

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE MEDICINA

CLASSIFICAÇÕES, ESCALAS E ESCORES EM CIRURGIA

CLASSIFICATIONS, SCALES AND SCORES IN SURGERY

Dynara Gomes Liberato

Endereço: Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes, 4861– PE. CEP 51.150-004.

E-mail: dygliberato@gmail.com

Ludmila Gonçalves Rezende

Endereço: Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes, 4861– PE. CEP 51.150-004.

E-mail: ludmilagrezende@gmail.com

Erica Maria de Moraes

Endereço: Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes, 4861– PE. CEP 51.150-004.

E-mail: ericammorais78@gmail.com

Orientador:

Antônio Cavalcanti de Albuquerque Martins

Coordenador de tutores do internato de Cirurgia Geral do IMIP; Preceptor do internato de Cirurgia Geral do IMIP.

Endereço: Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes, 4861– PE. CEP 51.150-004.

E-mail: antoniocavalcantideamartins@gmail.com

Classificações, Escalas e Escores em Cirurgia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde como requisito à obtenção do grau de Médico.

Orientador: Antônio Cavalcanti de A. Martins.

DEDICATÓRIA

Dedicamos esta, bem como todas as nossas futuras conquistas aos nossos pais, irmãos e todos os que estiveram presentes ao longo da elaboração deste projeto.

AGRADECIMENTOS

A todos os residentes de cirurgia geral e cirurgia do aparelho digestivo do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP-PE) que nos ajudaram a construir esse trabalho com excelência. Obrigada pelos ensinamentos, paciência, dedicação e incentivo que tornaram possível a conclusão desse projeto.

“Aquele que pode definir e classificar adequadamente deve ser considerado um Deus”

Platão

“Para que nada que eu diga seja mal compreendido e que precisão e clareza estejam em todos os lugares, é essencial que o significado de cada termo seja definido com precisão”

Galeno

“Verdade é filha do tempo e não da autoridade”

Leonardo Da Vinci

“Uma palavra bem escolhida pode salvar uma enorme quantidade de pensamentos; porque nomear é classificar, estabelecer afiliações ideais - relações análogas - entre fenômenos pouco conhecidos, e identificar a idéia geral ou princípio em que elas estão latentes”

Santiago Ramon e Cajal

“É quase inacreditável pensar que tantas pessoas não conseguem copiar um nome corretamente, e uma vez que um erro é impresso ou colocado num documento oficial, é difícil erradicar”

Henry Sigerist

RESUMO

Objetivo: Com o intuito de facilitar o aprendizado e a utilização adequada dessas escalas foi compilado em um único material as principais classificações usadas na área cirúrgica, visando assim otimizar e aprimorar a memória técnica de forma objetiva. Desta forma ações profissionais podem ser guiadas a fim de prestar um serviço completo e individualizado aos pacientes com o intuito de reduzir equívocos diagnósticos e práticas terapêuticas inadequadas. **Método:** Foi utilizado como base para a elaboração do projeto o livro “Scales And Scores In Neurology – Quantification of Neurological Deficits in Research and Practice”. Entre setembro de 2018 e janeiro de 2019, foram reunidas 107 escalas, classificações e Escores que foram apresentadas no seguinte formato: 1- título, 2 – área do conhecimento, 3 – aplicabilidade, 4 – escala propriamente dita, 5 – interpretação e 6 – bibliografia com artigos originais e links para aplicativos online. As escalas foram escolhidas de acordo com a sua importância, aplicabilidade e decisão do orientador.

Resultado: Foi elaborado livro eletrônico (e-Book), em conjunto com os residentes de cirurgia geral e digestiva do IMIP contendo as seguintes escalas, classificações e escores listadas abaixo: Lesão Cervical Vascular, Lesão da Parede Torácica, Lesão Pulmonar, Lesão Vascular Torácica, Lesão de Diafragma, Lesão Esplênica, Lesão Hepática, Lesão Pancreática, Lesão Gástrica, Lesão Esofágica Lesão Duodenal, Lesão de Intestino Delgado, Lesão Colônica Lesão Retal, Lesão Vascular Abdominal, Lesão de Adrenal, Lesão Renal, Lesão Ureteral, Lesão de Bexiga, Lesão Uretral, Lesão Uterina, Lesão Tubária, Lesão Ovariana, Lesão de Vagina, Lesão de Vulva, Lesão Testicular, Lesão de Escroto, Lesão Peniana, Lesão Vascular Periférica, Abbreviated Injury Scale (AIS,) APACHE II, Classificação da ASA, Classificação de Barcelona, BISAP, Classificação de Bismuth-Corlette, Classificação de Brisbane, Escore de Khorana, LEMON, Classificação de Los Angeles, Classificação de Shea, Escala de Coma de Glasgow, Escala de Coma de Glasgow-Pupilas, Harmless Acute Pancreatitis Score (HAPS), Classificação de Clavien-Dindo, Classificação de Lauren, Classificação de Okuda, Classificação

