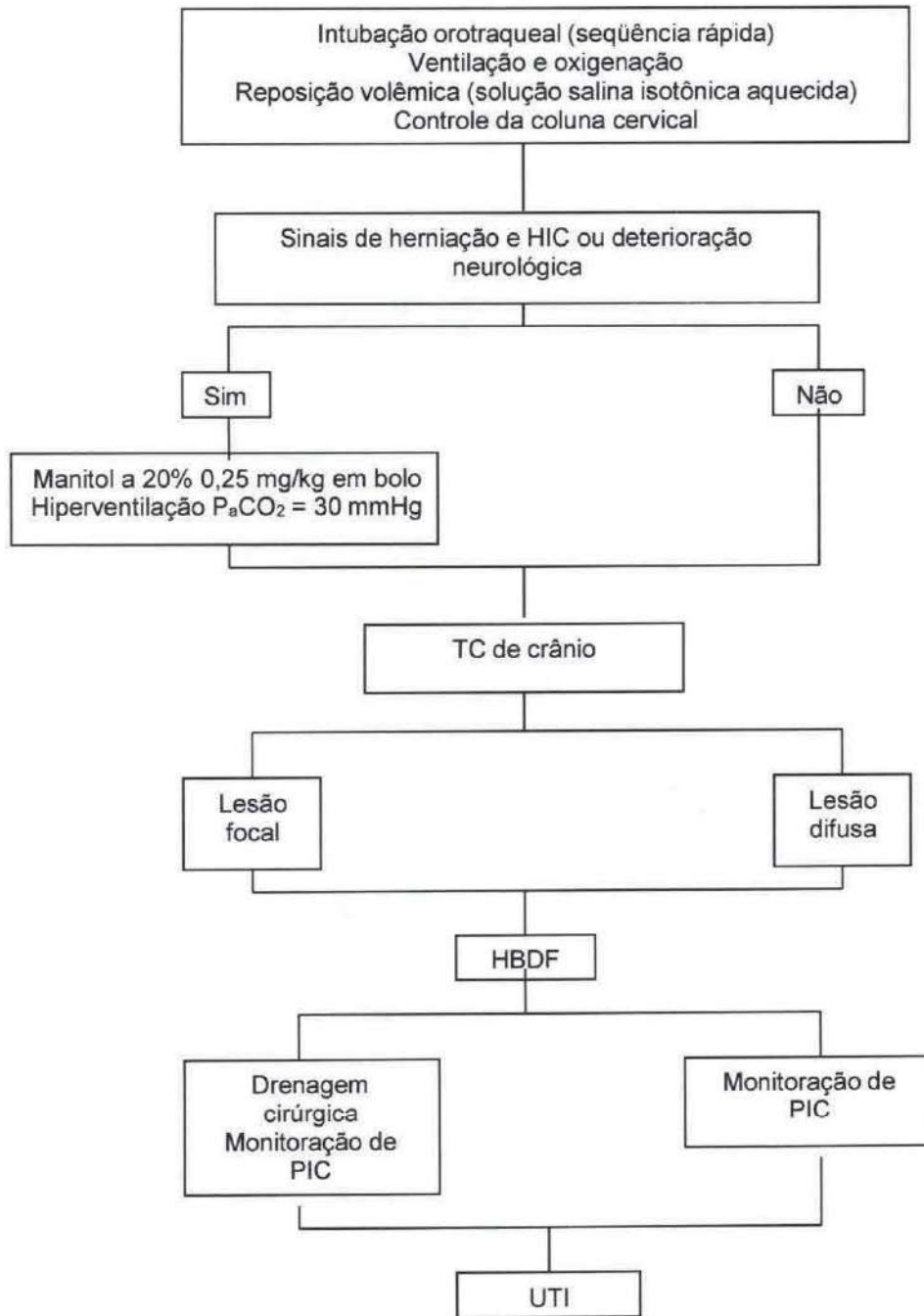
TCE MODERADO (GLASGOW 13-9)

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



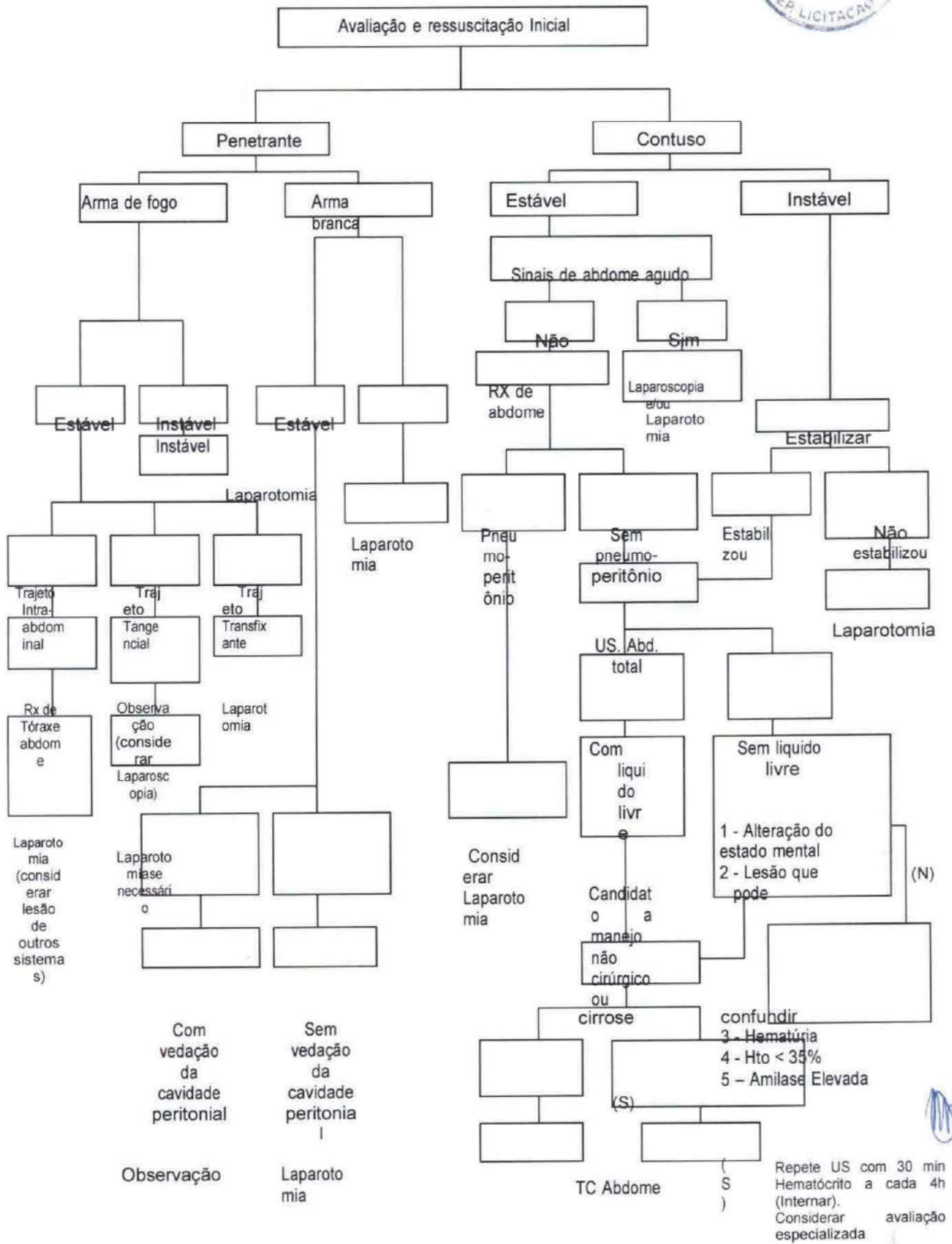
g

A

1



TRAUMATISMO ABDOMINAL



Ach



do
Cirú
gico

Lesão específica e estável, considerar tratamento
conser-vador

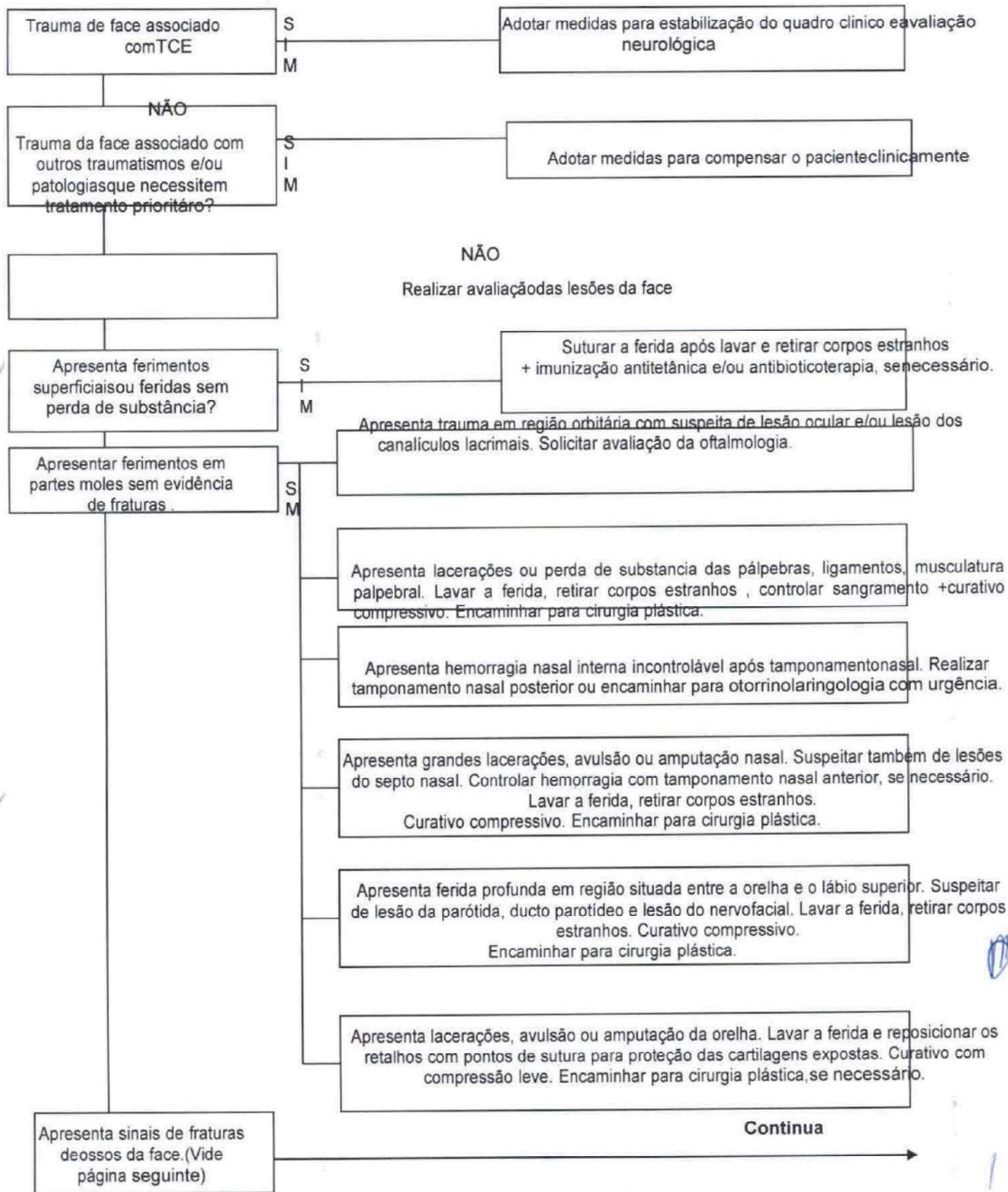
Manter assistência ventilatória;
Cateterização de veias periféricas com gelco de grosso
calibre;Prevenir e tratar o choque;
Sondagem vesical de demora;Sonda Nasogástrica

Cirurgia

TC com 48h

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)



g 2



lg

Sh 1

mm

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 hematose 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 órbita 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

- arcadasuperior ipsilateral
- dificuldade para abrir a boca por bloqueio da mandíbula pelo arcozigomático afundado
- Confirmar com radiografias*



A small, handwritten mark or signature in blue ink, consisting of a few loops and a vertical stroke.

A large, stylized handwritten signature or set of initials in blue ink, featuring a prominent loop and a long horizontal stroke.

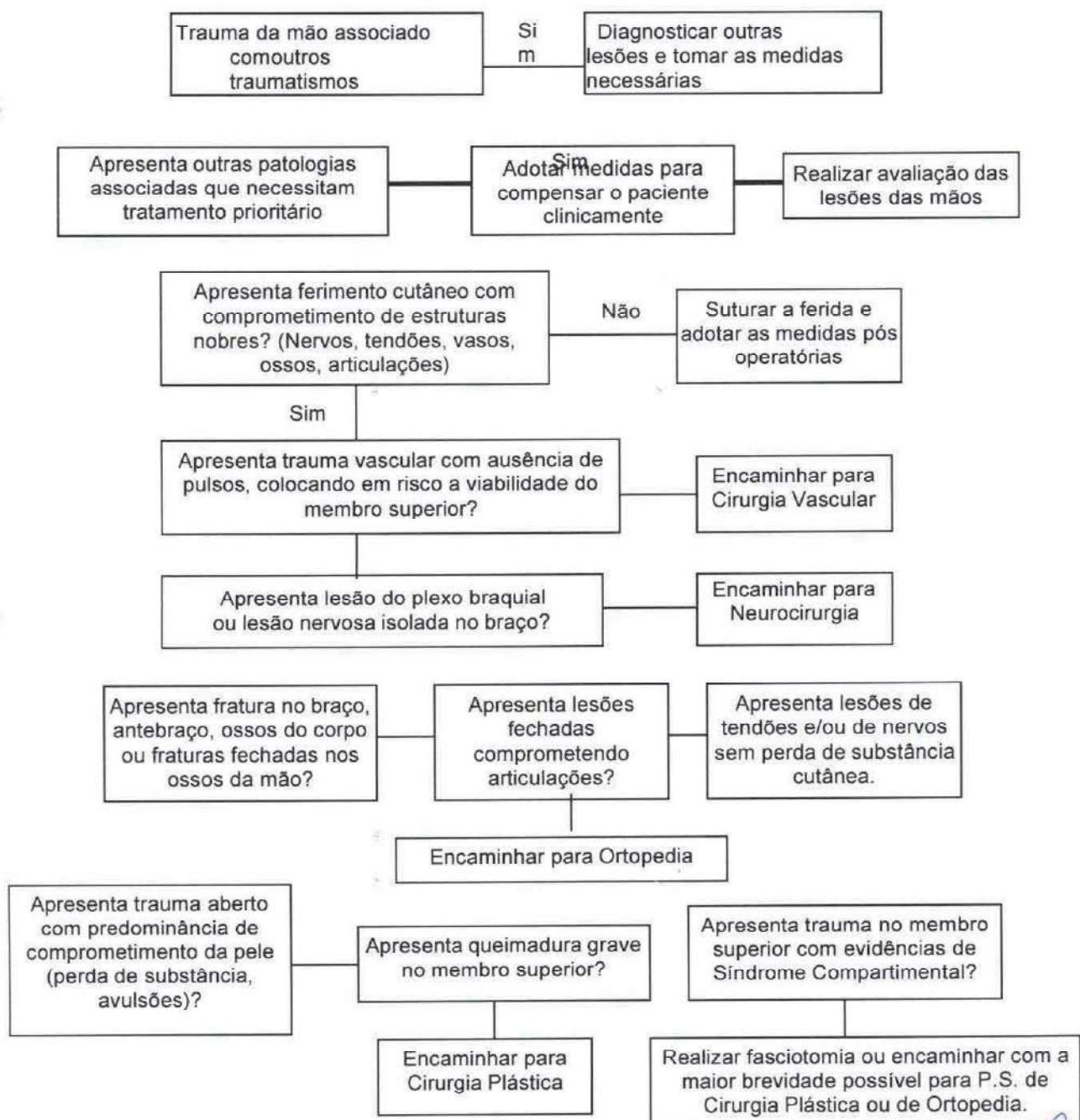
RADIOGRAFIAS DO TRAUMATISMO DA FACE

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

- Occipitomentoniana de Waters – mostra o esqueleto facial de forma geral (órbitas, zígomaxilas, maxilas, seios maxilares e processos frontais da maxila).
- Fronto nasal de Caldwell – ideal para seio frontal, células etmoidais, reborda orbitária, sutura zigomá-tica- 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
	DIREI TA	ESQUER DA	DIREI TA	ESQUER DA	DIRE ITA	ESQUE RDA	
C2							Protuberância Occipital
C3							Fossa Supraclavicular
C4							Borda Superior Acromioclavicular
C5							Flexores do Cotovelo
C6							Extensores do Punho
C7							Flexor Profundo 3ª Qd
C8							Dedo mínimo
T1							Borda Medial Fossa Antecubital
T2							Apice 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. Metatarsfalangeana
S1							Bordo Externo do Calcâneo
S2							Linha Média da Fossa Poplítea
S3							Tuberosidade Isquiática
S4							Área Perianal
S5							
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) <input type="checkbox"/>			Qualquer sensibilidade anal (sim/não) <input type="checkbox"/>		

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-S5B – 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

Níveis: 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 +) Cuidados Pessoais Admissão Alta	Controle dos Esfincteres		Admissão Alta		Locomoção		Admissão Alta	
	Controle vesical		<input type="checkbox"/>		Caminhar,		<input type="checkbox"/>	
	Controle esfínter anal		<input type="checkbox"/>		Cadeira de rodas		<input type="checkbox"/>	
					Escada		<input type="checkbox"/>	
	Mobilidade		Admissão Alta		Comunicação		Admissão Alta	
	Transferência:		<input type="checkbox"/>		Compreensão		<input type="checkbox"/>	
	Cama, Cadeira de rodas		<input type="checkbox"/>		Expressão		<input type="checkbox"/>	
	Banheiro		<input type="checkbox"/>		Cognição social		<input type="checkbox"/>	
	Banheira, Chuveiro		<input type="checkbox"/>		Interação social		<input type="checkbox"/>	
					Solução problemas		<input type="checkbox"/>	
Alimentação		<input type="checkbox"/>		Memória		<input type="checkbox"/>		
Cuidados com aparência		<input type="checkbox"/>						
Banhos		<input type="checkbox"/>						
Vestir parte superior do corpo		<input type="checkbox"/>						
Vestir parte inferior do corpo		<input type="checkbox"/>						
Asseio		<input type="checkbox"/>						
MIF TOTAL: _____								

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:

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

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!



