

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO PARA Ortopedia Adulto

O protocolo de Ortopedia será publicado ad referendum, conforme resolução CIB/RS 764/2014. As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade do encaminhamento.

Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de neoplasia óssea devem ter preferência no encaminhamento ao ortopedista, quando comparados com outras condições clínicas previstas nos protocolos. Apesar do objetivo destes protocolos não ser a avaliação de lesões traumáticas, os casos com indicação cirúrgica cujo atendimento nos serviços de emergência/urgência não foi resolutivo devem igualmente ter preferência no encaminhamento.

Pacientes que apresentam história prévia de cirurgia no aparelho locomotor devem ter acesso ao serviço especializado de acordo com a condição clínica atual.

Visto a alta prevalência de afecções osteomusculares, é fundamental que os profissionais esgotem os recursos diagnósticos e terapêuticos (acompanhamento fisioterápico, tratamento farmacológico) da Atenção Primária à Saúde antes de encaminhar para serviços especializados.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos (suspeita de fratura/luxação, ruptura ligamentar, suspeita de compressão medular, etc). Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Elaborado em: 23 de agosto de 2016.



Organização:

Erno Harzheim

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Autores:

Atahualpa Cauê Paim Strapassom

Deise Marcela Piovesan

Dimitris Rucks Varvaki Rados

Erno Harzheim

Josué Basso

Marcos Ropke

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Rudi Roman

Sérgio Yoshimasa Okane

Vinícius Perius

Revisão

Ana Célia da Silva Siqueira

Fernanda Chmelnitsky Wainberg

Jane Medianeira Santos Hoch

José Inácio Lermen

Lenita Diacui Simões

Maria Carolina Widholzer Rey

Sandra Jaqueline Diniz Cruz

Rosely de Andrade Vargas

Design:

Luiz Felipe Telles

Diagramação:

Carolyne Vasques Cabral

Luiz Felipe Telles

TelessaúdeRS-UFRGS 2016

Porto Alegre – RS.

Protocolo 1 – Dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina (ver quadro 1 no anexo); ou
- perda de força progressiva medida de maneira objetiva; ou
- dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado; ou
- diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral; ou
- suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas); ou
- suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para exame de imagem (ressonância magnética nuclear – preferencialmente – ou tomografia computadorizada), se raio-X normal ou inconclusivo:

Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial:

- sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos; ou
- paciente com história prévia ou suspeita de câncer; ou
- paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores); ou
- presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária, febre); ou
- dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/repouso) ou dor predominantemente noturna; ou
- paciente com diagnóstico prévio de osteoporose; ou
- dor lombar com duração maior que 8 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina interna:

- dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia ou neurocirurgia:

- síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado; ou
- diagnóstico de estenose de canal lombar ou suspeita clínica (claudicação neurogênica); ou
- lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese; ou
- dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- dor lombar crônica (mais de 3 meses) de característica inflamatória (ver quadro 2 no anexo).

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisioterapia, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- dor lombar crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:

- dor lombar crônica (mais de 3 meses) com suspeita de associação com o trabalho.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas:
 - a) descrever características da dor, presença ou não de ciatalgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
 - b) presença de alterações em exame físico neurológico (sim ou não). Se sim, descreva;
 - c) outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais);
2. tratamento em uso ou já realizado para dor lombar (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
3. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
4. presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, qual?
5. se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;
6. osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
7. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Protocolo 2 – Dor cervical e alterações em exame de imagem de coluna cervical

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de síndrome de compressão medular (ver quadro 1 no anexo); ou
- exame de imagem com evidência de compressão medular e/ou mielopatia; ou
- suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas); ou
- suspeita de fratura vertebral, luxação ou lesão medular associada a traumatismo recente; ou
- diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para exame de imagem (ressonância magnética nuclear – preferencialmente – ou tomografia computadorizada), se raio-X normal ou inconclusivo:

Dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial:

- sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos; ou
- paciente com história prévia ou suspeita de câncer; ou
- paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores); ou
- presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária, febre); ou
- paciente com diagnóstico prévio de osteoporose; ou
- dor cervical com duração maior que 8 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina interna:

- dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia ou neurocirurgia:

- diagnóstico de estenose de canal cervical ou mielopatia não operados em caráter emergencial; ou
- pacientes com cervicalgia e artrite reumatóide; ou
- dor cervical e sintomas de radiculopatia (dor irradiada para os braços, fraqueza, parestesia), sem resposta após 6 semanas de tratamento clínico otimizado; ou
- dor cervical crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- dor cervical crônica (mais de 3 meses) de característica inflamatória.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisioterapia, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- dor cervical crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:

- dor cervical crônica (mais de 3 meses) com suspeita de associação com o trabalho.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas:
 - a) descrever características da dor, presença de sintomas de radiculopatia cervical, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
 - b) presença de alterações em exame físico neurológico(sim ou não). Se sim, descreva;
 - c) outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais);
2. tratamento em uso ou já realizado para dor cervical (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
3. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
4. presença de imunossupressão ou artrite reumatóide (sim ou não). Se sim, qual?
5. se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;
6. osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
7. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Protocolo 3 – Osteoartrite.

Ver quadro 3 no anexo para sinais e sintomas comuns que sugerem diagnóstico de osteoartrite.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- osteoartrite de quadril, joelho ou ombro com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária); ou
- osteoartrite em mãos com deformidades que comprometam a função da mão.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- suspeita de doença articular inflamatória como artrite reumatoide ou artrite psoriásica; ou

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas que sugiram o diagnóstico:
 - a) dor articular (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas;
 - b) hipertrofia óssea na articulação (sim ou não). Se sim, articulações acometidas;
 - c) presença de rigidez matinal (sim ou não). Se sim, descreva duração;
 - d) presença de crepitação, quando sintoma em articulação de joelho (sim ou não);
 - e) outros sinais e sintomas relevantes (edema da articulação, calor local, deformidade articular);
2. presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva.
3. resultado de exame de imagem, com data;
4. resultado de velocidade de hemossedimentação (VSG/VHS), com data;
5. índice de massa corporal (IMC);
6. tratamento em uso ou já realizado para osteoartrite (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
7. comorbidades associadas (psoríase, doença inflamatória intestinal e outras);
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Protocolo 4 – Bursite/Tendinite

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisioterapia, acupuntura, equipe de tratamento da dor) ou ortopedia:

- bursite ou tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento não farmacológico (exercícios, acompanhamento fisioterápico) otimizado por um período de 6 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:

- bursite ou tendinite há mais de 3 meses com suspeita de associação com o trabalho.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. sinais e sintomas:
 - a) descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio;
 - b) presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva.
2. resultado de exame de imagem da região envolvida, quando realizado, com data;
3. história prévia de trauma local (sim ou não). se sim, descreva;
4. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
5. tratamento não farmacológico em uso ou já realizado para a dor periarticular (tipo e duração);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 5 – Problemas de mão e punho

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de emergência/urgência/pronto atendimento:

- suspeita de fratura.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento ortopedia ou cirurgia da mão:

- ruptura tendínea não operada em caráter emergencial; ou
- cisto sinovial recorrente, ou com dor persistente, ou que cause prejuízo funcional; ou
- dedo em gatilho sem melhora com tratamento clínico otimizado¹; ou
- tenossinovite de De Quervain sem melhora com tratamento clínico otimizado¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurocirurgia ou ortopedia ou cirurgia da mão:

- síndrome do túnel do carpo com déficit de força objetivo na mão e/ou atrofia tenar; ou
- síndrome do túnel com déficit sensitivo contínuo por 3 meses (persistente, que não apresenta períodos de melhora dos sintomas sensitivos); ou
- síndrome do túnel do carpo há mais de 6 meses sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- suspeita de doença articular inflamatória como artrite reumatoide ou artrite psoriásica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:

- problemas de mão e/ou punho há mais de 3 meses com suspeita de associação com o trabalho.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever características da dor, tempo de evolução, manobras de Tinel e Phalen (quando indicado), fatores desencadeantes e de alívio, outros sinais e sintomas relevantes);
2. tratamento em uso ou já realizado para a condição (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
3. conclusão da eletroneuromiografia ou exame de imagem, com data (se indicado);
4. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, uso de órtese, exercícios e/ou acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Protocolo 6 – Dor no Joelho

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de fratura ou luxação.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ressonância Magnética Nuclear – RMN - do joelho:

- suspeita clínica de lesão meniscal ou ligamentar do joelho (ver quadros 4 e 5 no anexo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- lesão ligamentar do joelho com potencial indicação cirúrgica; ou
- lesão meniscal com potencial indicação cirúrgica; ou
- suspeita clínica de lesão meniscal ou ligamentar (ver quadro 4 e 5 no anexo), na impossibilidade de realizar RMN; ou
- subluxação patelar recorrente refratária ao tratamento conservador; ou
- osteoartrite de joelho com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisioterapia, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- dor no joelho sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:

- pacientes com dor no joelho há mais de 3 meses com suspeita de associação com o trabalho.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. sinais e sintomas (descrever presença de instabilidade, bloqueio articular, crepitação, tempo de evolução, manobras ortopédicas realizadas);
2. apresenta restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
3. resultado de exame de imagem do joelho, com data;
4. história prévia de trauma local (sim ou não). se sim, descreva;
5. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva;
6. tratamento realizado para a dor no joelho (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
7. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Protocolo 7 – Dor no Ombro

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de fratura ou luxação;

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- ruptura total de tendão do manguito rotador evidenciada em exame de imagem; ou
- ruptura parcial de tendão do manguito rotador em progressão ou com dor refratária ao tratamento clínico otimizado¹; ou
- dor no ombro refratarária ao tratamento clínico otimizado¹ por um período de 6 meses; ou
- osteoartrite de ombro com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária); ou
- luxação recorrente de ombro após avaliação em serviço de emergência.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisioterapia, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- dor no ombro sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina do trabalho ou saúde do trabalhador:

- pacientes com dor no ombro há mais de 3 meses com suspeita de associação com o trabalho.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. sinais e sintomas;
2. apresenta restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
3. presença de luxação do ombro (sim ou não). Se sim, descreva quantidade de vezes;
4. resultado de exame de imagem do ombro, com data;
5. história prévia de trauma local (sim ou não). Se sim, descreva;
6. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva;
7. tratamento realizado para a dor no ombro (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
8. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Protocolo 8 – Dor no Quadril

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de fratura ou luxação do quadril.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- todos os casos de osteonecrose (necrose avascular ou asséptica); ou
- osteoartrite de quadril com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- dor no quadril sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

1. sinais e sintomas;
2. apresenta restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
3. resultado de exame de imagem do quadril, com data.
4. tratamento realizado para osteoartrite de quadril (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação).
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Protocolo 9 – Patologias do Tornozelo e Pé

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de fratura ou luxação do tornozelo e/ou pé.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ortopedia:

- ruptura tendínea não operada em caráter emergencial; ou
- hálux valgo associado a dor recorrente ou prejuízo funcional refratário ao tratamento clínico otimizado¹; ou
- fasciíte plantar, patologias do coxim adiposo, síndrome do túnel do tarso ou metatarsalgia refrataria ao tratamento clínico otimizado por 6 meses¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- dor no tornozelo ou pé sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
3. tratamento em uso ou já realizado para a condição (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
4. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

Protocolo 10 – Fraturas e luxações

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- todas situações de suspeita ou diagnóstico de fratura ou luxação pós trauma; ou
- fratura ou luxação tratada com suspeita de síndrome compartimental.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurocirurgia ou ortopedia:

- fratura manejada em serviço de emergência e que apresenta deformidade ou prejuízo funcional, após tentativa de manejo conservador.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descreva localidade da fratura e data;
2. descreva manejo realizado para fratura (imobilização, procedimento cirúrgico, tratamento fisioterápico);
3. apresenta deformidade ou prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