de Paris de Lesões Neoplásicas do Trato Digestivo, Classificação das Hemorroidas Internas, Classificação Japonesa de Câncer Gástrico Precoce, Índice de Risco Cardíaco de Goldman, Escore CLIP, Cormack-Lehane, CRAMS, Critérios de Milão, Critérios de West Haven, Classificação de Dukes-Astler-Coller, Escore de Alvarado, Escore de Apfel, Injury Severity Score (ISS,) Classificação de Köhler, Classificação de McDermott, Critérios de Ranson, Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), Classificação de Siewert, Classificação das Fístulas Pancreáticas pelo ISGPF, Escore de Fong, Escala FOUR, Escala de Frankel, Classificação de Gilbert, Classificação de Hinchey, Hipertensão Intra-abdominal, Escore de Balthazar, Escore de Marshall, Escore MELD, Classificação de Nyhus, Índice de Carcinomatose Peritoneal (PCI), PS ECOG, Revised Trauma Score (RTS), Classificação de Savary-Miller, Trauma Associated Severe Hemorrhage (TASH), Classificação de Todani, Classificação de Hérnia Paracolostomal, Escala de Atlanta, Escore de Caprini: Tromboembolismo venoso, Escore de Wells para Trombose Venosa Profunda e Tromboembolismo Pulmonar, Escore de Sangramento de Glasgow-Blatchford, Escore de Sangramento de Rockall, Classificação de Hannover, P POSSUM, Segmentação hepática de Couinaud, Escore SOFA, Classificação de Mallampati, Escore modificado de DeMeester, Escala de Sedação de Ramsay, Classificação de Forrest, Classificação de Csendes, Classificação de Yamada, Classificação de Hill, Classificação de Johnson Modificada, Classificação de Marshall, Classificação de Rezende e Mascarenhas, Classificação de Sakita, Classificação de Bismuth (Lesão Iatrogênica das vias Biliares), Classificação de Strasberg, Classificação de Stewart-Way e Escore de Dulk. **Conclusão:** O trabalho em conjunto com estudantes, médicos residentes e preceptores resultou na elaboração de um material didático amplo, prático e de utilidade imediata que será oferecida para aquisição como e-book em sites de livros online.

Palavras-chave (DeCS): Cirurgia, classificação e escalas.

ABSTRACT

Objective: The modern surgery is full of classifications, scores and scales which interferes directly on surgical conduct. Frequently, future surgeons (interns and residentes) had issues in working and applying a big range of classifications. To facilitate learning and the correct use of those scales, were compiled in one material the main classifications used in surgery to improve and optimize the technical memory in an objective way, so professional conducts can be guided due to minimize wrong diagnostics and therapies.

Method: The book "Scales And Scores In Neurology - Quantification of Neurological Deficits in Research and Practice" (4) was used as the basis for the design of the project. Between September of 2018 and January 2019, 117 scales, scores and classifications were reunited and presented in: 1 – Title, 2 – Knowledge área, 3 – aplicability, 4 – scale itself, 5 – interpretation, 6 – bibliography with original articles and links to online apps. The scales were chosen according to their importance, applicability and decision of the advisor. **Results:** an E-book which contente the main classifications, scales and scores has been elaborated with general and digestive surgery residentes from IMIP. The classifications, scales and scores are represented below:

Vascular Cervical Lesion, Thoracic Wall Injury, Lung Injury, Thoracic Vascular Lesion, Diaphragm Injury, Spinal Injury, Liver Injury, Pancreatic Injury, Gastric Injury, Esophageal Injury Duodenal Lesion, Small Intestine Lesion, Colonic Lesion Retinal Lesion, Abdominal Vascular Lesion , Adrenal Injury, Renal Injury, Ureteral Injury, Bladder Injury, Urethral Injury, Uterine Injury, Tubal Injury, Ovarian Injury, Vagina Injury, Vulva Injury, Testicular Injury, Scrotal Injury, Penile Injury, Peripheral Vascular Lesion, Abbreviated Injury Scale (AIS) APACHE II, ASA Classification, Barcelona Classification, BISAP, Bismuth-Corlette Classification, Brisbane Classification, Khorana Score, LEMON, Los Angeles Classification, Shea Classification, Glasgow Coma Scale, Coma Scale of Glasgow-Pupils, Harmless Acute Pancreatitis Score (HAPS), Clauden-Dindo Classification, Lauren's Classification, Okuda