2

2

2

g 2



ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (OIS – ORGAN INJURY SCALE)

PONTUA LESÕES EM DIVERSOS SEGMENTOS CORPÓREOS DE ACORDO COMA 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 TORACICA			
GRAU	DESCRIÇÃO DE LESAO		AIS - 90
1	Contusão Laceração oFratura	Qualquer localização	1
		Pele e subcutâneo	1
		Menos de 3 costelas, fechada	1-2
		Clavícula alinhada e fechada	2
2	Laceração oFratura	Pele, subcutânea e músculo	1
		3 ou mais costelas, fechada	2-3
		clavícula aberta ou desalinhada	2
		Esterno alinhada, fechada	2
3	Laceração oFratura	Corpo da escápula	2
		Total, incluindo pleura	2
		Esterno, aberta, desalinhada ou instável	2
		Menos de 3 costelas com segmento instável	3-4
4	Laceração oFratura	Avulsão dos tecidos da parede com fratura exposta de costela.	4
		3 ou mais costelas com tórax instável unilateral	3-4
5	Fratura	Tórax instável bilateral	5

Obs: Em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

PULMAO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESAO		AIS - 90
1	Contusão	Unilateral, menos que in lobo	3
2	Contusão Laceração o	Unilateral in lobo	3
		Pneumotórax simples	3
3	Contusã o Laceraçã o Hemato ma	Unilateral, mais que in lobo	3
		Escape persistente de via aérea distal mais de 72 horas	3-4
		Intraparenquimatoso sem expansão	3-4
4	Laceraçã o Hemato ma Vascular	Escape de via aérea maior (segmento ou lobar)	4-5
		Intraperenquimatoso 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

FIGADO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESAO		AIS - 90
1	Hemato ma Laceraçã ão	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
		Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hemato ma Laceraçã ão	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	Hemato ma Laceraç ão	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 Maior que 3cm de profundidade	3
4	Laceraç ão	Rutura de parênquima hepático envolvendo 25 a 75% de lobo hepático ou 1 a 3 segmentos de Coinaud em um lobo	4



(Handwritten mark)

(Handwritten mark)

(Handwritten initials)



5	Laceração Vascul	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	vas	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 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 5cm ou em expansão Maior que 3cm de profundidade ou envolvendo veiastrabeculares	3
4	Laceração	Laceração de veias do hilo ou veias segmentares produzindo maior desvascularização (>25% do baço)	4
5	Laceração Vascul	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	Hemato ma Laceraç ão	Hematoma perirenal sem expansão confinado ao retroperitônio renal Profundidade no parênquima renal menor que 1cm sem extravasamento de urina	2 2
3 La c	eracão	Profundidade do parênquima maior que 1cm, sem ruptura do sistema coletor ou extravasamento de urina	3
4	Laceraçã o Vascula r	Laceração que se estende através da córtex renal, medular e sistema coletor Lesão da artéria ou veia principais com hemorragia contida	4 5
5	Laceração Vascula r	Destruição renal total Avulsão do hilo renal com desvascularização renal	5 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	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

g *2*

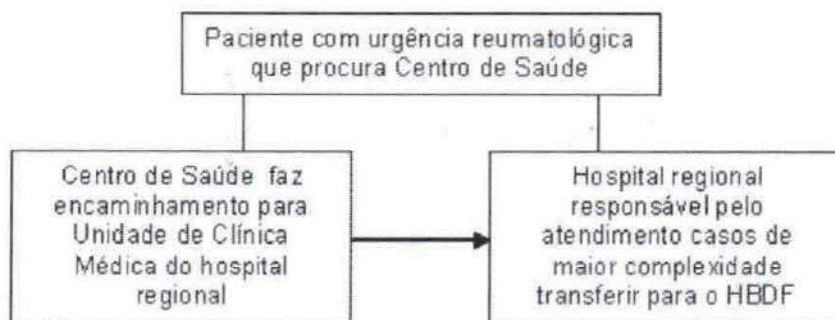
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

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



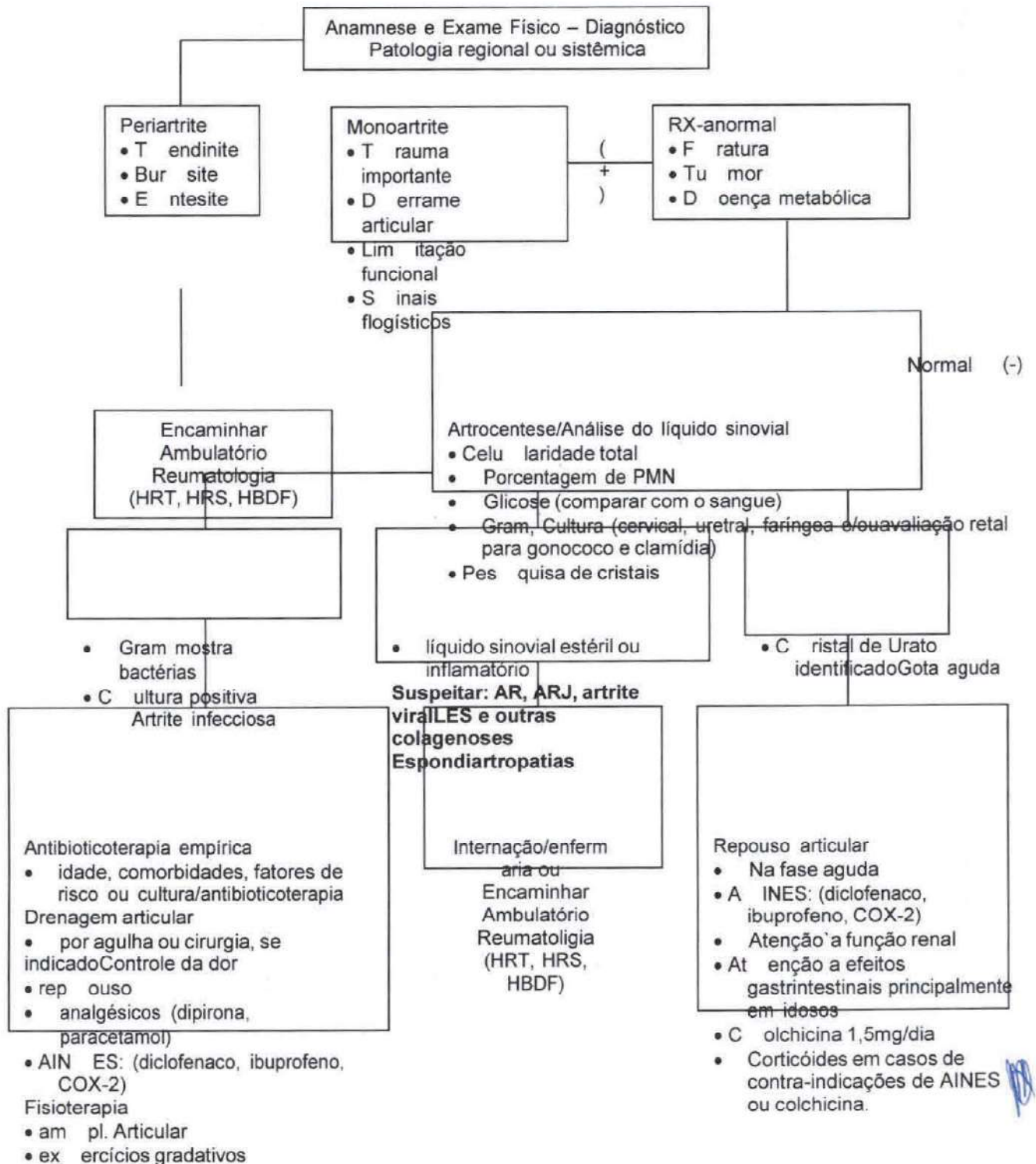
ENCAMINHAMENTO	CONTEUDO DO ENCAMINHAMENTO
História clínica:	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar com história concisa informando o tipo de dor, evolução, articulações acometidas e tipo de acometimento: monoarticular, oligoarticular ou poliarticular e sintomas sistêmicos associados.
Exame físico:	<ul style="list-style-type: none"> • Relatar os achados importantes em especial, a presença de sinais flogísticos articulares, atrofia e deformidades.
Exames complementares essenciais:	<ul style="list-style-type: none"> • 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:	<ul style="list-style-type: none"> • Enumerar. • Definir se patologia localizada, regional ou sistêmica.
Tratamento:	<ul style="list-style-type: none"> • Detalhar os tratamentos realizados anteriormente e os medicamentos e doses em uso atualmente.
Motivo do encaminhamento:	<ul style="list-style-type: none"> • Detalhar os motivos do encaminhamento ao médico clínico ou especialista.



Contra-referência:	<ul style="list-style-type: none">• Retorno à UBS para acompanhamento com relatório do médico clínico ou especialista.
--------------------	--

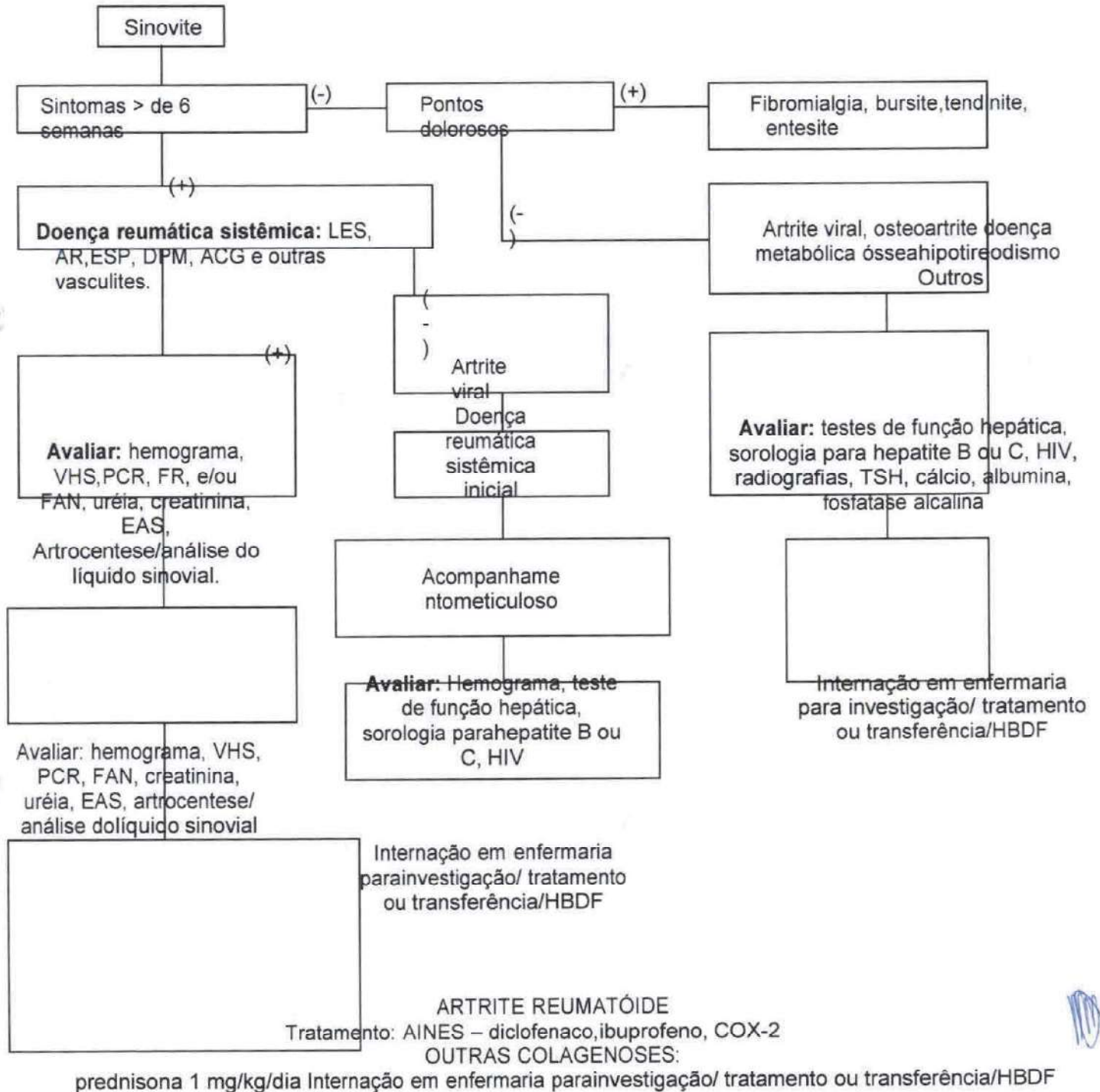
Handwritten initials or signature in blue ink.

MONOARTRITE AGUDA



POLIARTRALGIAS OU POLIARTRITES AGUDAS

Anamnese e Exame Físico – Diagnóstico
 Patologia regional ou sistêmica





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 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/HB DF

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, e espasmo muscular paravertebral, sobrepeso corporal, estresse sem déficiente alteração neurológica nos membros inferiores.

SINAIS E SINTOMAS

Lombalgia aguda: espasmo paravertebral, 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 Lasègue negativo.

Lombalgia crônica: dor região lombar de baixa intensidade, ausência de trauma recente ou esforço físico, história de dor periódica associada a exercícios físicos diários, ausência de alteração dos dermatômeros do membro inferior.