REFERÊNCIAS

- ALTMAN, R. et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis: classification of osteoarthritis of the knee. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 29, n. 8, p. 1039-1049, 1986.
- ALTMAN, R. et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 33, n. 11, p. 1601-1610, 1990.
- ALTMAN, R. et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 34, n. 5, p. 505-514, 1991.
- ANDERSON, B. C. **Evaluation of the patient with hand pain**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-hand-pain>>. Acesso em 14 ago. 2015.
- ANDERSON, B. C. **Evaluation of the patient with shoulder complaints**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-shoulder-complaints>>. Acesso em: 10 ago. 2015.
- ANDERSON, B. C. **General evaluation of the adult with knee pain**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/general-evaluation-of-the-adult-with-knee-pain>>. Acesso em: 14 ago. 2015.
- ANDERSON, B. C. **Meniscal injury of the knee**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/meniscal-injury-of-the-knee>>. Acesso em: 14 ago. 2015.
- BALAGUÉ, F. et al. Non-specific low back pain. **Lancet**, London, v. 379, n. 9814, p. 482-491, feb. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21982256>>. Acesso em: 29 abr. 2015.
- BARKER; L. R.; ZIEVE, P. D. (Ed.). **Principles of ambulatory medicine**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- BURBANK, K. M. et al. Chronic shoulder pain: part I. Evaluation and diagnosis. **American Academy of Family Physicians**, Kansas City, v. 77, n. 4, p. 453-60, 2008.
- BURBANK, K. M. et al. Chronic shoulder pain: part II. **American Academy of Family Physicians**, Kansas City, v. 77, n. 4, p. 493-97, 2008.
- CARRAGEE, E. J. Clinical practice: persistent low back pain. **New England Journal of Medicine**, Boston (MA), v. 352, n. 18, p. 1891-1898, may 2005. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp042054>>. Acesso em: 03 jun. 2015.
- CHAVES, M. L. F.; FINKELSTEIN, A.; STEFANI, M. A. (Org.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia**. Porto Alegre: ArtMed, 2008.
- CHOU R. et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia (PA), v. 154, n. 3, p. 181-189, feb. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21282698>>. Acesso em: 30 abr. 2015.
- COHEN, S. P.; ARGOFF, C. E.; CARRAGEE, E. J. Management of low back pain. **British Medical Journal**, London, v. 337, a2718, dec. 2008.
- DEYO, R. A.; JARVIK, J. G.; CHOU, R. Low back pain in primary care. **British Medical Journal**, London, v. 349, g4266, jul. 2014.

DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

EMERY, P. et al. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. **Annals of the Rheumatic Diseases**, London, v. 61, n. 4, p. 290-7, Apr. 2002.

GLADMAN, D. F, RITCHLIN, C. **Clinical manifestations and diagnosis of psoriatic arthritis**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-psoriatic-arthritis>>. Acesso em: 03 jun. 2015.

GOROLL, A. H.; MULLEY, A. G. **Primary Care Medicine: office evaluation and management of the adult patient**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.

HADDAD, A.; CHANDRAN, V. How can psoriatic arthritis be diagnosed early? **Current Rheumatology Reports**, Philadelphia, v. 14, n. 4, p 358-363, aug. 2012.

HEBERT, S.; ALIMENA, L. J. M. (Ed.). **Ortopedia**: exames e diagnóstico consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2011.

HERBERT, S. et al (Org.). **Ortopedia e traumatologia**: princípios e prática. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HOCHBERG, M. C. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 40, n. 9, p. 1725, Sep. 1997.

ISAAC, Z.; ATLAS, S. J. PARK, L. **Evaluation of the patient with neck pain and cervical spine disorders**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-neck-pain-and-cervical-spine-disorders?source=search_result&search=neck+pain&selectedTitle=1~150>. Acesso em: abril/2015.

KOES, B. W.; VAN TULDER, M. W.; THOMAS, S. Diagnosis and treatment of low back pain. **British Medical Journal**, London, v. 332, n. 7555, p. 1430-1434, Jun. 2006.

KOTHARI, M. J. **Treatment of carpal tunnel syndrome**. Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-carpal-tunnel-syndrome?source=search_result&search=carpal+tunnel+syndrome&selectedTitle=1~128>. Acesso em: abril/2015.

LAST, A. R.; HULBERT, K. Chronic low back pain: evaluation and management. **American Family Physician**, Kansas City (MO), v.79, n. 12, p. 1067-1074, Jun. 2009. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2009/0615/p1067.html>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

LEVIN, K. **Cervical spondylotic myelopathy**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/cervical-spondylotic-myelopathy?source=search_result&search=Cervical+spondylotic+myelopathy&selectedTitle=1~13>. Acesso em: abril/2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009. (Clinical Guideline, n. 88). Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg88>>. Acesso em: 29 abr. 2015.

NEOGI T, et al. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. **Annals of the Rheumatic Diseases** v.74. p.1789–1798.2015.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Clinical guidelines for diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy**. Burr Ridge (IL): North American Spine Society, 2012. Disponível em: <<https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LumbarDiscHerniation.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2015.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Diagnosis and treatment of cervical radiculopathy from degenerative disorders**. Burr Ridge (IL): North American Spine Society, 2010. Disponível em: <<https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/CervicalRadiculopathy.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2015.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Diagnosis and treatment of degenerative lumbar spinal stenosis**. Burr Ridge (IL): North American Spine Society, 2011. Disponível em: <<https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LumbarStenosis.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2015.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Diagnosis and treatment of degenerative lumbar spondylolisthesis**. Burr Ridge (IL): North American Spine Society, 2014. Disponível em: <<https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/Spondylolisthesis.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2015.