Classification, Paris Classification of Neoplastic Digestive Tract Injuries, Classification of Internal Hemorrhoids, Japanese Classification of Early Gastric Cancer, Goldman Cardiac Risk Index , CLAM Score, Cormack-Lehane, CRAMS, Milan Criteria, West Haven Criteria, Dukes-Astler-Coller Score, Alvarado Score, Apfel Score, Injury Severity Score (ISS) Köhler Classification, McDermott Classification, Criteria of Ranson, Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), Siewert Classification, Pancreatic Fistula Classification by ISGPF, Fong Score, FOUR Scale, Frankel Scale, Gilber Classification, Hinchey Classification, Intra-abdominal hypertension, Balthazar score, Marshall score, MELD score, Nyhus score, Peritoneal Carcinomatose Index (PCI), PS ECOG, Revised Trauma Score (RTS), Savary-Miller Classification, Trauma Associated Severe Hemorrhage), Todani Classification, Classification of Paracolostomal Hernia, Atlanta Scale, Caprini Score: Venous Thromboembolism, Wells Score for Deep Venous Thrombosis and Pulmonary Thromboembolism, Glasgow-Blatchford Bleeding Score, Rockall Bleeding Score, Hannover Classification , P POSSUM, Couinaud hepatic segmentation, SOFA score, Mallampati classification, DeMeester modified score, Ramsay Sedation Scale, Forrest Classification, Csendes Classification, Yamada Classification, Hill Classification, Johnson's Classification Modified, Marshall Classification, Rezende and Mascarenhas Classification, Sakita Classification, Bismuth Classification (Iatrogenic Lesion of the Biliary Pathways), Strasberg Classification, Stewart-Way Classification, Marshall Score Dulk's Score. **Conclusion:** The joint work of students, resident doctors and preceptors resulted in the elaboration of a practical, practical and immediate material that will be offered for e-book acquisition in online book sites.

Keywords (DeCS): Surgery, classification and scales.

INTRODUÇÃO

O homem, desde a Antiguidade, possui a preocupação de registrar suas experiências, construindo memória e produzindo cultura. Como ser pensante, ele possui ideias e para

representá-las necessita organizar seus conteúdos mentais de maneira coerente. Essa capacidade de organização proporciona ao homem a tentativa de entrar em equilíbrio harmônico com o meio ambiente.

Organizar e classificar são atitudes necessárias para a formação do raciocínio humano e foi com essa ideia que René Descartes em seu livro *Discurso Sobre o Método*, 1637, proferiu a seguinte ideia: “divida cada dificuldade em tantas partes factíveis quanto necessárias para sua solução”¹.

Francis Bacon (Londres 1561-1626) foi quem mais influenciou os modernos sistemas de classificação. Em 1605 idealizou um sistema que trata da análise do conhecimento humano baseado no seguinte raciocínio: os sentidos que são a porta do intelecto são afetados por objetos exteriores, isto é, as informações recebidas pelos sentidos são fixadas pelo cérebro.² Ao receber as informações, o cérebro examina-as através da memória ou faz imitação pela imaginação ou ainda as analisa e classifica pela razão. Classificar, portanto, é “dividir em grupos ou classes, segundo as diferenças e semelhanças. É dispor os conceitos, segundo as semelhanças e diferenças, em certo número de grupos metodicamente distribuídos”.³

Utilizando este pensamento, observa-se que classificações são bastante úteis no meio médico por auxiliarem na descrição da história natural das doenças, nortear o raciocínio clínico e identificarem o prognóstico de casos clínicos e decisões terapêuticas da equipe de assistência médica. Quanto melhor agruparmos e entendermos as semelhanças e as particularidades em cada situação, melhor será a atuação do médico e a resolutividade da condição patológica, com uma prática clínica adequada em benefício do paciente.

A Medicina é uma área com múltiplos e infinitos conhecimentos e requer dedicação, atualização e uma boa memória, já que o médico é exposto a uma grande quantidade de informações as quais determinarão suas condutas. Apesar de nosso cérebro ser capaz de armazenar diversas informações, não é capaz de armazenar tudo. Para consolidar o conhecimento e torná-lo

passível de execução no cenário prático, por vezes faz-se necessária a utilização de ferramentas acessíveis que auxiliem o indivíduo a otimizar a capacidade de usufruir de suas habilidades, tornando-as um conjunto de práticas coerentes e organizadas.

Atualmente, com o acesso à Internet e com a possibilidade de consulta em aplicativos por meios digitais, nosso cérebro ganhou o auxílio da “memória digital”, que pode ser acessada e consultada em qualquer lugar através de smartphones ou outros recursos tecnológicos.

Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo compilar em um único material as principais classificações usadas na área cirúrgica, visando assim otimizar e aprimorar a memória técnica de forma objetiva. Partindo deste princípio, ações profissionais podem ser guiadas a fim de prestar um serviço completo e individualizado aos pacientes com o intuito de reduzir equívocos diagnósticos e práticas terapêuticas inadequadas.

METODOLOGIA

O livro foi escrito no período entre Junho de 2018 e Janeiro de 2019, por três estudantes do 10º período de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS-PE) em conjunto com os residentes de Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo e preceptores de Cirurgia Geral do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP-PE).

Para a elaboração do projeto foi utilizado como embasamento o livro "Scales And Scores In Neurology - Quantification of Neurological Deficits in Research and Practice" de Herald Masur publicado no ano de 2004. ⁴

Uma lista de escalas e escores em cirurgia mais relevantes na prática clínica foi elaborada pelos preceptores baseada na importância prática e dividida entre os residentes e estudantes para a confecção dos capítulos.