Diagnósticos diferenciais da lombalgia: osteoartrose, hérnia 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

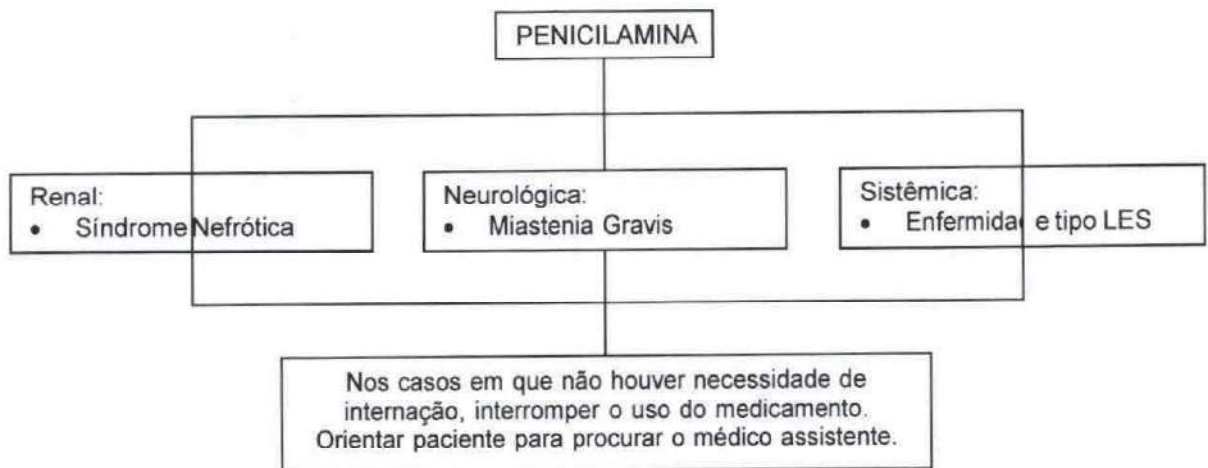
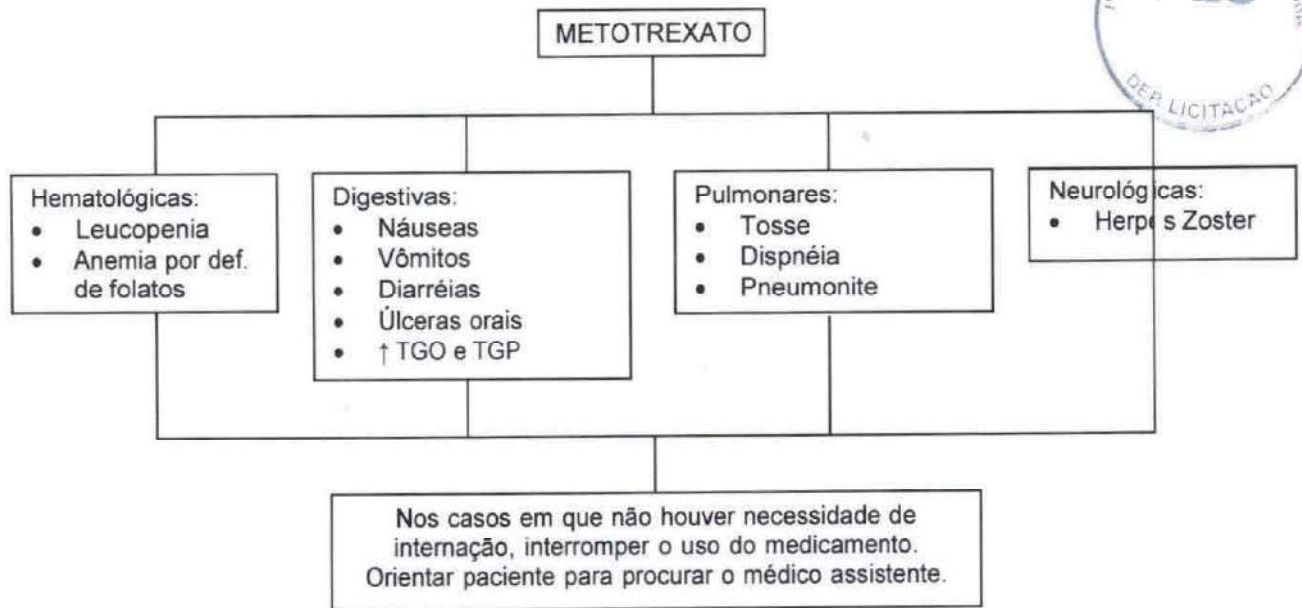
Rigidez matinal:
Fator reumatóide, ANA e VHS

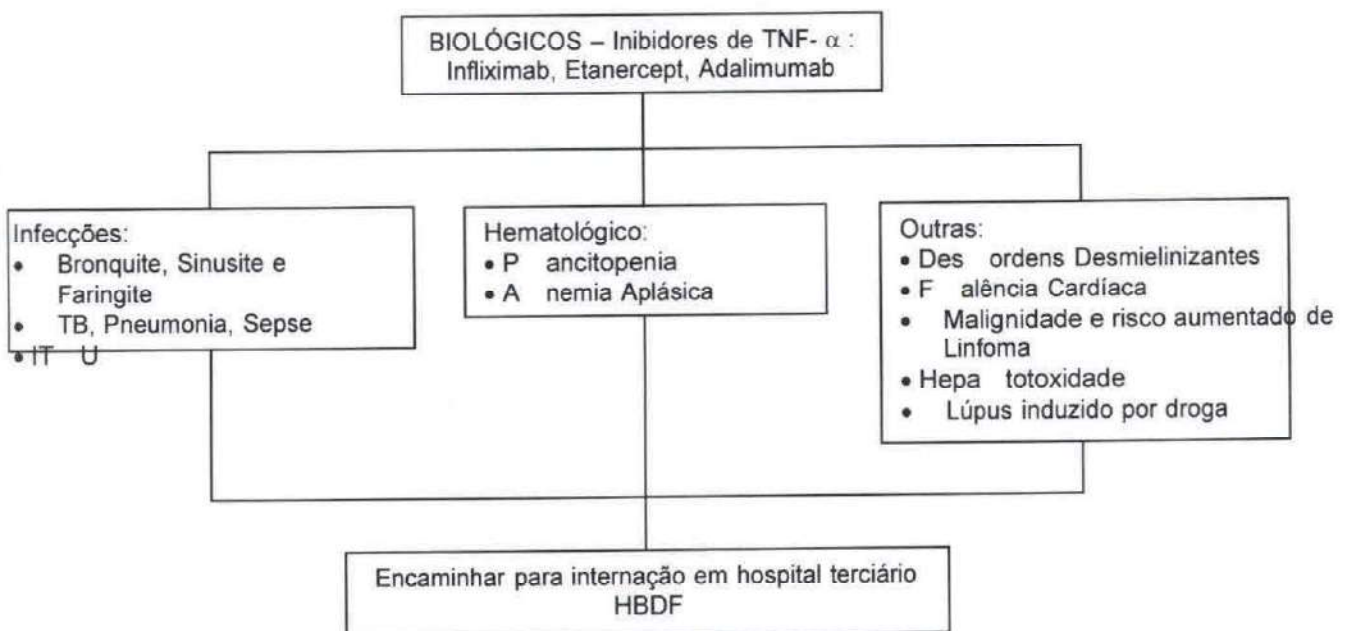
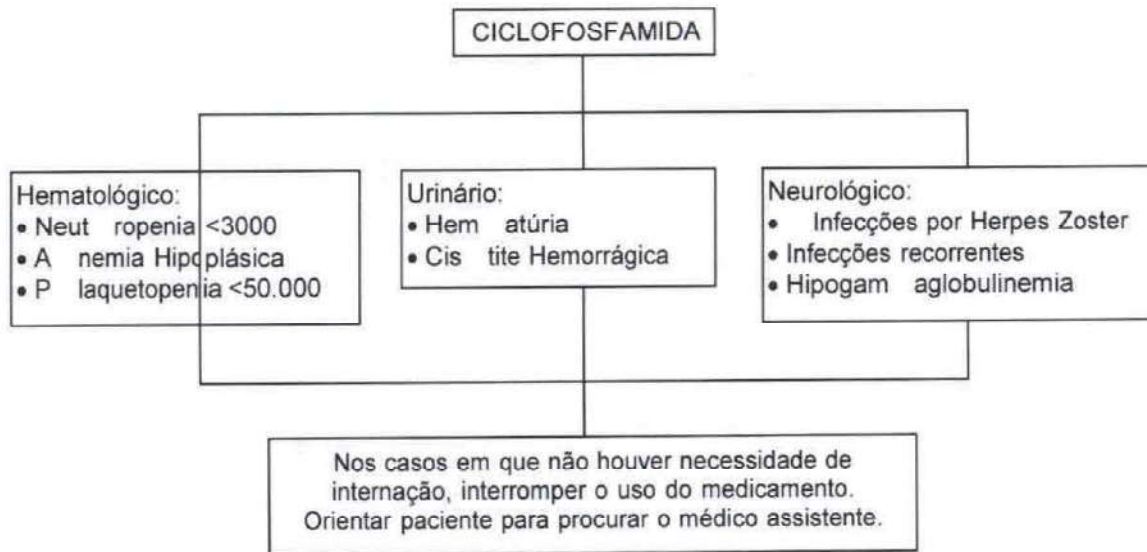
Dor em cólica:
Ultrasonografia, amilase, e urocultura

Exames radiográficos emergenciais não são tão 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

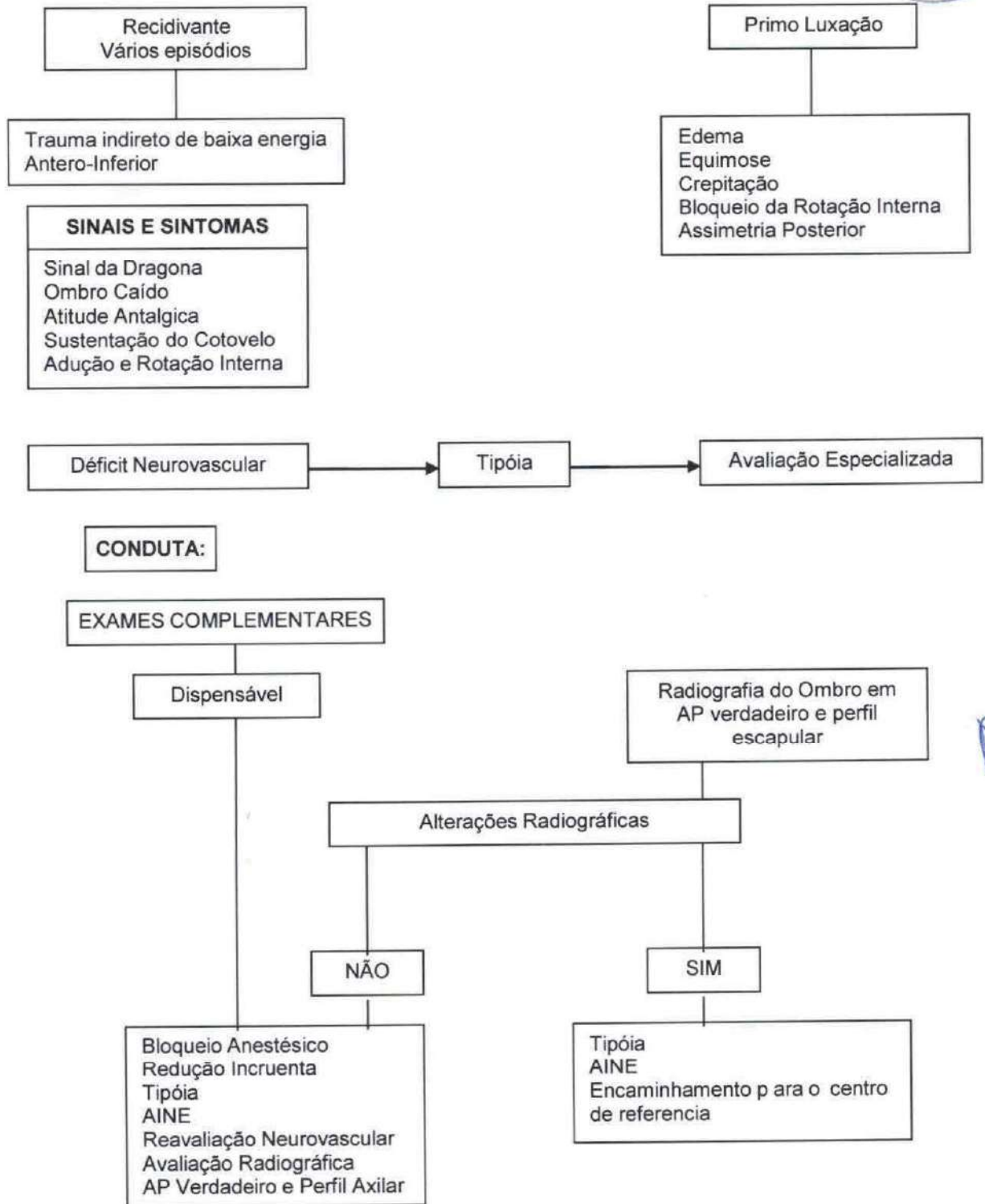




[Handwritten signatures and initials]



LUXAÇÃO DO OMBRO





ENTORSE DO JOELHO

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

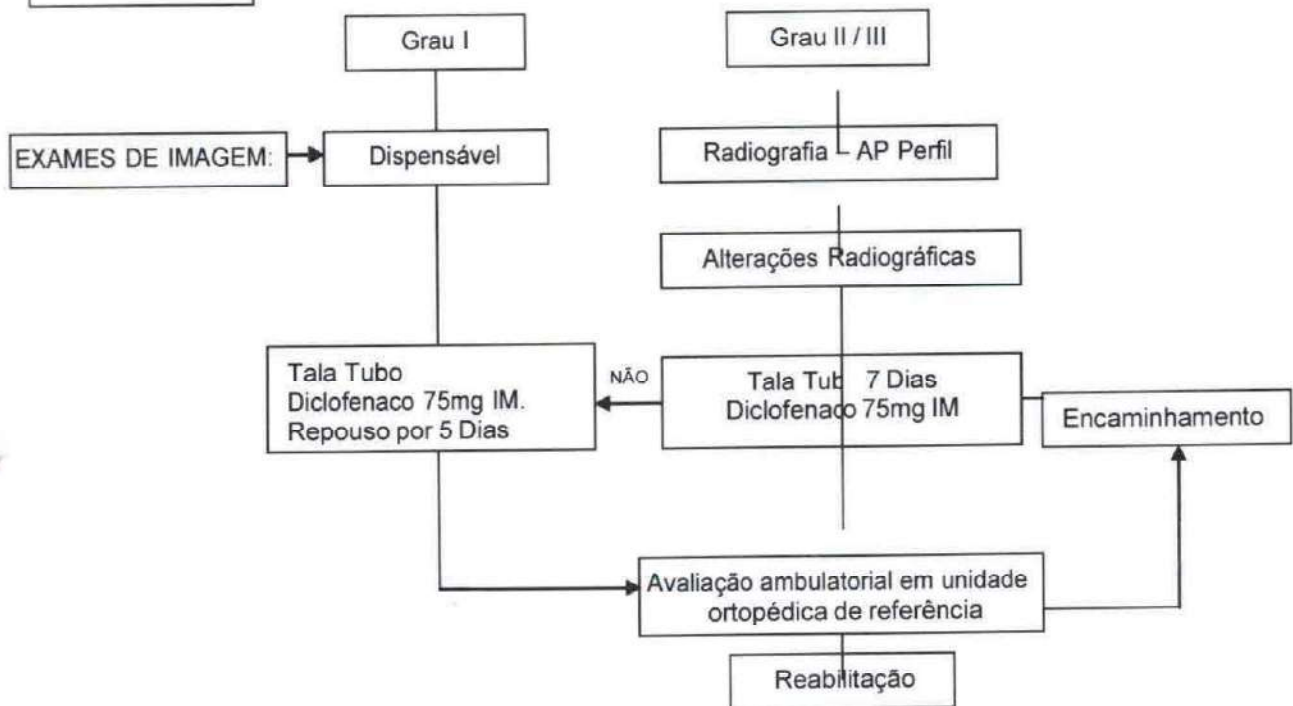
AVALIAÇÃO

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:



Handwritten signatures and initials in blue ink.