OLIVIERI, I. et al. The challenge of early diagnosis of psoriatic arthritis. **Journal of Rheumatology**, Toronto, v.35, n. 3, p. 3-5, Jan. 2008.

SAMPAIO-BARROS, P.D., AZEVEDO, V. F., BONFIGLIOLI, R, et al. Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica Diagnóstico e Tratamento – Primeira Revisão. **Rev Bras Reumatol**, v. 47, n.4, p. 233-242, jul/ago, 2007.

ROWLAND, L. P., PEDLEY, T. A. **Merrit's Neurology**. 12th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

RUDWALEIT, M. et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. **Annals of the Rheumatic Diseases** v.68. p.777-783.2009.

SIMON, C.; EVERITT, H.; VAN DORP, F. **Manual de clínica geral de Oxford**. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

SIMONS, S. M.; DIXON, J. B. **Physical examination of the shoulder**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/physical-examination-of-the-shoulder>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

STEIGER, T. O. et al. **Diagnostic testing for low back pain**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/diagnostic-testing-for-low-back-pain?source=related_link#H1>. Acesso em: 28 abr. 2015.

TAVARES, R. et al. A parallel group cohort to determine the measurement properties of an early inflammatory arthritis detection tool. **Rheumatology**, Oxford, v. 52, n. 11, p.

TAYLOR, W. et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 54, n. 8, p. 2665-73, Aug. 2006.

VILLENEUVE, E. et al. A systematic literature review of strategies promoting early referral and reducing delays in the diagnosis and management of inflammatory arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, London, v. 72, n. 1, p. 13-22, Jan. 2013.

WHEELER, S. G. et al. **Approach to the diagnosis and evaluation of low back pain in adults; Treatment of acute low back pain**. Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em:
<<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-diagnosis-and-evaluation-of-low-back-pain-in-adults>>.
Acesso em: 02 jun. 2015.

ANEXO: quadros e figuras auxiliares

Quadro 1 – Suspeita de síndrome de cauda equina, compressão de cone medular ou compressão medular

Compressão medular (cervical ou torácica)
Tetra – paraparesia;
Presença de nível sensitivo – hipo ou anestesia abaixo do provável nível da lesão;
Espasticidade;
Presença de reflexos tendinosos profundos aumentados abaixo do nível da lesão;
Presença de sinais de liberação piramidal (sinais de Hoffmann, Trömner, Babinski, clônus);
Presença do sinal de Lhermitte;
Alteração no controle de esfínteres vesical ou anal;
Síndrome medular central (sintomas de hipo/atrofia, perda de força, parestesias com predomínio nos MMSS e, mais proeminentemente, mão).
Compressão de cone medular ou cauda equina (lombossacra)
Perda de força e alteração da sensibilidade nos membros inferiores (simétrica ou assimétrica);
Anestesia em sela;
Alteração no controle de esfínteres vesical ou anal;

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

Quadro 2 – Dor lombar de característica inflamatória (pelo menos 4 entre os 5 critérios).

Primeiros sintomas iniciaram antes dos 40 anos
Início insidioso
Melhora com exercício
Sem melhora com repouso
Dor noturna (com melhora ao levantar-se)

Fonte: Rudwaleit (2009).

Quadro 3 – Sinais e sintomas comuns na osteoartrite

Osteoartrite do joelho (critério clínico e radiológico):
dor no joelho associada a osteófitos nas margens articulares na radiografia do joelho e mais um critério clínico: <ul style="list-style-type: none"> - idade superior a 40 anos; - rigidez matinal com duração inferior a 30 minutos; - crepitação da mobilização ativa da articulação.
Osteoartrite do quadril (critério clínico, radiológico e laboratorial):
dor no quadril e pelo menos 2 critérios dos 3 critérios: <ul style="list-style-type: none"> - VHS < 20 mm/h/1º hora; - osteófitos femoral ou acetabular na radiografia de quadril; - diminuição do espaço interarticular (superior, axial e/ou medial) na radiografia de quadril.
Osteoartrite da mão (critério clínico):
dor ou rigidez das mãos e pelo menos 3 dos 4 critérios: <ul style="list-style-type: none"> - alargamento ósseo de duas ou mais articulações definidas (2º e 3º interfalangeanas distais, 2º e 3º interfalangeanas proximais e 1º articulação carpometacarpal de ambas as mãos); - alargamento ósseo de duas ou mais articulações interfalangeanas distais; - menos de três articulações metacarpofalangeanas com edema; - deformidade de pelo menos 1 das 10 articulações definidas.