Cada membro envolvido na formulação do livro ficou responsável por realizar uma revisão bibliográfica e pesquisar o artigo em que a escala ou escore foi primeiramente utilizada(o) ou

validada(o) e pelo menos mais um artigo que demonstrasse sua importância na prática clínica. Desta forma, foi possível classificar em especialidades (por exemplo, Hepatologia, Oncologia, Trauma e etc), podendo o mesmo capítulo pertencer a mais de uma área. Em cada capítulo ainda é possível ter acesso, através de endereço eletrônico, à escala ou escore original, para que erros surgidos em artigos subsequentes por adaptações não sejam mais propagados.

Os capítulos foram subdivididos em: (1) título, (2) área do conhecimento que estaria correlacionada(o), (3) aplicabilidade na prática clínica, (4) a escala e/ou escore com as informações originais, (5) sua interpretação, tópico onde foram feitas análises e explicações objetivas e sucintas acerca do tema e análise de suas limitações, caso houvesse, (5) referências bibliográficas e um endereço eletrônico que permitisse o uso de uma calculadora. O capítulo e

as referências bibliográficas foram escritos segundo normas da Associação Brasileira e Normas e Técnicas (ABNT).

Reuniões quinzenais eram realizadas para apresentação dos escores e escalas, com a presença dos residentes e preceptores para revisão individual de cada capítulo. Durante as reuniões podia-se, ainda, remover ou adicionar escalas ou escores. Ao final, o capítulo era salvo após as mudanças para posterior inserção no livro. No total, foram escritos, revisados e utilizados 107 capítulos.

RESULTADOS

Foi elaborado livro eletrônico (e-Book), em conjunto com os residentes de cirurgia geral e digestiva do IMIP. Vide livro anexado.

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP

SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

Classificações, Escalas e Escores em Cirurgia

Organizadores

Antonio Cavalcanti de Albuquerque Martins

Cristiano Souza Leão

Série Publicações Técnicas do Instituto de
Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, nº 33



Recife

2019

©2019 Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

Todos os direitos desta obra são reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida ou utilizada por nenhuma forma ou por qualquer meio, eletrônico ou físico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer sistema de armazenamento e recuperação, exceto por citações breves, as quais devem ser atribuídas à publicação correspondente dos autores.

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA – IMIP

PRESIDENTE DE HONRA

Professor Fernando Figueira (*In memoriam*)

DIRETORIA DO IMIP

Presidente: Silvia Rissin

Vice-Presidente: Ítalo Rocha Leitão

1º Secretário: Vilneide Maria Santos Braga Diegues Serva

2º Secretário: Paulo Macedo Caldas Bompastor

1º Tesoureiro: Carlos Santos da Figueira

2º Tesoureiro: Alex C. Azevedo

Chefe de Gabinete: Carlos Fernando Asfora

SUPERINTENDÊNCIAS DO IMIP

Superintendente Geral: Tereza Campos

Superintendência de Administração e Finanças: Maria Silvia Vidon

Superintendência de Atenção à Saúde: Fátima Rebêlo

Superintendência de Ensino, Pesquisa e Extensão: Afra Suassuna

CONSELHO CIENTÍFICO

Presidente: Bertoldo Kruse Grande de Arruda

Membros: João Guilherme Bezerra Alves, Malaquias Batista Filho, Maria de Fátima Costa Caminha, GilliattHanoisFalbo Neto, Geraldo José Ribeiro Furtado, Antonio Cavalcanti Martins, Jailson de Barros Correia e Taciana Duque de Almeida Braga.

Capa: Marketing IMIP

Revisão de normalização: Jéssica Cavalcanti

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Ficha Catalográfica BAB

I59c Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Serviço de Cirurgia Geral

Classificação, escalas e escores em cirurgia / Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Serviço de Cirurgia Geral; organizadores Antonio Cavalcanti de Albuquerque Martins, Cristiano Souza Leão. – Recife: IMIP, 2019.

(Série Publicações Técnicas do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, n. 33)

E-book, no formato ePub
Vários colaboradores
ISBN 978-85-5525-018-7

1. Cirurgia geral. 2. Classificações em cirurgia. 3. Escalas em cirurgia. 4. Escores em cirurgia. I. Martins, Antonio Cavalcanti de Albuquerque. II. Leão, Cristiano Souza. III. Título.

CDD 617

Elaborada por Ediane Santos CRB-4/1893

“Aquele que pode definir e classificar adequadamente deve ser considerado um Deus”

Platão

“Para que nada que eu diga seja mal compreendido e que precisão e clareza estejam em todos os lugares, é essencial que o significado de cada termo seja definido com precisão”

Galeno

“Verdade é filha do tempo e não da autoridade”

Leonardo Da Vinci

“Uma palavra bem escolhida pode salvar uma enorme quantidade de pensamentos; porque nomear é classificar, estabelecer afiliações ideais - relações análogas - entre fenômenos pouco conhecidos, e identificar a idéia geral ou princípio em que elas estão latentes”

Santiago Ramon e Cajal

“É quase inacreditável pensar que tantas pessoas não conseguem copiar um nome corretamente, e uma vez que um erro é impresso ou colocado num documento oficial, é difícil erradicar”

Henry Sigerist

PREFÁCIO

Nascer define a primeira tarefa dos seres: explorar o mundo. Para facilitar o processo de cognição mental dividimos os objetos em partes de modo que seja possível captar seus arranjos e compreender o todo. De um lado, nos defrontamos com a natureza que é una em essência; de outra parte, cedemos ao impulso da curiosidade e a fragmentamos segundo sensopercepções e valorações específicas de modo a superar nossas limitações intrínsecas.