ENTORSE DO TORNOZELO LESÃO CÁPSULO - LIGAMENTAR

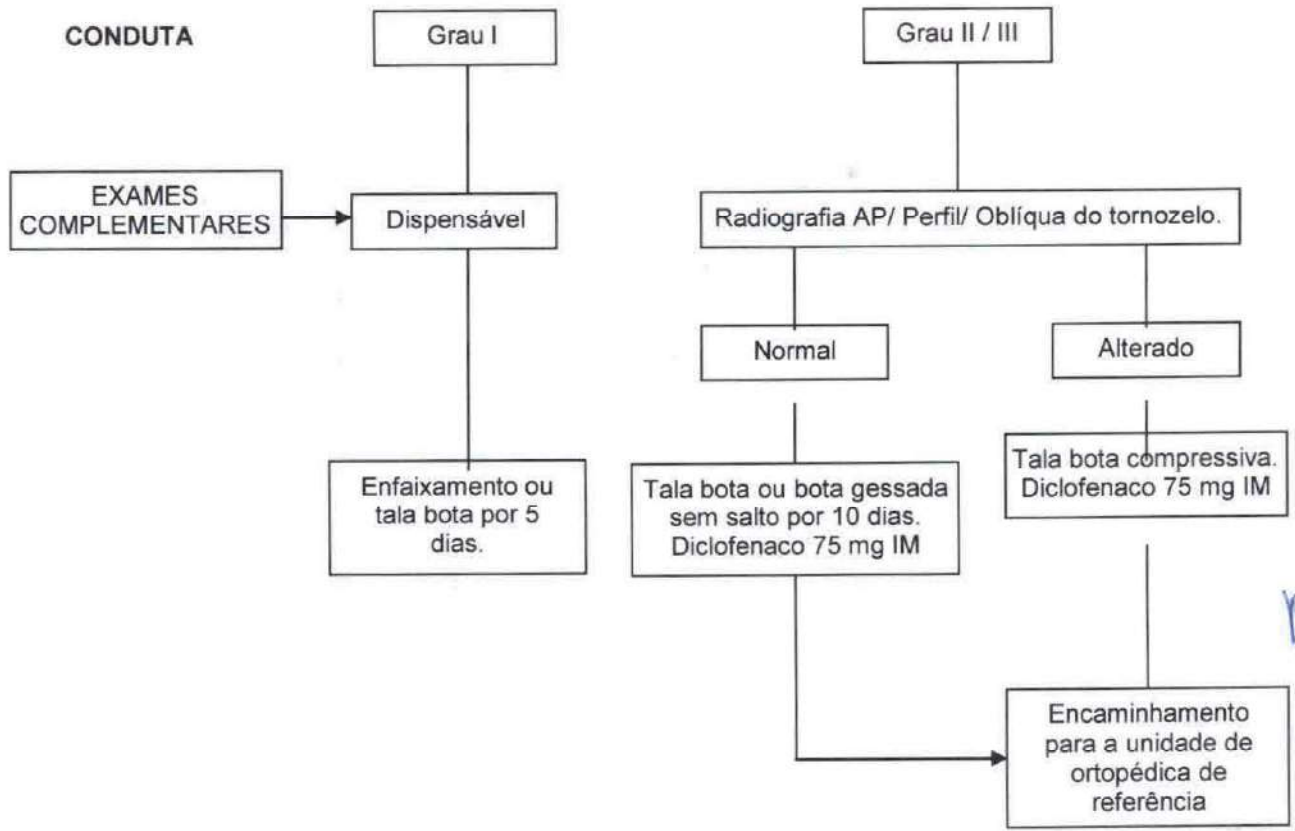
MECANISMO
Torsional Inversão Eversão

AVALIAÇÃO

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

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

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





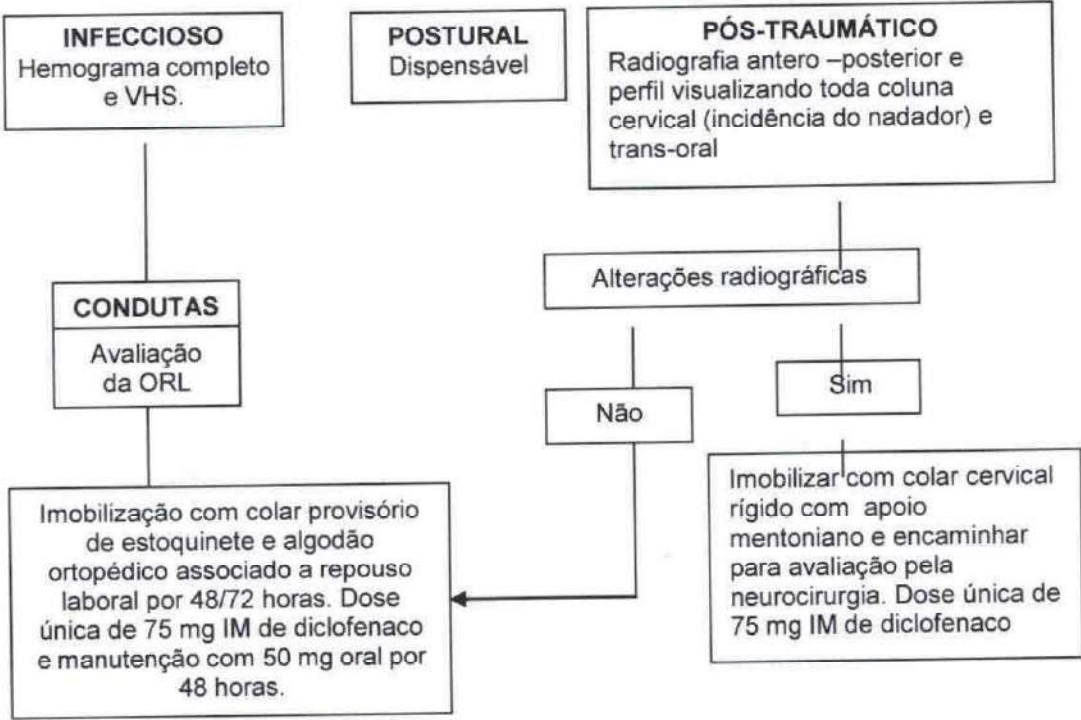
TORCICOLO

Definido como quadro analgico da coluna cervical, associado a contratura muscular. A etiologia pode ser atitudinal, postural, traumática de baixa energia e infecciosa.

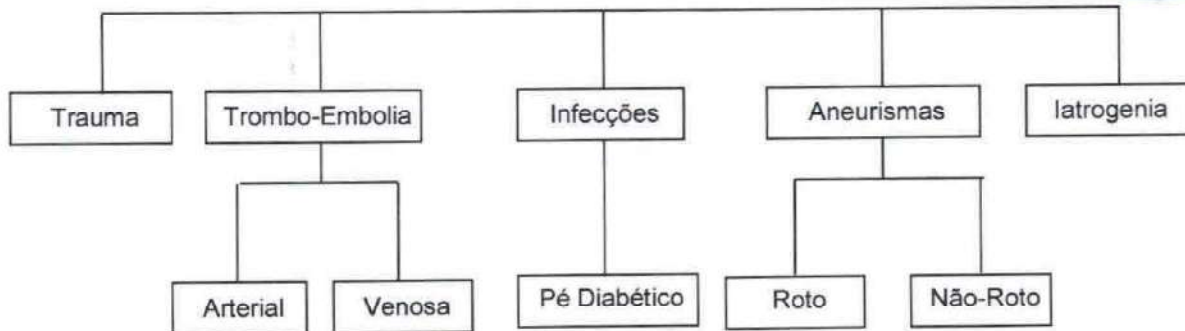
SINAIS E SINTOMAS

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 -faríngeo. Presença de intenso espasmo muscular com limitação evidente dos movimentos cervicais e dor ocasional irradiada para a membros superior. Ausência de déficit neurológico.

EXAMES COMPLEMENTARES



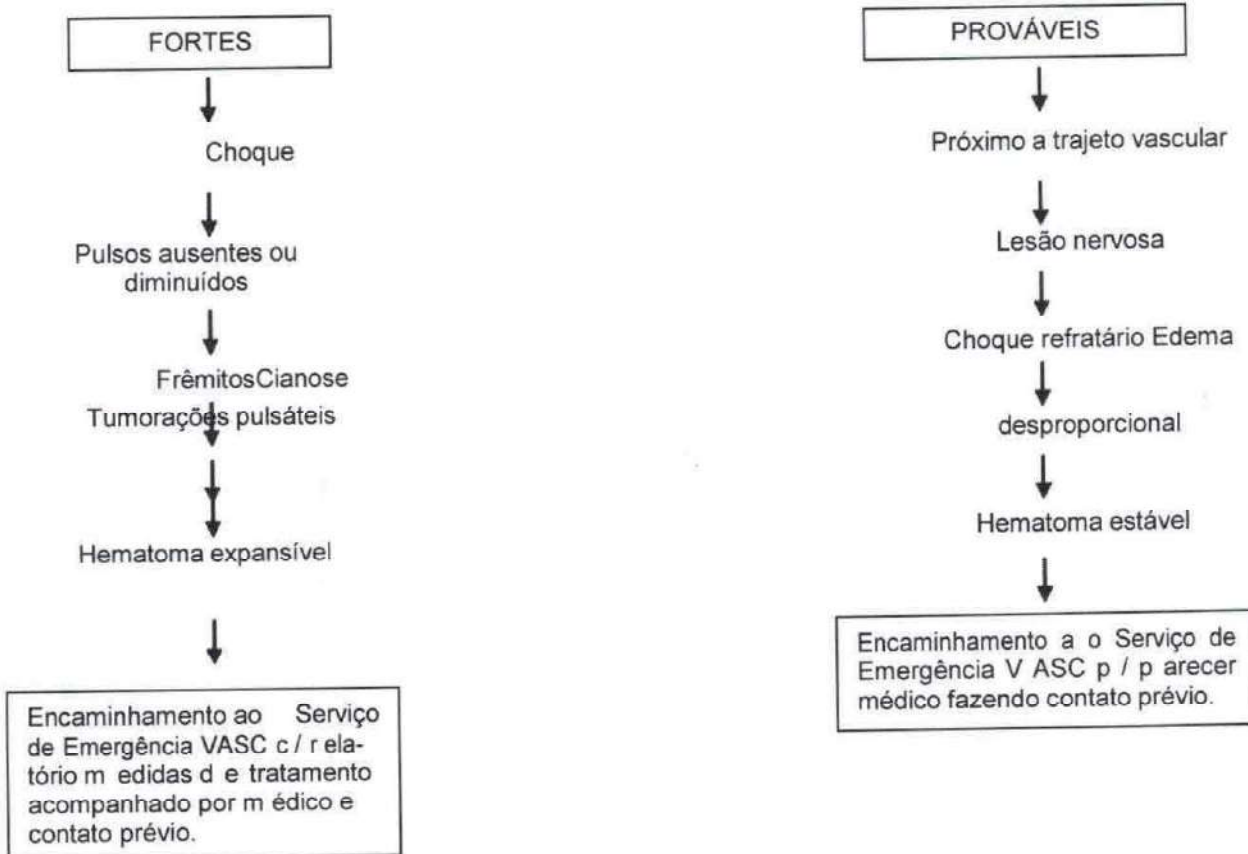
URGÊNCIAS VASCULARES



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).

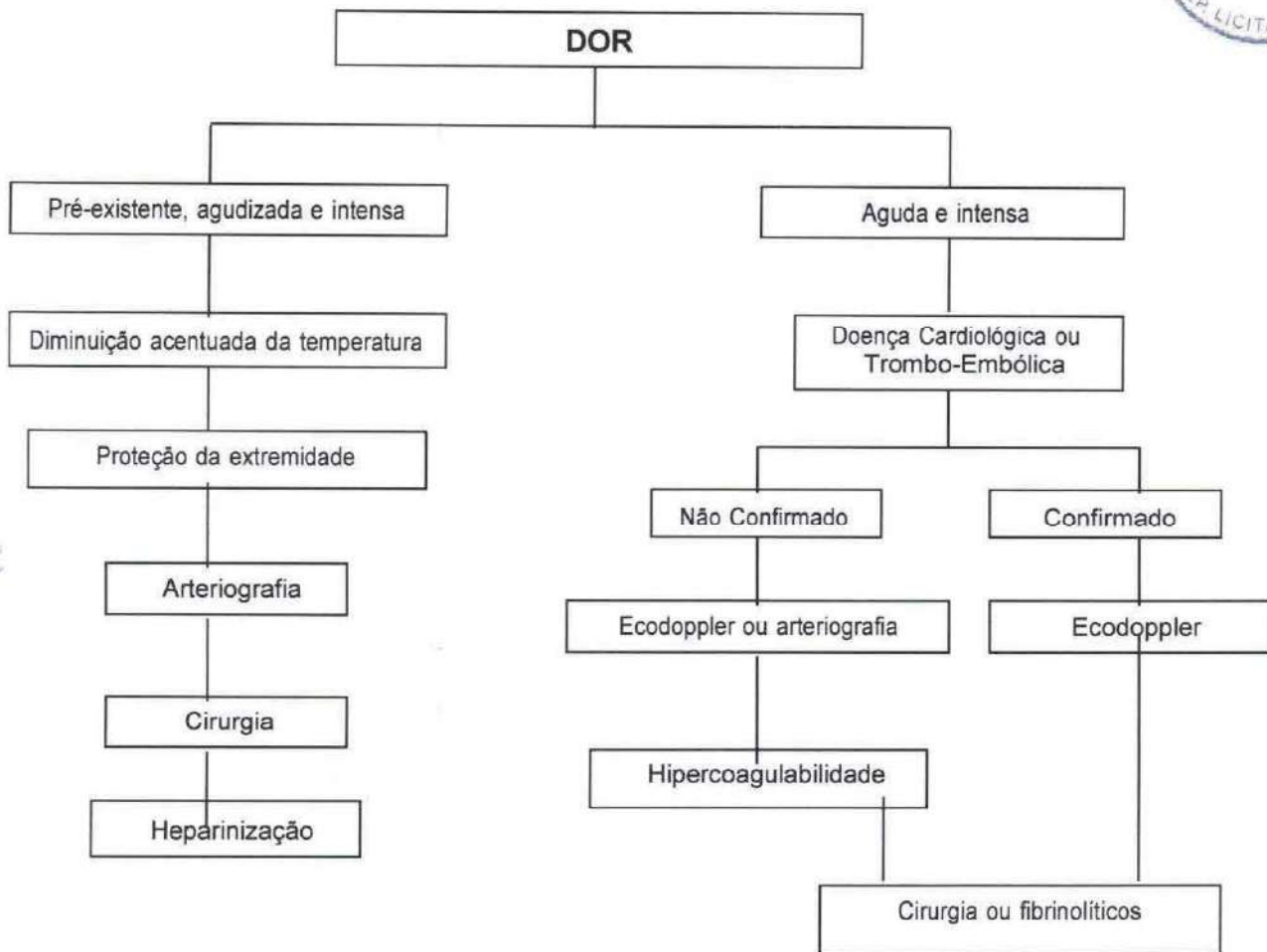
TRAUMAS VASCULARES

SINAIS





TROMBOEMBOLIA ARTERIAL

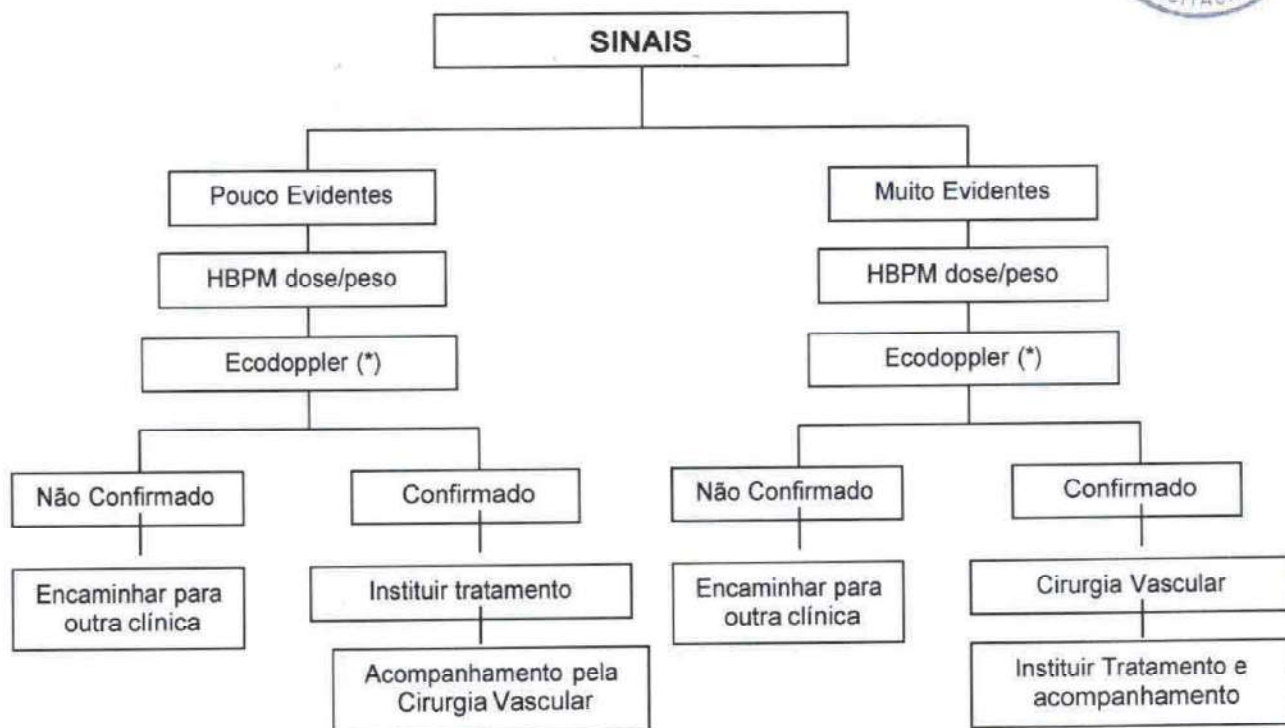


SINAIS E SINTOMAS

Dor Pr	esente
Edema Aus	ente
Temperatura Dim	inuída
Perfusão Dim	inuída
Imobilização Sim	
Empastamento Muscular	Não
Cianose/Palidez Sim	
Sensibilidade ++	+
Insuficiência Funcional	Sim
Início Súb	ito

OBS: Encaminhar o paciente ao serviço de emergência urgente.