Fonte: American College of Rheumatology (1986, 1990, 1991).

Quadro 4 – Suspeita clínica de lesão meniscal no joelho

Sintomas que iniciaram após traumatismo (atividades esportivas)
Dificuldade para agachar ou ajoelhar
Bloqueio articular
Derrame articular
Dor a palpação da interlinha articular
Anormalidade na movimentação do joelho: diminuição de movimentos passivos ou incapacidade de estender completamente o joelho.
Teste de McMurray positivo (ver figura 1 no anexo)

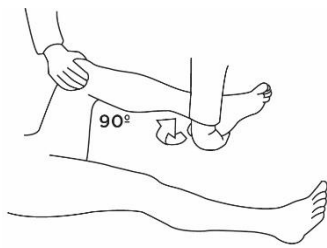
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

Quadro 5 – Suspeita clínica de lesão ligamentar no joelho

Sintomas que iniciarem após traumatismo (atividade esportiva) especialmente se associado à derrame articular precoce (primeiros instantes após o trauma)
Sensação de instabilidade articular
Frouxidão ligamentar (maior amplitude de movimento)
Positividade em testes que avaliam a integridade ligamentar: <ul style="list-style-type: none"> - gaveta anterior (ver figura 2 no anexo) - Lachman (ver figura 3 no anexo) - Pivot-shift (ver figura 4 no anexo)

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

Figura 1 – Teste de McMurray



Testar o menisco medial: o paciente deve permanecer em decúbito dorsal com joelho totalmente fletido. Segurar o pé e fazer rotação externa, simultaneamente aplica-se uma força em varo (para compressão do compartimento medial). Mantem-se os dedos da outra mão na linha articular medial e inicia movimento de extensão do joelho sentindo-se um estalo ou clique associado a dor.

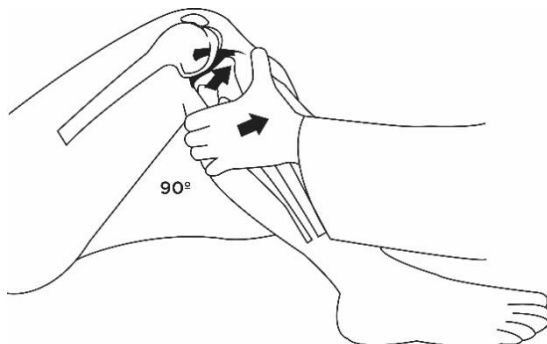


Testar menisco lateral: com o joelho totalmente fletido, se segura o pé agora em rotação interna. Simultaneamente aplica-se uma força em valgo no joelho enquanto se estende a perna lentamente. Deve-se manter os dedos da outra mão na linha articular do joelho e atentar para um estalo ou clique associado a dor.



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

Figura 2 – Teste da gaveta anterior



Com o paciente em decúbito dorsal, flexionar o joelho examinado a 90°. O profissional apoia o pé do paciente, e com as mãos na região posterior da tibia superior, empurra-a para anterior. Se comparativamente com o outro joelho há translação aumentada o teste é positivo.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

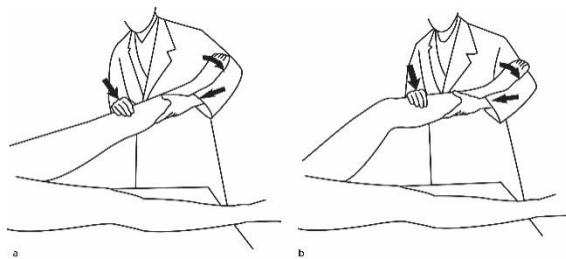
Figura 3 – Teste de Lachman



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

O teste de Lachman é realizado com o paciente em decúbito dorsal, flexão do joelho de 30°, estabiliza-se o fêmur distal com uma mão e com a outra se segura a tibia proximal realizando um movimento antagônico entre eles. O teste é positivo quando a tibia se desloca anteriormente..

Figura 4 – Teste de Pivot-shift



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2015).

Paciente em decúbito dorsal e joelho em completa extensão. Realiza rotação interna da perna e estresse em valgo do joelho (empurrando a perna medialmente). Inicia-se um movimento de flexão e quando o teste é positivo observa-se uma translação da tibia no fêmur (redução de uma subluxação anterior).