Frente à complexidade dos fenômenos físicos e da nossa caótica realidade psíquica, a humanidade busca resposta para as questões existenciais que trafegam desde a mitologia, religião e o sobrenatural até os avanços vertiginosos da Internet das Coisas e da linguagem algorítmica computacional. E, nem mesmo após mais de uma década de sequenciamento dos 250 milhões de pares de bases nitrogenadas que nos codifica, somos capazes de descrever precisamente a nossa natureza biológica.

Não surpreende, pois, um “ser humano é ele e suas circunstâncias”, na lúcida definição de Ortega Y Gasset. Não apenas um aglomerado de matéria, somos também consequência do que nos rodeia.

As singularidades nos transformam em seres únicos e nos definem como enigmas de subjetividade.

Por sua vez, as similaridades, auxiliam na compreensão da origem dos objetos, ideias e também dos seres, como ilustra a mais importante ideia classificatória da Biologia.

Cem anos antes da descoberta do genoma, a observação das semelhanças e circunstâncias dos animais gerava a ideia de Evolução, seleção natural e ancestrais comuns. Mesmo ignorando a essência microscópica e atômica, esta ideia taxonômica foi e ainda é capaz de descrever com razoável precisão os caminhos percorridos pela Vida.

Importante salientar que a complexidade estará sempre presente na evolução humana. Muitas vezes, não teremos respostas. Duvidar, mais do que um método, é o elemento essencial para compreender a dimensão da nossa ignorância que é saber sabemos que pouco sabemos.

Esta humildade metodológica é mais do que meio caminho andado para entender que, além da causa e efeito, da previsibilidade, há uma larga margem para a aleatoriedade.

Para nossa sorte, simples classificações são capazes de descrever a história natural das doenças e de nortear o nosso raciocínio clínico. Quanto melhor agrupamos e entendemos as semelhanças e as particularidades dos pacientes e das patologias, melhor a aproximação da

realidade. A tomada de decisões complexas se torna tão algorítmica e precisa quanto boas forem nossas classificações.

“Divida cada dificuldade em tantas partes factíveis quanto necessárias para sua solução”

René Descartes

Seguindo Descartes, apresentamos classificações, escores e escalas em úteis em Cirurgia Geral.

O esforço coletivo e o trabalho solidário se fundem no corpo e na alma desta obra!

Arthur Foiquinos Krause Gonçalves

COLABORADORES

OMAR JACOBINA DE FIGUEIREDO

Cirurgião Geral e médico residente de Cirurgia do Aparelho Digestivo do IMIP

Classificação Bismuth-Corlette, CLIP score, Estratificação de Risco de Fong, Classificação das Fístulas Pancreáticas, Hannover, POSSUM, Strasberg, Stewart-Way, e Todani

ARTHUR FOIQUINOS KRAUSE GONÇALVES

Cirurgião Geral e médico residente de Cirurgia do Aparelho Digestivo do IMIP

Bismuth, Charlson e Clavien-Dindo

TYRONE CÉSAR SILVA JÚNIOR

Cirurgião Geral e Médico residente de Cancerologia Cirúrgica do IMIP

Brisbane, DULK e Marshall

ÂNGELETELES DE CARVALHO FILHO

Médico Residente de Cirurgia Geral do IMIP

Yamada, Sakita, Resende, Ramsay, Mirizzi, e Johnson

KELWIN MADSON DA SILVA

Médico residente de Cirurgia Geral do IMIP

Abbreviated Injury Score (AIS), Alvarado, APACHE II, Apfel, ASA, Atlanta, Balthazar, Barcelona e BISAP

MARCELO HENRIQUE FERREIRA FERNANDES

Médico residente de Cirurgia Geral do IMIP

Glasgow-Blatchford, ISS, Marseille-Rome, Mascarenhas, Pinotti, Ranson RASS, Rockali e Siewert

MICHELE CHALEGRE VIANA

Médica residente de Cirurgia Geral do IMIP

TASH, Wells, West-Haven, PS-ECOG, RTS, Critérios de Milão (Mazaferro), mallanpati, Laurene Classificação das Hemorroidas internas

FELIPE AUGUSTO CHAVES MACHADO

Médico residente de Cirurgia Geral do IMIP

Escalas de Trauma - AAST

THAIS DA COSTA PINTO RODRIGUES

Médica residente de Cirurgia Geral do IMIP

Borrmann, Caprini, Paris (CA gástricoprecoce), Clavien- Dindo, MELD/PELD, Okuda, PCI e SOFA