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA TVP



TVP - SINAIS E SINTOMAS

Dor Pr	esente
Edema Pr	esente
Temperatura	Normal / Aumentada
Perfusão Nor	mal
Imobilização Não	
Empastamento Muscular	Sim
Cianose/Palidez Não	
Sensibilidade +	
Insuficiência Funcional	Não
Início Lent	o

OBS:

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

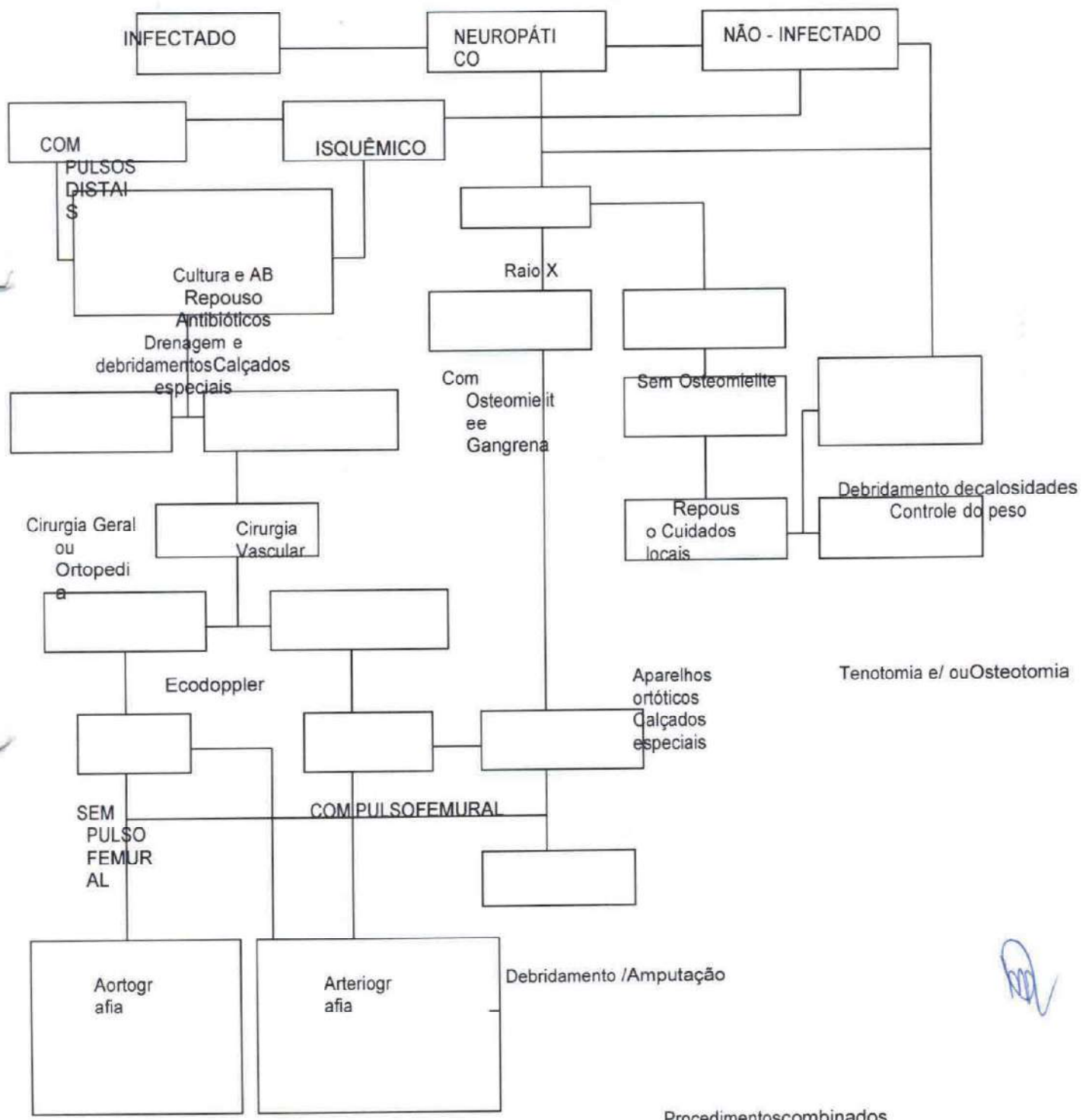
1. Procurar encaminhar os pacientes aos ambulatórios das regionais que possuam especialistas (cirurgiões vasculares) para seguimento e controle preferencialmente no período diurno (segundas a sextas-feiras) em face de não haver plantonistas de ecodoppler à noite ou finais de semana.

(*) 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



Handwritten signatures and initials in blue ink.



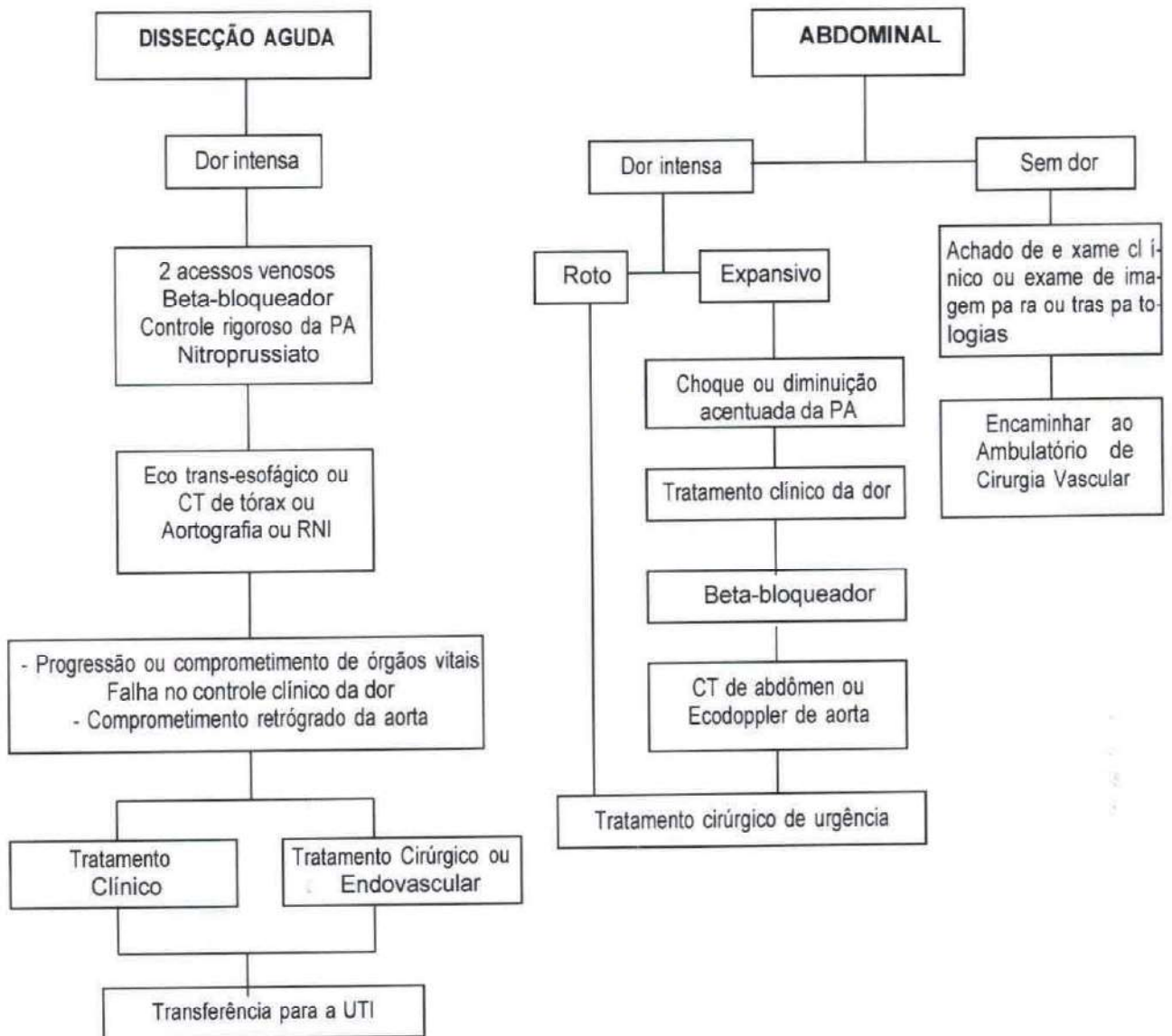
Endarterectomia
By-pass aorto-iliaco
By-pass axilo-femural
By-pass femuro-femural

Influxo distal: By-pass fêmuro-poplíteo
By-pass fêmuro-tibial ou peroneal
By-pass sequenciais
Profundoplastia
Angioplastia transluminal

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.

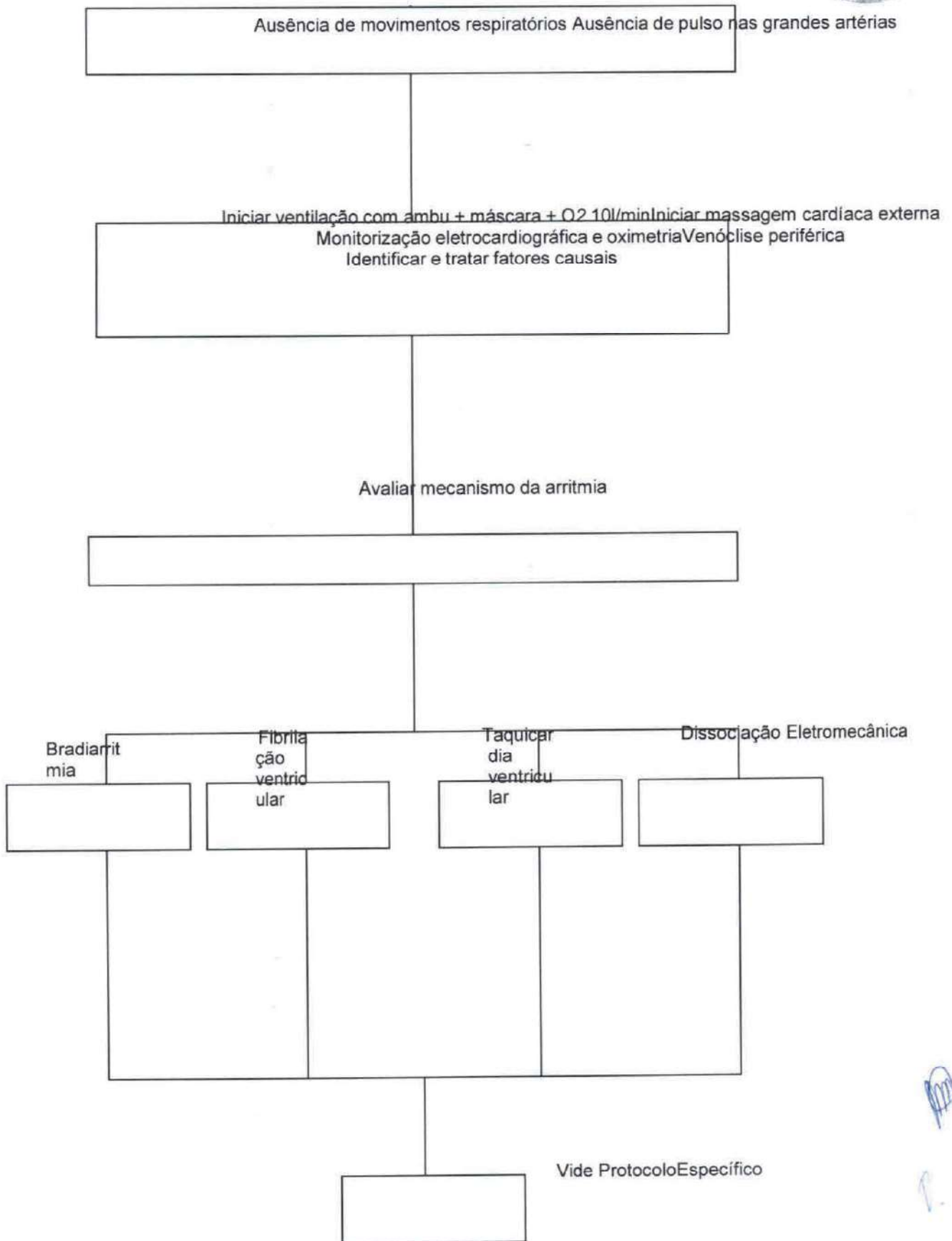
ANEURISMAS



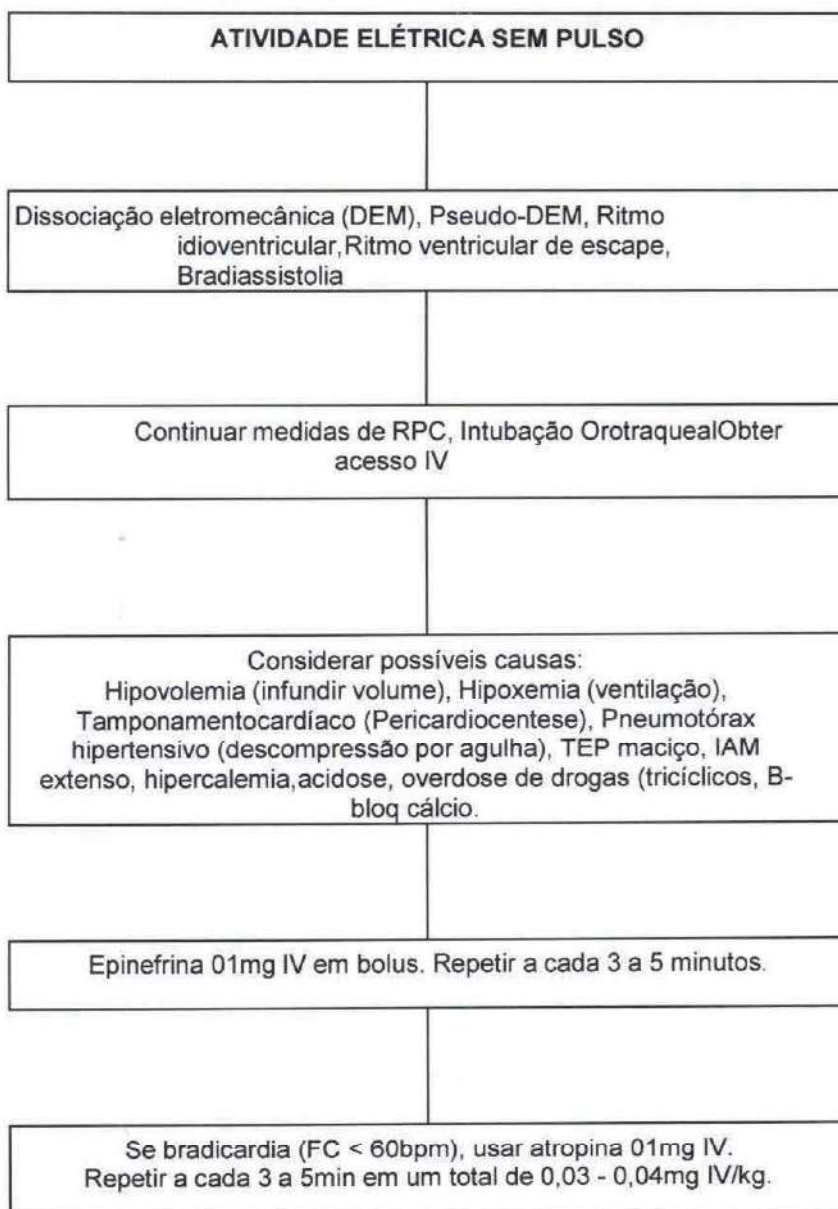
Handwritten signatures and initials in blue ink.



PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA



ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA



Causas de Atividade Elétrica sem Pulso (5Hs e 5Ts)	
Hipoxia	Tensão no Tórax (Pneumotórax)
Hipovolemia T	amponamento Cardíaco
Hipocalemia – hipercalemia	Tóxicos (Intoxicação)
Hipotermia	Trombose coronária (IAM)
Hidrogênio (Acidose)	Tromboembolismo pulmonar

CPSG= Crise parcial secundariamente generalizada



ASSISTOLIA

Continuar RCP, Intubar, Obter acesso IV. Confirmar assistolia em mais de uma derivação

Considerar possíveis causas:
Hipoxia/Hiper ou Hipocalemia, Acidose pré-existente, overdose/hipotermia

Marcapasso Transcutâneo imediato.
Na ausência, pode-se passar o Marca Passo provisório transvenoso

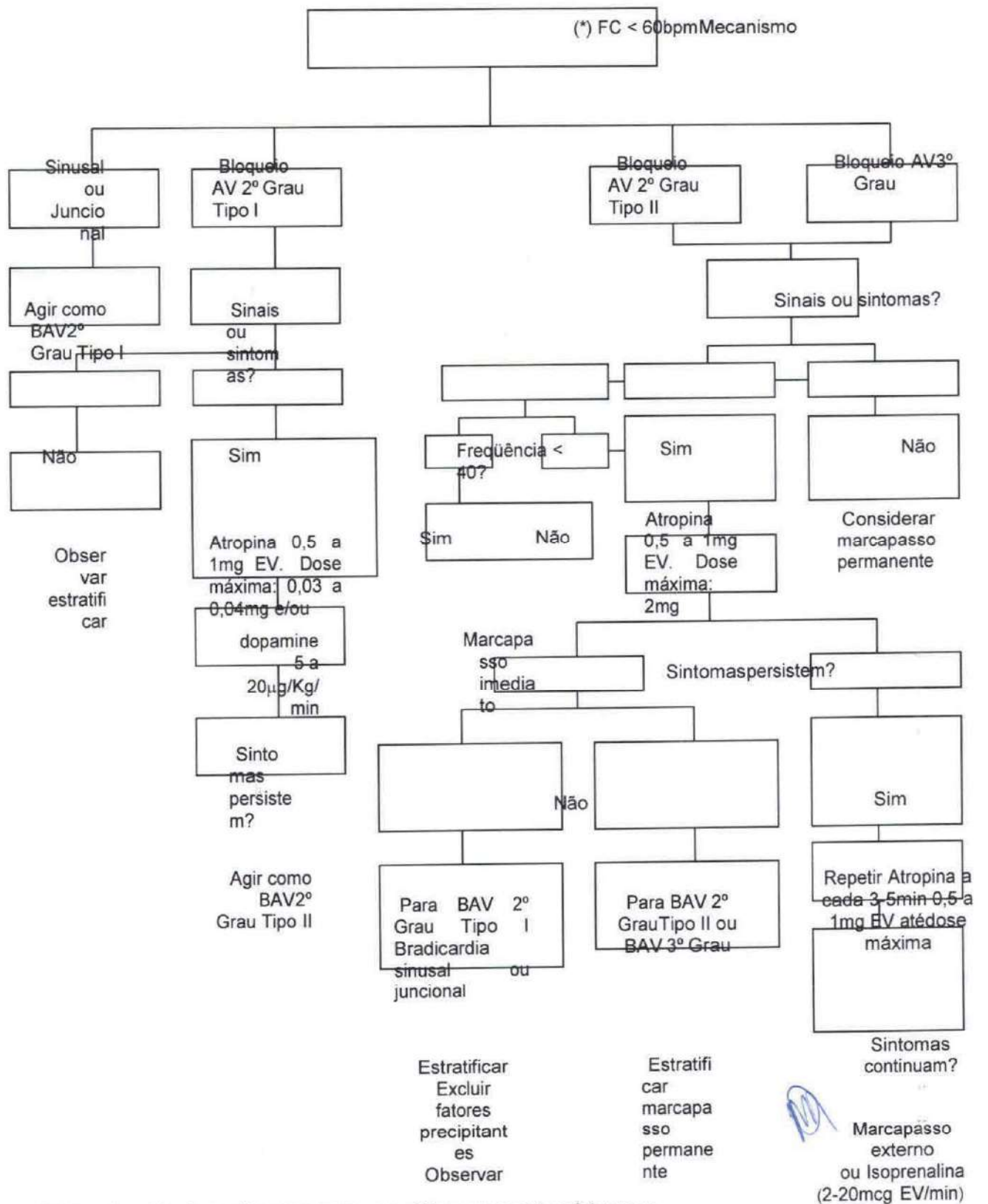
Adrenalina 1mg IV em bolus. Repetir a cada 3 a 5 minutos.

Atropina 1mg IV. Repetir a cada 3 a 5 minutos até dose total de 0,03 a 0,04mg/kg

Considerar término da ressuscitação.



BRADIARRITMIA



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

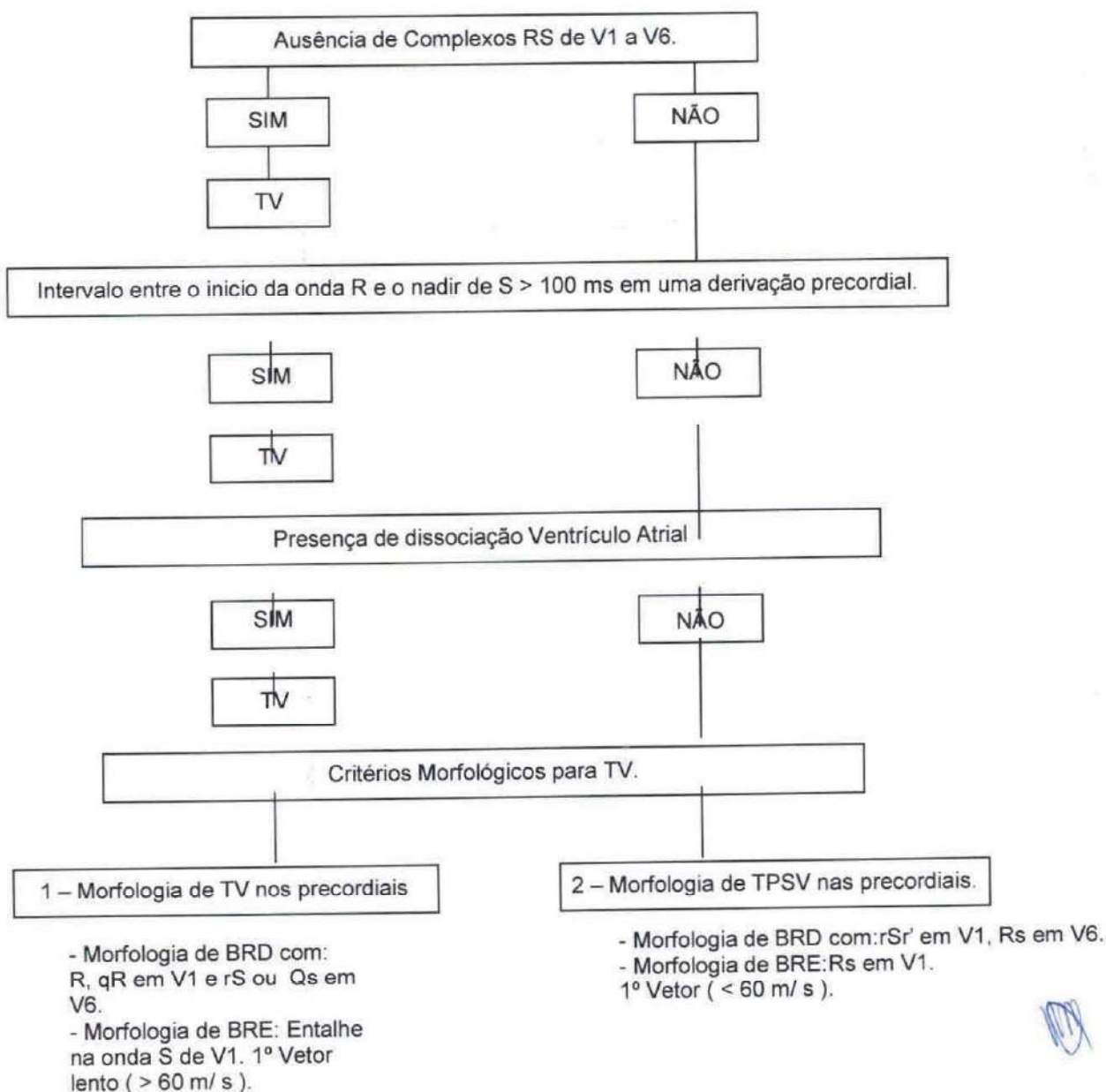
TAQUICARDIAS VENTRICULARES

Introdução:

As Taquicardias com complexos QRS largos ($QRS > 120 \text{ ms}$) 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.



TAQUIARRITMIA VENTRICULAR MULTIFOCAL

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

TRATAMENTOS DAS TV.



DROGAS ANTIARRITMICAS.

1 – IAM – Fase Aguda – Lidocaina 2% - (1,0 a 1,5 mg / kg em bolus, seguido de 0,5 a 0,75 mg / kg embolus 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 Lidocaina.

5 – Flutter Ventricular ou Fibrilação Ventricular. Desfibrilação – 360J sem sincronização.

TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES COM QRS ESTREITO

INTRODUÇÃO.

As TPSV^s 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^s) apresentam-se com FC acima de 100bpm e com duração do complexoQRS ≤ 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.

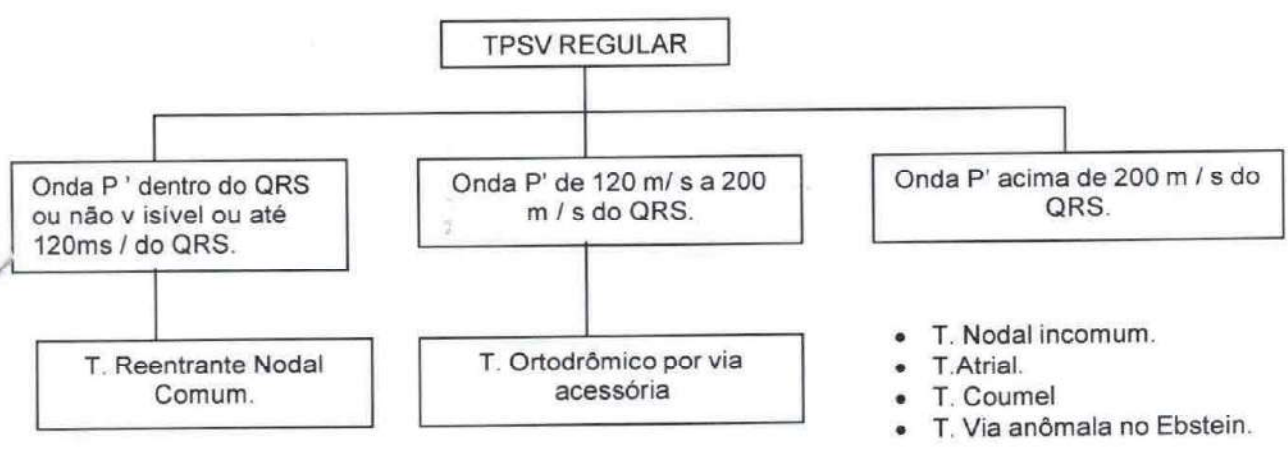
I – TPSV COM R – R REGULAR E QRS ESTREITO.

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:

Handwritten signatures and initials in blue ink.



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 KEN.T

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 frequente 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.



**ADEN
DO:**

Existem várias classificações para a FA. Classificação baseada na relevância clínica.

FA

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

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.

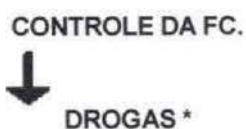


OBS.: Os pacientes que apresentam com FA < 48hs, mas são portadores de fatores de risco para fenômenos tromboembólicos como: Valvulopatia Mitral; Próteses valvares, disfunção ventricular esquerda com FE < 40% ou passado de tromboembolismo, devem primeiramente ser anticoagulados da tentativa de reversão.



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 OUTEMPO INDETERMINADO.
FA Paroxística ou FA Permanente.



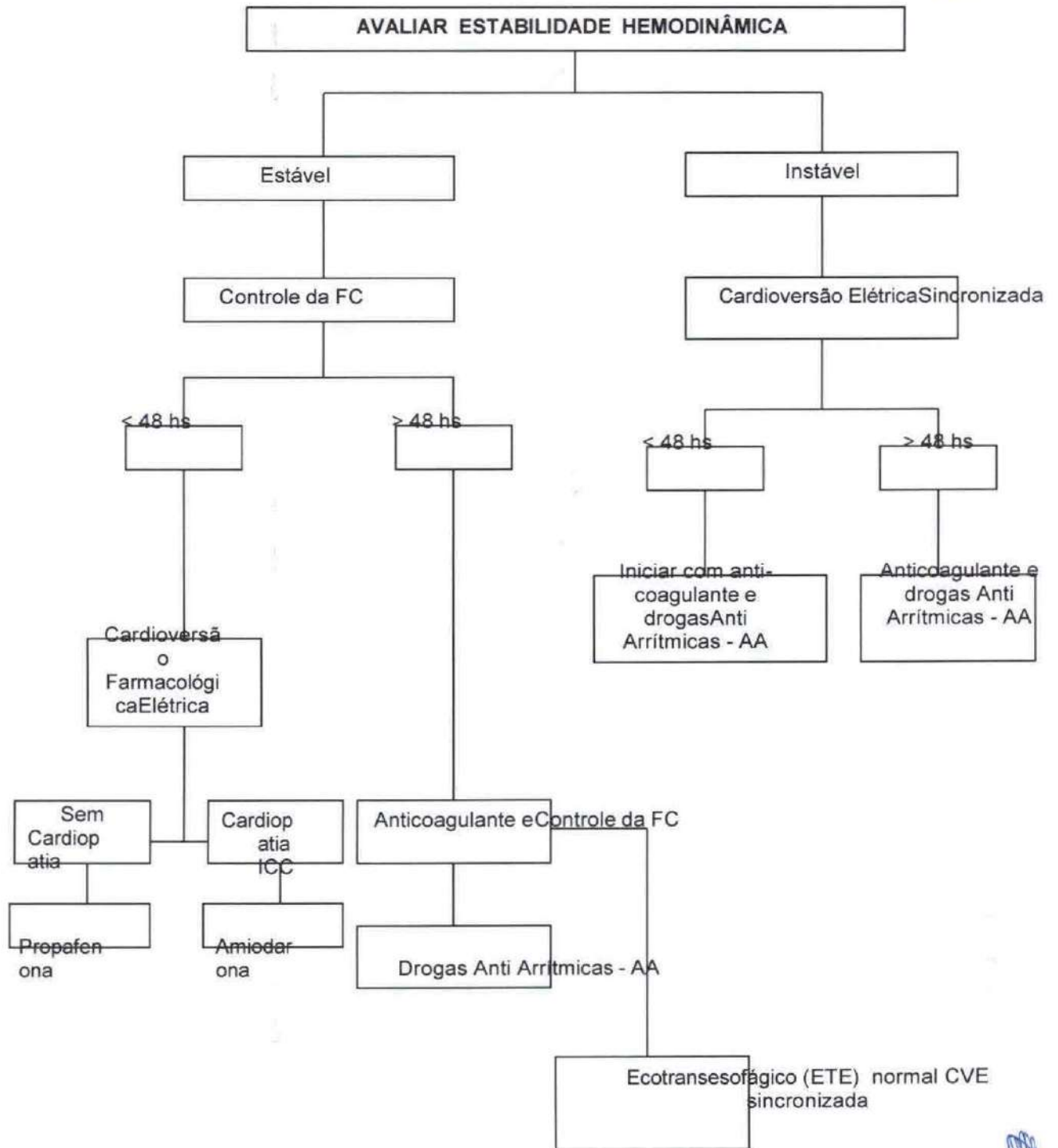
- O
BS Pacientes com disfunção ventricular - Usar Amiodarona.
∴ Pacientes sem disfunção ventricular – Usar como 1ª escolha – Diltiazem.