VICTOR LIRA DE OLIVEIRA

Médico residente de Cirurgia Geral do IMIP

SHEA, Los Angeles, LEMON, Karnovsky, Khorana, Goldman, Glasgow e Glasgow- Pupila

ERICA MARIA DE MORAIS

Acadêmica de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

Cormarck-Lehane, CRAMS, Demeester, EHS, Braden, Charlson, Child-Plugh, Four, Frankel, Gilbert, Hinchey e Hpertensão intrabdominal, Nyhus, Savary – Miller e Dukes

DYNARA GOMES LIBERATO

Acadêmica de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

Cormarck-Lehane, CRAMS, Demeester, EHS, Braden, Charlson, Child-Plugh, Four, Frankel, Gilbert, Hinchey e Hpertensão intrabdominal, Nyhus, Savary – Miller e Dukes

LUDMILA GONÇALVES REZENDE

Acadêmica de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

Cormarck-Lehane, CRAMS, Demeester, EHS, Braden, Charlson, Child-Plugh, Four, Frankel, Gilbert, Hinchey e Hpertensão intrabdominal, Nyhus, Savary – Miller e Dukes

SUMÁRIO

LESÃO CERVICAL VASCULAR	13
LESÃO DA PAREDE TORÁCICA	14
LESÃO PULMONAR.....	15
LESÃO VASCULAR TORÁCICA	16
LESÃO DE DIAFRAGMA.....	18
LESÃO ESPLÊNICA	19
LESÃO HEPÁTICA	20
LESÃO PANCREÁTICA.....	23
LESÃO GÁSTRICA	24
LESÃO ESOFÁGICA	25
LESÃO DUODENAL	26
LESÃO DE INTESTINO DELGADO	27
LESÃO COLÔNICA	28
LESÃO RETAL	29
LESÃO VASCULAR ABDOMINAL	30
LESÃO DE ADRENAL.....	32
LESÃO RENAL.....	33
LESÃO URETERAL.....	34
LESÃO DE BEXIGA.....	35
LESÃO URETRAL	36
LESÃO UTERINA	37
LESÃO TUBÁRIA	38
LESÃO OVARIANA	39
LESÃO DE VAGINA	40
LESÃO DE VULVA	41

LESÃO TESTICULAR	42
LESÃO DE ESCROTO	43
LESÃO PENIANA	44
LESÃO VASCULAR PERIFÉRICA	45
<i>ABBREVIATED INJURY SCALE (AIS)</i>	47
APACHE II	53
CLASSIFICAÇÃO DA ASA	56
CLASSIFICAÇÃO DE BARCELONA.....	57
BISAP	59
CLASSIFICAÇÃO DE BISMUTH-CORLETTE	60
CLASSIFICAÇÃO DE BRISBANE	62
ESCORE DE KHORANA	66
LEMON.....	67
CLASSIFICAÇÃO DE LOS ANGELES	68
CLASSIFICAÇÃO DE SHEA.....	70
ESCALA DE COMA DE GLASGOW.....	71
ESCALA DE COMA DE GLASGOW-PUPILAS	73
<i>HARMLESS ACUTE PANCREATITIS SCORE (HAPS)</i>	74
CLASSIFICAÇÃO DE CLAVIEN-DINDO	75
CLASSIFICAÇÃO DE LAUREN	76
CLASSIFICAÇÃO DE OKUDA.....	78
CLASSIFICAÇÃO DE PARIS DE LESÕES NEOPLÁSICAS DO TRATO DIGESTIVO	79
CLASSIFICAÇÃO DAS HEMORROIDAS INTERNAS	81
CLASSIFICAÇÃO JAPONESA DE CÂNCER GÁSTRICO PRECOCE	82
ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO DE GOLDMAN	84
ESCORE CLIP	86

CORMACK-LEHANE	87
CRAMS	88
CRITÉRIOS DE MILÃO	89
CRITÉRIOS DE WEST HAVEN	90
CLASSIFICAÇÃO DE DUKES-ASTLER-COLLER	92
ESCORE DE ALVARADO	93
ESCORE DE APFEL	94
<i>INJURY SEVERITY SCORE (ISS)</i>	95
CLASSIFICAÇÃO DE KÖHLER	96
CLASSIFICAÇÃO DE MCDERMOTT	98
CRITÉRIOS DE RANSON	99
RICHMOND AGITATION-SEDATION SCALE (RASS)	101
CLASSIFICAÇÃO DE SIEWERT	103
CLASSIFICAÇÃO DAS FÍSTULAS PANCREÁTICAS PELO ISGPF	105
ESCORE DE FONG	107
ESCALA FOUR	109
ESCALA DE FRANKEL	111
CLASSIFICAÇÃO DE GILBERT	112
CLASSIFICAÇÃO DE HINCHEY	113
HIPERTENSÃO INTRA-ABDOMINAL	114
ESCORE DE BALTHAZAR	116
ESCORE DE MARSHALL	117
ESCORE MELD	118
CLASSIFICAÇÃO DE NYHUS	119
ÍNDICE DE CARCINOMATOSE PERITONEAL	120
PS ECOG	122
REVISED TRAUMA SCORE (RTS)	123

CLASSIFICAÇÃO DE SAVARY-MILLER	125
TRAUMA ASSOCIATED SEVERE HEMORRHAGE (TASH).....	127
CLASSIFICAÇÃO DE TODANI.....	129
CLASSIFICAÇÃO DE HÉRNIA PARACOLOSTOMAL	130
ESCALA DE ATLANTA.....	131
ESCORE DE CAPRINI: TROMBOEMBOLISMO VENOSO	132
ESCORE DE WELLS PARA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA E TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.....	134
ESCORE DE SANGRAMENTO DE GLASGOW-BLATCHFORD.....	136
ESCORE DE SANGRAMENTO DE ROCKALL.....	138
CLASSIFICAÇÃO DE HANNOVER.....	140
P POSSUM.....	144
SEGMENTAÇÃO HEPÁTICA DE COUINAUD	147
ESCORE SOFA	149
CLASSIFICAÇÃO DE MALLAMPATI.....	151
ESCORE MODIFICADO DE DEMEESTER	153
ESCALA DE SEDAÇÃO DE RAMSAY.....	154
CLASSIFICAÇÃO DE FORREST	155
CLASSIFICAÇÃO DE CSENDES	157
CLASSIFICAÇÃO DE YAMADA.....	159
CLASSIFICAÇÃO DE HILL.....	160
CLASSIFICAÇÃO DE JOHNSON MODIFICADA.....	162
CLASSIFICAÇÃO DE MARSHALL	164
CLASSIFICAÇÃO DE REZENDE E MASCARENHAS	166
CLASSIFICAÇÃO DE SAKITA	168
CLASSIFICAÇÃO DE BISMUTH (LESÃO IATROGÊNICA DAS VIAS BILIARES)	170
CLASSIFICAÇÃO DE STRASBERG.....	171

CLASSIFICAÇÃO DE STEWART-WAY	173
ESCORE DE DULK	176

1. LESÃO CERVICAL VASCULAR⁵

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma cervical, localizando e quantificando o grau da lesão.

Grau	Descrição da lesão
I	Veia tireóidea, veia facial comum, veia jugular externa e ramos inominados arteriais e venosos
II	Ramos arteriais da carótida externa (faríngea ascendente, tireóidea superior, lingual, maxilo-facial, occipital e auricular posterior). Tronco tireocelestial ou ramos primários e veia jugular interna
III	Arteria carótida externa, veia subclávia e artéria vertebral
IV	Artéria carótida comum e artéria subclávia
V	Artéria carótida interna (extracraniana)

- * Aumentar um grau para múltiplas lesões grau III ou IV envolvendo mais de 50% da circunferência do vaso;
- * Diminuir um grau para lesões grau IV ou V com menos de 25% da circunferência do vaso envolvido.

Referências

Moore EE, Malangoni MA, Cogbil TH, Peterson NE, Champion HR, Jurkovich GJ, et al. Organ injury scaling VII: cervical vascular, peripheral vascular, adrenal, penis, testis, and scrotum. *J Trauma* [Internet]. 1996 Sep [cited 2019 Feb 04];41(3):523-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8810974>

2. LESÃO DA PAREDE TORÁCICA⁶

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Tipo de lesão	Descrição da lesão
I	Contusão	Qualquer tamanho
	Laceração	Pele ou Subcutâneo
	Fratura	< 3 Costelas, Fechada Fechada de clavícula sem deslocamento
II	Laceração	Pele, subcutâneo e músculo
	Fratura	≥ 3 Costelas adjacentes, fechada Exposta ou deslocamento de clavícula Fechada de esterno, sem deslocamento Corpo da escápula, aberta ou fechada
III	Laceração	Toda espessura incluindo penetração pleural
	Fratura	Aberta ou deslocamento do esterno Esterno instável Tórax instável unilateral (<3 costelas)
IV	Laceração	Avulsão dos tecidos da parede torácica com fratura das costelas adjacentes
	Fratura	Tórax instável unilateral (≥ 3 costelas)
V	Fratura	Tórax instável bilateral (≥ 3 Costelas em ambos os lados)

* Escala utilizada para lesões da parede torácica, não refletindo lesões internas ou abdominais associadas.

Referências

Moore EE, Cogbill TH, Jurkovich GJ, McAninch JW, Champion HR, Gennarelli TA, et al. Organ injury scaling III: chest wall, abdominal vascular, ureter, bladder, and urethra. *J Trauma* [Internet]. 1992 Sep [cited 2019 Feb 04];33(3):337-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1404499>

3. LESÃO PULMONAR⁷

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Tipo de lesão	Descrição da lesão
I	Contusão	Unilateral, < 1 Lobo
II	Contusão Laceração	Unilateral, lobar Pneumotórax simples
III	Contusão Laceração Hematoma	Unilateral, > 1 Lobo Persistência >72h de escape de ar por via aérea distal Intraparenquimatoso não expansivo
IV	Laceração Hematoma Vascular	Escape de ar por segmento ou lobo pulmonar Intraparenquimatoso expansivo Ruptura de ramo primário de vasos intrapulmonares
V	Vascular	Ruptura de vaso hilar
VI	Vascular	Transecção do hilo pulmonar não contida

* Aumentar um grau para lesões bilaterias grau III.