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

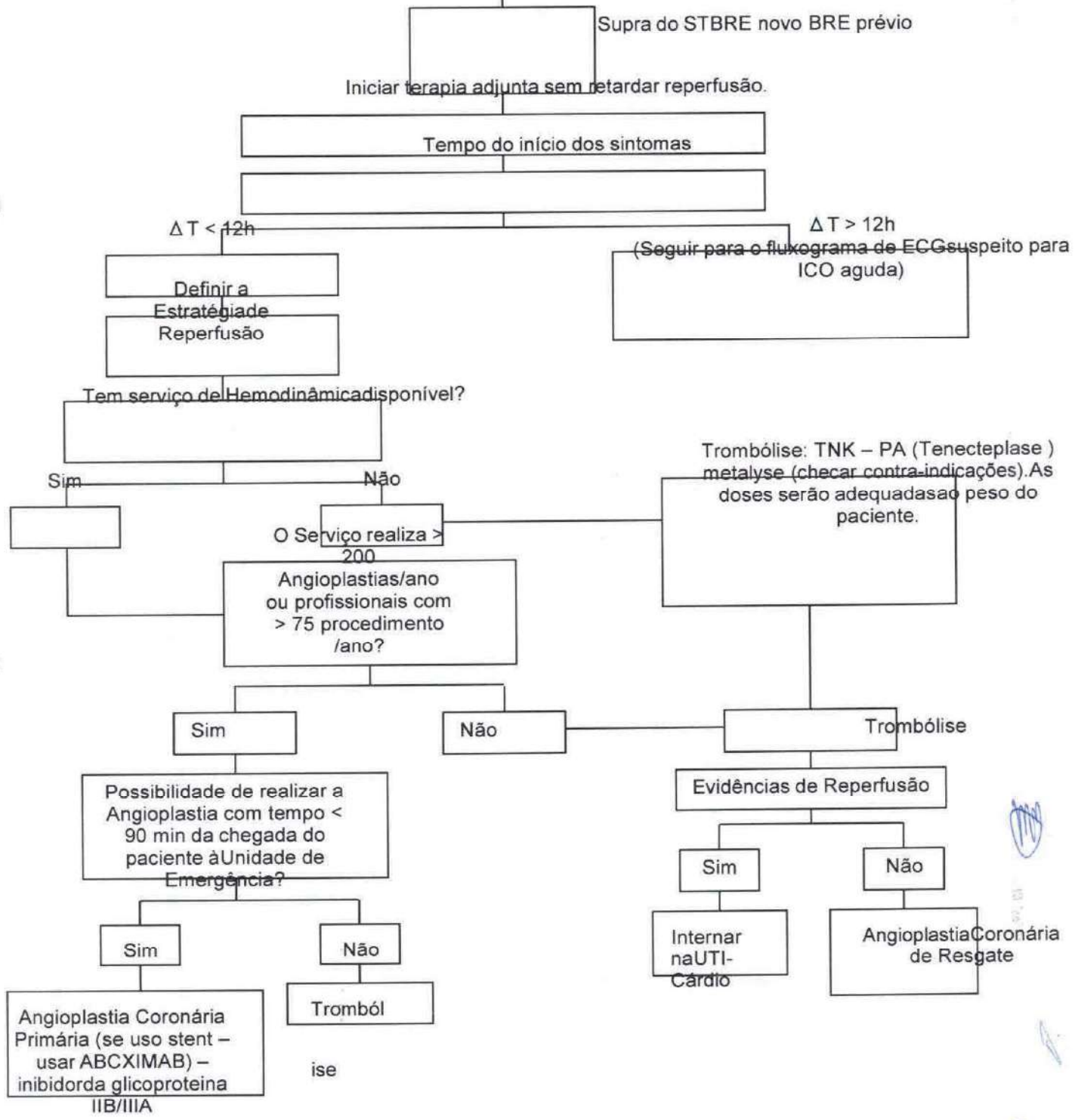




DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DO ST

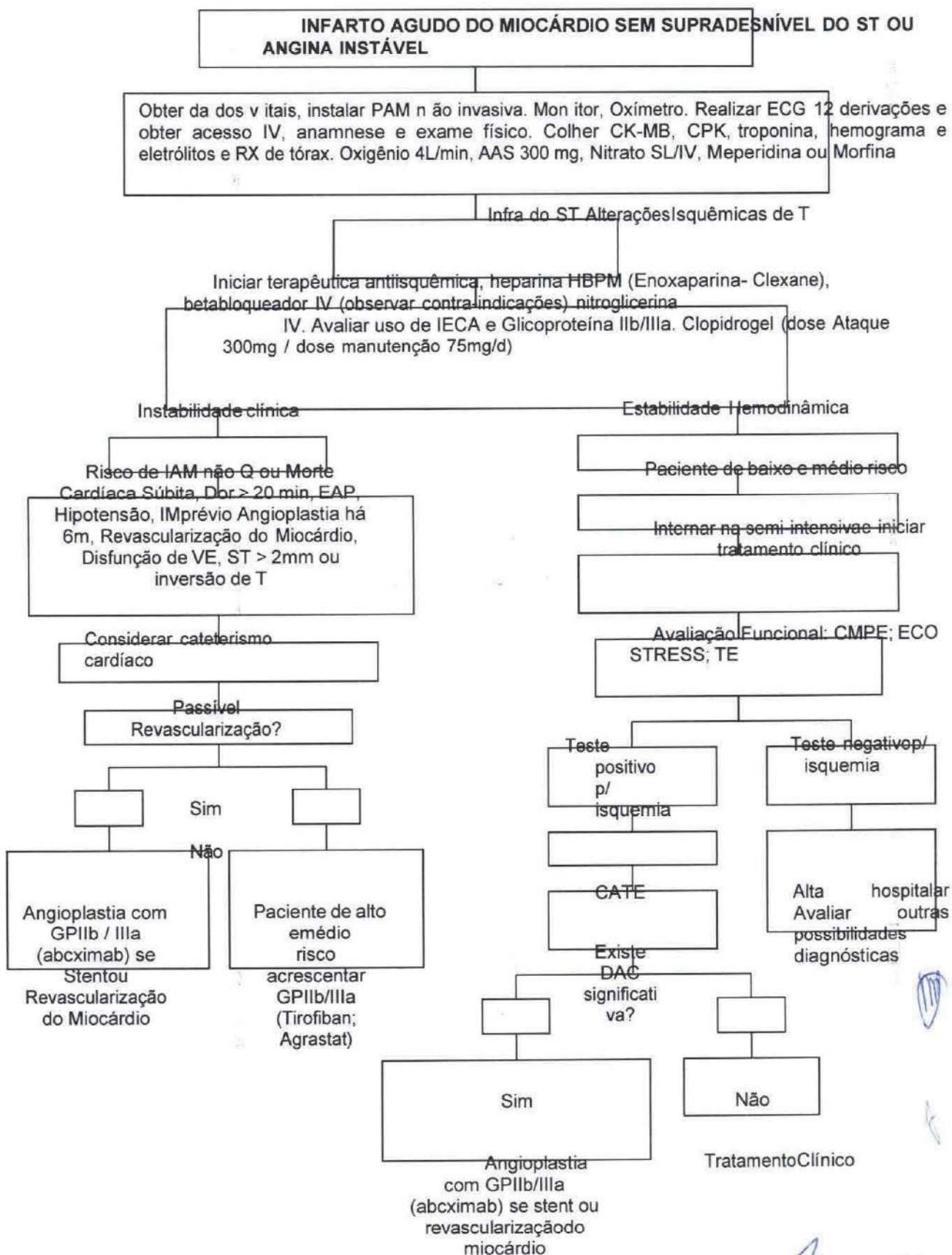
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DO ST

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



g d

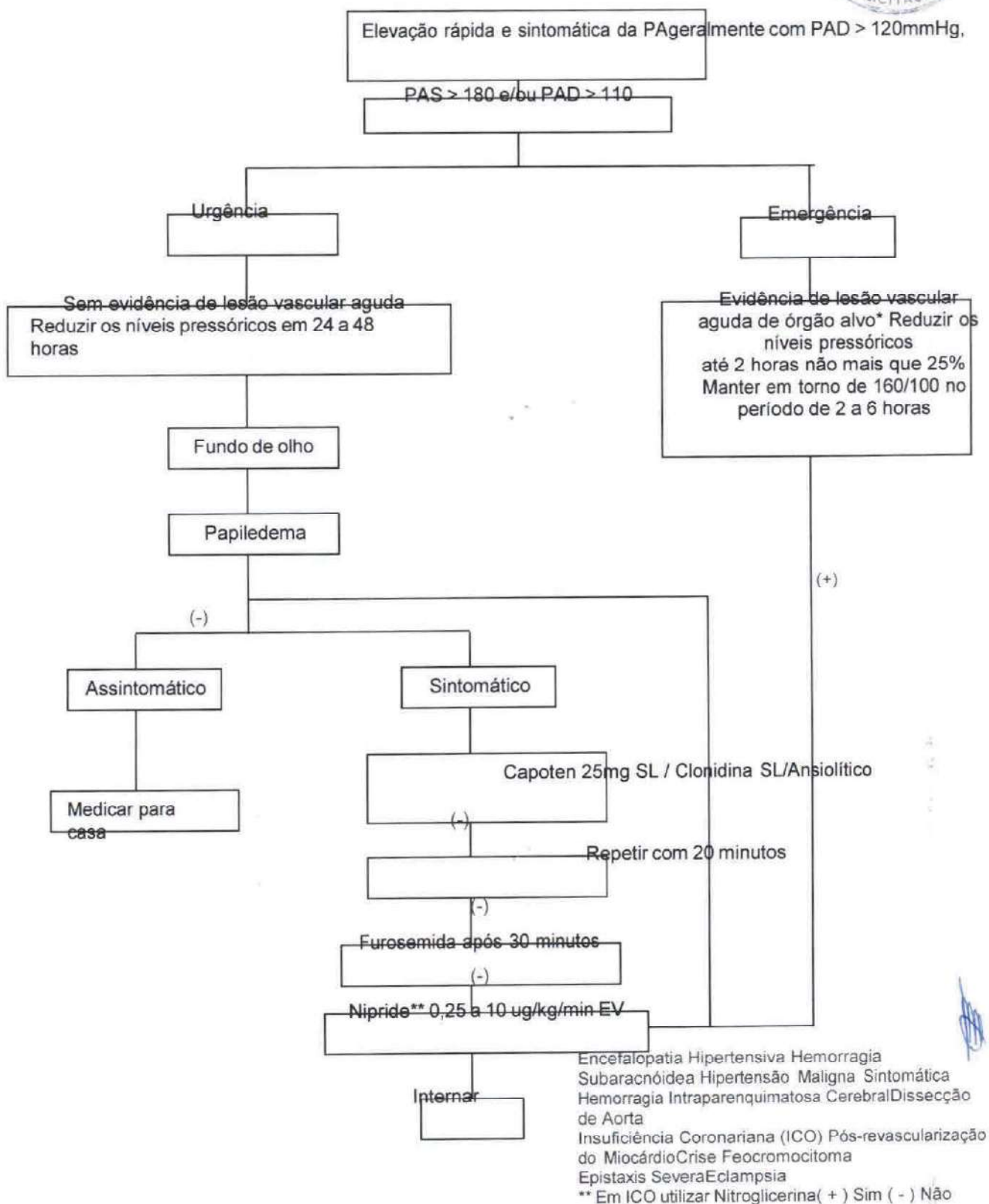


CMPE = Cintilografia miocárdica de perfusão DAC = Doença Arterial Coronária

g *z*



CRISE HIPERTENSIVA



g A



EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS: Quando há risco de vida em potencial e deteriorização de órgão-alvo, requerendo redução imediata da PA em minutos.

URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS: Quando há risco de vida em potencial e é mais remoto a deteriorização de órgão-alvo, requerendo redução mais lenta da PA em 24hs

OBS:

PSEUDO-CRISE HIPERTENSIVA: Elevação acentuada da PA, sem sinais de deteriorização de órgão-alvo, geralmente desencadeada por dor, desconforto, ansiedade, etc.

EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:

1) H.A.Maligna (Acelerada):

Meta: redução da PAD para níveis de 100 – 110 mmHg em 2 a 6 hs.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. 0,25 mcg – 10 mcg (infusão contínua) 50 – 100mg (1 a 2ampolas) em SG 250ml.

2) Encefalopatia Hipertensiva:

Meta: redução da PAD a níveis de 120 mmHg em hipertensos crônicos. Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

3) Hemorragia Intracerebral:

Meta: redução da PAS a 160 – 140 mmHg, não excedendo. Intervir quando PAS > 170 mmHg.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

4) Hemorragia Subaracnóidea:

Meta: redução de 20% - 25% da PAS (cuidado com a redução da PA pois a elevação pode ser devida a vasoespasmos cerebral – Reflexo de Cushing em pacientes normotensos).

Tratamento: Nitroprussiato de Sódio.

5) Dissecção Aguda da Aorta:

Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg, ou seja, o máximo tolerável.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. Beta bloqueador injetável: metoprolol 5mg EV repetir a cada 10 min, até um total de 20 mg. Propanolol 1 – 3 mg EV, repetir após 20 min.

6) ICC com EAP:

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.

Tratamento: Diuréticos de Alça venoso: Furosemide 20 a 60 mg EV

Nitroglicerina EV 5 – 100 mcg/min., 50 mg (01 ampola em 500 ml de SG 5%) em frasco de vidro + morfina.

7) IAM:

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.

Tratamento: Nitroglicerina ou nitroprussiato de Na. Betabloqueador venoso. (Vide acima).

8) Insuficiência Renal rapidamente progressiva:

Meta e Tratamento: Nitroprussiato de Na.

9) Crises Adrenérgica graves e uso de drogas ilícitas (cocaína, crack, LSD):

Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg se for tolerado.

Tratamento: Nitroprussiato de Na, Propanolol ou Metoprolol (vide acima) Verapamil 5 – 10 mg EV lento.



10) Eclampsia:

Meta: redução da PAD quando ultrapassar 100 mmHg.

Tratamento: Hidralazina venosa. 10 – 20 mg EV ou 10 – 40 mg IM cada 6h, Sulfato de Mg por 24 hs (de acordo com avaliação obstétrica).

11) H.A. Perioperatória:

Meta: redução de 20% - 25% da PAM.

URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:

1) H.A. ACELERADA SEM PAPILEDEMA:

Tratamento: IECA, Inibidor de Ca (Nifedipina fracionada) Captopril 25 mg SL, repetir após 1 hora Nifedipina 5 a 10 mg SL fracionada.

2) ICO:

Tratamento: Betabloqueador, IECA.

Propranolol 40 mg VO ou metoprolol 50 mg VO. Captopril 25 mg VO ou SL.

3) ICC:

Tratamento: Diuréticos, IECA, Furosemide 40 a 80 mg EV
Captopril 25 mg VO ou SL, Nifedipina 5 a 10 mg fracionada.

4) ANEURISMA DE AORTA:

Tratamento: Betabloqueador, IECA.

Propranolol 40 mg VO ou metoprolol 50 mg VO.

5) AVCI NÃO COMPLICADO:

Meta: Intervir quando PAS > 190 mmHg ou PAD > 110 mmHg. Tratamento: Captopril 25 mg VO ou SL.

6) CRISES RENAIS:

Tratamento: Clonidina, IECA (cuidado com hiper-reninismo podendo ocorrer diminuição acentuada da R).
Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO até 0,6 mg, Captopril 25 mg VO ou SL.

7) PERIOPERATÓRIO:

Tratamento: IECA, Clonidina, betabloqueador. Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40 mg VO
Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

8) CRISES ADRENÉRGICAS MODERADAS:

Tratamento: IECA, Clonidina.

Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40 mg VO Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

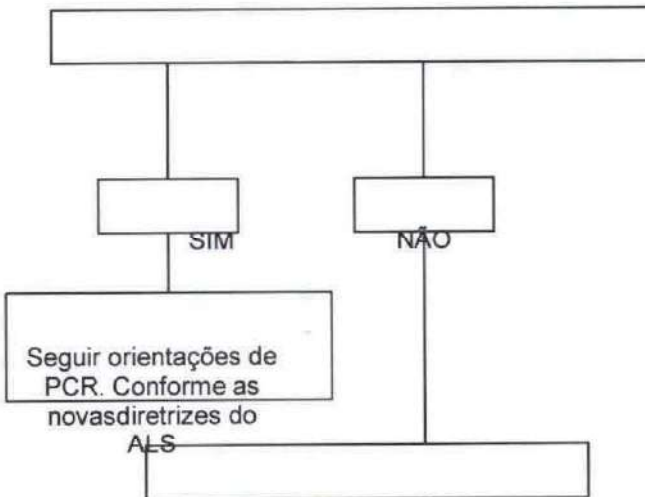
ANAFILAXIA

- AGENTES PRINCIPAIS**
- Antibióticos
 - Látex
 - Contrastes iodados
 - Picadas por Hymenopteras
 - Alimentos
 - Anestésicos gerais e locais
 - Antiinflamatórios não esteroides
 - Soro heterólogo
 - Idiopática
 - Imunoterapia Específica

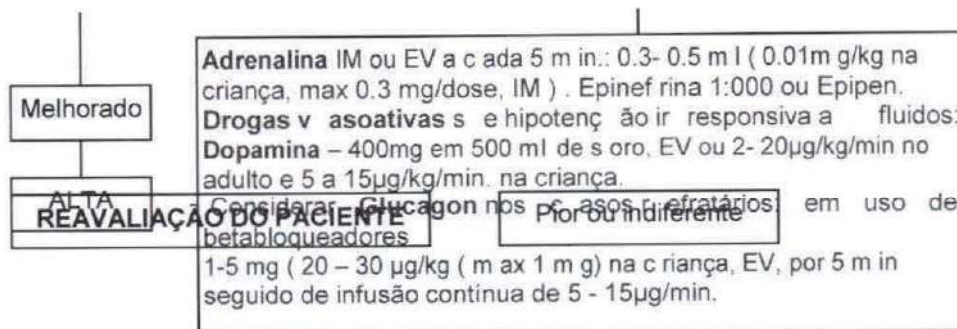
- MANUSEIO**
- Vias aéreas (observar permeabilidade, indicação de O2, intubação ou cricotireoidotomia)
 - Estado hemodinâmico (medir pulso e pressão arterial) monitorização cardíaca.
 - Acesso venoso para infusão de fluidos, se necessário.

Parada Cardiorrespiratória

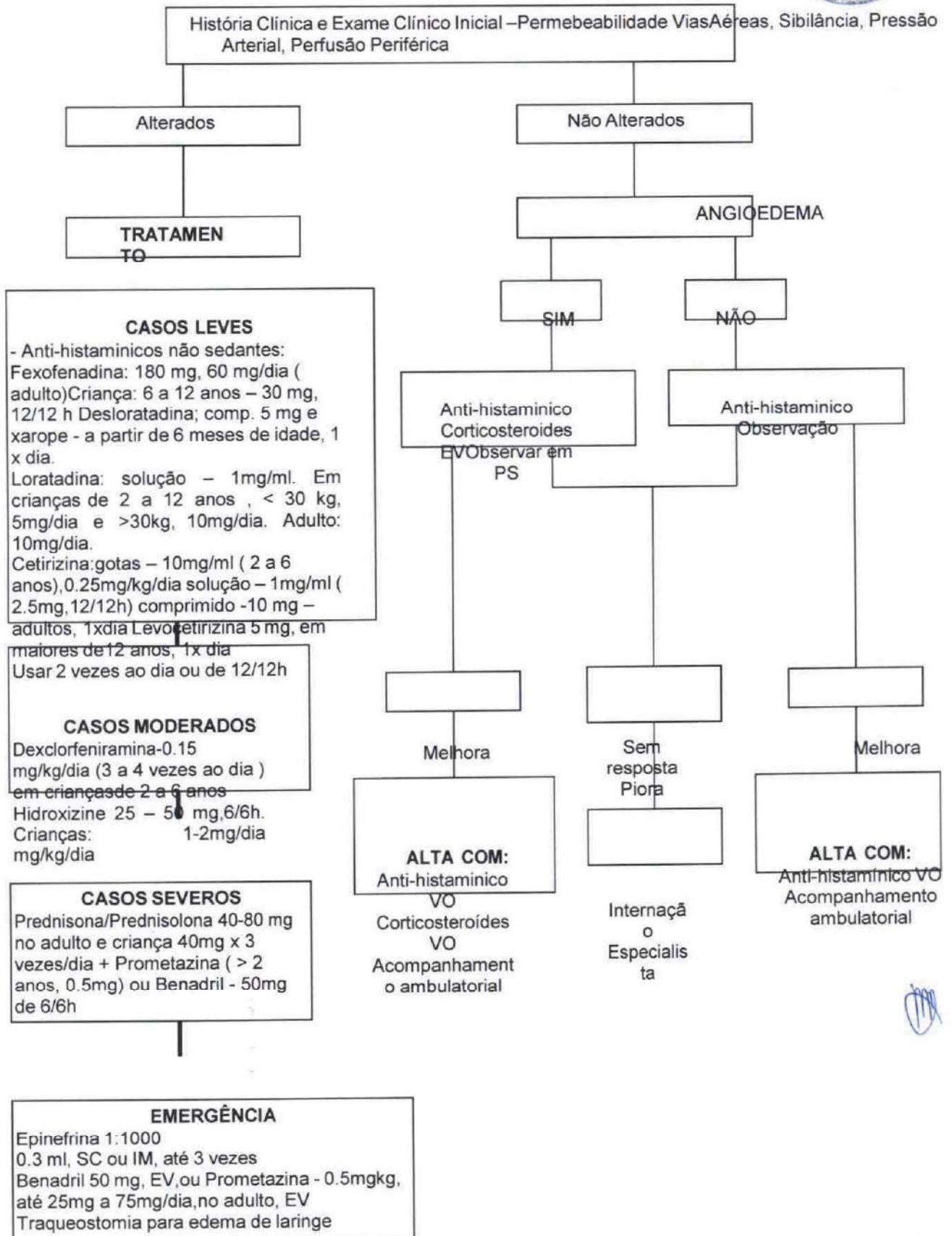
- SINAIS E SINTOMAS**
- Eritema difuso
 - Náuseas
 - Prurido difuso
 - Vômitos
 - Urticária
 - Cefaléia
 - Inconsciência - Rinite
 - Broncoespasmo
 - Choque
 - Edema de laringe
 - Asfixia
 - Hipotensão
 - Dor



- **Adrenalina** (preferencialmente IM, em vasto lateral da coxa (1:1000, na dose de 0.3 a 0.5 ml para adultos e 0.01 mg/kg (10 µg/kg) para crianças, no máximo 0.3ml de 15/15 min., até 3 vezes.
- **Anti-histamínicos**: manifestações clínicas de menor gravidade, como urticária e angioedema. Preferência aos de primeira geração:
 - **Dexclorfeniramina** na dose de 0.08mg/kg
 - **Prometazina** na dose de 0.5 mg/kg, preferencialmente por via IM, tendo o cuidado para não aplicar em crianças, < 2 anos devido aos efeitos de depressão respiratória.
- **Corticosteroides**: usado no choque prolongado, edema de glote, broncoespasmo refratário e reação anafilática protraída.
 - **Hidrocortisona**: na dose de 5 -10 mg/kg ou a **Metiprednisolona** na dose de 1 – 2 mg/kg.
 - **Broncodilatadores e oxigenoterapia** (se necessário)



URTICÁRIA E ANGIOEDEMA



Handwritten signatures and initials in blue ink.

ASMA

CLASSIFICAÇÃO DA INTENSIDADE DA CRISE DE ASMA EM ADULTOS E CRIANÇAS:

ACHADO *	LEVE/MODERADA	GRAVE	MUITO GRAVE
Pico de fluxo (% melhor ou previsto)	>50% 30	-50%	<30%
Gerais	Normais No	normais	Cianose, sudorese exaustão.
Dispneia	Ausente/leve M	moderada	Grave
Fala	Frases completas	Frases incompletas/parciais. Lactente choroso, dificuldade de alimentar	Frases curtas/monossilábicas Lactente: maior dificuldade de alimentar
Estado mental	Normal No	normal	Agitação, confusão, sonolência.
Musculatura acessória	Retração intercostal ausente ou leve	Retrações subcostais e/ou esternocleidomastoideais acentuadas	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)
Sibilos	Ausentes com MV normal/localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV↓, localizados ou difusos.
Frequência Respiratória (irpm)**	Normal ou ↑	↑	↑
Frequência Cardíaca (bpm)	≤ 110	110-140	>140 ou bradicardia
SaO ₂ (ar ambiente)	> 95%	91-95%	≤ 90%
PaO ₂ (ar ambiente)	Normal 60	mmHg	< 60mmHg
PaCO ₂ (ar ambiente)	< 40 mmHg	< 40 mmHg	>45 mmHg

*A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos, indicam a classificação geral da crise.

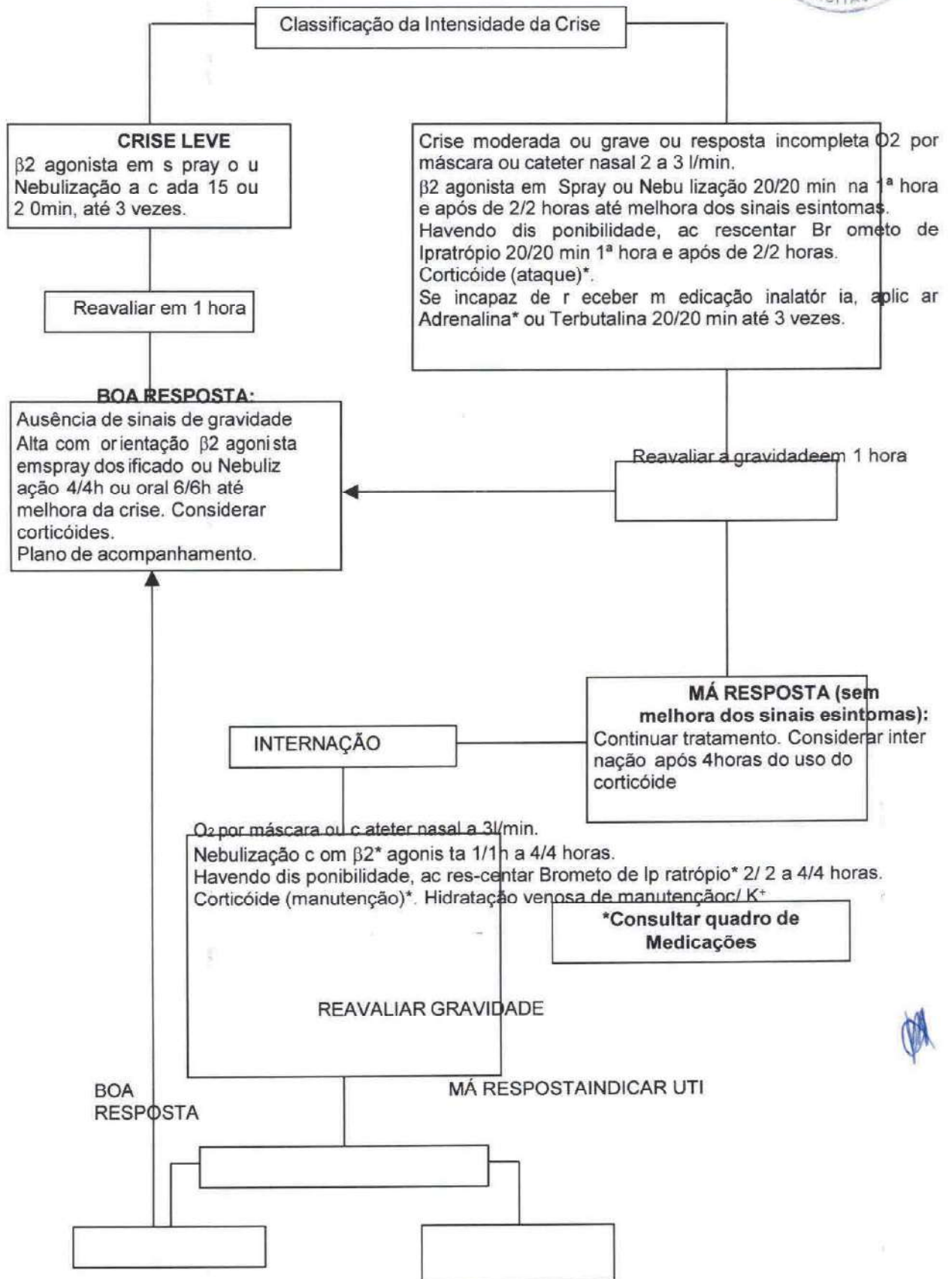
**FR em crianças normais: < 2 meses: <60 irpm; 2-11 meses: <50 irpm;
1 a 5 anos: <40 irpm; 6 a 8 anos: < 30 irpm
> 8 anos = adulto

Exames complementares:

1. Gasometria (sinais de gravidade, PFE < 30% após tratamento ou SaO₂ ≤ 93%)
2. Radiografia do tórax (possibilidade de pneumotórax, pneumonia ou necessidade de internação por crise grave);
3. Hemograma (suspeita de infecção. Neutrófilos aumentam quatro horas após o uso de corticosteróides sistêmicos);
4. Eletrólitos (coexistência com doenças cardiovasculares, uso de diurético ou de altas doses de β₂agonistas, especialmente se associados a xantinas e corticosteróides)



MANEJO DA CRISE DE ASMA



ga



INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO NA UTI:

PaCO₂ > 40 mmHg PO₂ < 60 mmHg

Saturação O₂ < 90 mmHg em FiO₂ > 60 %

Piora dos parâmetros clínicos: dificuldade em falar, uso intenso da musculatura acessória, exaustão, cianose e inconsciência

Pico de fluxo < 30% do basal Acidose metabólica

Pulso Paradoxal > 18 mmHg (adolescente) e > 10 mmHg (criança) Pneumotórax/ Pneumomediastino

Alteração do ECG

NA UTI:

Terapias não convencionais: Magnésio EV, Mistura de gases oxigênio e hélio, Quetamina e Anestésicos por inalação

Solicitar HC, eletrólitos, Rx de tórax, gasometria arterial
Monitorizar ECG, saturação de oxigênio, pulso paradoxal, eletrólitos e gasometria
Avaliar clinicamente a intensidade da crise

TRATAMENTO CONVENCIONAL:
O₂ sob máscara facial
Nebulização ou spray com β₂ agonista 2 0/20 min ou
Nebulização contínua
Acrescentar Brometo de Ipratrópio
Metilprednisolona ou Hidrocortisona

FALHA NA RESPOSTA:
β₂ agonista EV

FALHA NA RESPOSTA:
Ventilação Mecânica:
Diminuição do esforço respiratório por exaustão progressiva e diminuição do nível de consciência



Características de pacientes asmáticos de alto risco:

Três ou mais visitas à emergência ou duas ou mais hospitalizações por asma nos últimos 12 meses;
Uso freqüente de corticosteróide sistêmico;
Crise grave prévia, necessitando de intubação;
Uso de dois ou mais tubos de aerossol dosimetrado de broncodilatador/mês
Problemas psicossociais (ex: depressão);
Co-morbidades – doença cardiovascular ou psiquiátrica;
Asma lábil, com marcadas variações de função pulmonar (> 30% do PFE ou do VEF previstos); Má percepção do grau de obstrução.

Recomendações Importantes:

Utilizar O₂ a 3 l/min sob cateter nasal, quando Sat. = 95%

Dar preferência ao uso do β_2 agonista por via inalatória. O efeito por nebulização a jato é o mesmo que obtido por aerossol dosimetrado com espaçador, r mesmo em casos de crise muito grave e pode resultar em reversão mais rápida da obstrução.

Brometo de Ipratrópio associar na nebulização ao β_2 agonista, quando crise grave

Corticóide oral ou parenteral tem efeito equivalente, portanto dar preferência à via oral. Prescrever a via parenteral a p pacientes incapazes de deglutir. Os corticóides sistêmicos devem ser utilizados precocemente na emergência.

Não sedar.

Aminofilina: Não tem indicação como tratamento inicial. Em pacientes muito graves, hospitalizados, poderá ser considerada como tratamento adjuvante.

Uso de corticóide em casa, por 5 a 10 dias, em pacientes com história de:

- Asma corticóide-dependente.
- Duração da crise > 6 horas.
- Crises severas anteriores.
- Insuficiência respiratória durante crise anterior ou nesta crise.
- Internações anteriores.
- Ausência de resposta à Adrenalina ou a nebulizações.

MEDICAÇÕES DA ASMA:

MEDICAMENTOS	CRIANÇAS	ADULTOS
β_2-agonista: Spray Dosimetrado	200 a 300 μ g/dose, limite de dose: F C > 120 bpm, tremores e a rritmias, a cada 20 minutos, até 1 hora + aerocâmara.	400 a 500g ,até 800 mg/dose até 15/15 minutos ou 1 jato/minuto + espaçador de grande
Nebulizador de jato: Adicionar soro fisiológico 3 a 5 ml e O ₂ 6 l/min, com máscara bem adaptada à face	0,1 a 0,15 mg/Kg/dose mínimo: 5 gotas máximo: 5 mg/dose (20 gotas)	2,5 mg a 5 mg (10 a 20 gotas/dose)
Solução	Contínua: 5 mg/Kg/h (máx. 10mg/h).	
Comprimido	0,6mg/ mg/kg/dia 6/6 h (1 ml/kg/dia) (máximo = 2mg = 5ml/dose)	1 cp (2mg) 6/6 horas
Endovenoso	Ataque: 10 mcg/kg em 30 minutos Manutenção: 0,3mcg/Kg/min*	Ataque: 250 mcg em 10 minutos Manutenção: 3 a 20 mcg/min**