Referências

Moore EE, Malangoni MA, Cogbill TH, Shackford SR, Champion HR, Jurkovich GJ, et al. Organ injury scaling IV: thoracic vascular, lung, cardiac, and diaphragm. *J Trauma* [Internet]. 1994 Mar [cited 2019 Feb 04];36(3):299-300. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8145307>

4. LESÃO VASCULAR TORÁCICA⁷

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Descrição da lesão
I	Artéria/Veia intercostal Artéria/Veia mamária interna Artéria/Veia brônquica Artéria/Veia Esofágica Veia hemiázigos Artéria/Veia não denominados
II	Veia ázigos Veia jugular interna Veia subclávia Tronco venoso braquiocefálico
III	Artéria carótida Tronco arterial braquiocefálico Artéria subclávia
IV	Aorta torácica, descendente Veia cava inferior Artéria pulmonar, ramo primário intraparenquimatoso Veia pulmonar, ramo primário intraparenquimatoso
V	Aorta torácica, ascendente e arco Veia cava superior Artéria pulmonar, tronco principal Veia pulmonar, tronco principal
VI	Transecção (não contida) total da aorta torácica ou hilo pulmonar

- * Aumentar um grau para lesões múltiplas III ou IV maior que 50% da circunferência.
Diminuir um grau para IV menor que 25% da circunferência.

Referências

Moore EE, Malangoni MA, Cogbill TH, Shackford SR, Champion HR, Jurkovich GJ, et al. Organ injury scaling IV: thoracic vascular, lung, cardiac, and diaphragm. J Trauma [Internet]. 1994 Mar [cited 2019 Feb 04];36(3):299-300. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8145307>

5. LESÃO DE DIAFRAGMA⁷

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Descrição da lesão
I	Contusão
II	Laceração < 2cm
III	Laceração 2 – 10cm
IV	Laceração > 10cm com perda de $\leq 25 \text{ cm}^2$ tecido
V	Laceração com perda de $> 25 \text{ cm}^2$ tecido

* Aumentar um grau para lesões bilaterais até o grau III.

Referências

Moore EE, Malangoni MA, Cogbill TH, Shackford SR, Champion HR, Jurkovich GJ, et al. Organ injury scaling IV: thoracic vascular, lung, cardiac, and diaphragm. *J Trauma* [Internet]. 1994 Mar [cited 2019 Feb 04];36(3):299-300. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8145307>

6. LESÃO ESPLÊNICA^{8,9}

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Tipo de lesão	Descrição da lesão
I	Hematoma	Subcapsular, <10% da área superfície
	Laceração	Ruptura capsular, < 1cm de profundidade do parênquima
II	Hematoma	Subcapsular, 10-50% da área superfície; intraparenquimatoso, < 5cm de diâmetro
	Laceração	Ruptura capsular, 1-3cm de profundidade do parênquima não envolvendo vasos trabeculares
III	Hematoma	Subcapsular, >50% área de superfície ou expansão; ruptura hematoma subcapsular ou hematoma parenquimatoso; intraparenquimatoso ≥5cm ou expansão
	Laceração	>3cm de profundidade do parênquima ou envolvendo vasos trabeculares
IV	Laceração	Laceração de vasos segmentares ou hilares, promovendo importante desvascularização (>25% do parênquima)
V	Laceração	Baço pulverizado
	Vascular	Lesão vascular com desvascularização

* Aumentar um grau para múltiplas lesões até o grau III.

Referências

Moore EE, Cogbill TH, Jurkovich GJ, Shackford SR, Malangoni MA, Champion HR. Organ injury scaling V: spleen and liver (1994 revision). J Trauma [Internet]. 1995 Mar [cited 2019 Feb 04];38(3):323-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7897707>

Moore EE, Shackford SR, Pachter HL, McAninch JW, Browner BD, Champion HR, et al. Organ injury scaling: spleen, liver, and kidney. J Trauma [Internet]. 1989 Dec [cited 2019 Feb 04];29(12): 1664-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2593197>

7. LESÃO HEPÁTICA^{8,9}

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Tipo de lesão	Descrição da lesão
I	Hematoma	Subcapsular, <10% da área superfície
	Laceração	Ruptura capsular, < 1cm de profundidade do parênquima
II	Hematoma	Subcapsular, 10-50% da área superfície; intraparenquimatoso < 10cm de diâmetro
	Laceração	Ruptura capsular, 1-3cm de profundidade do parênquima, <10cm comprimento
III	Hematoma	Subcapsular, >50% área de superfície ou hematoma parenquimatoso roto; intraparenquimatoso >10cm ou expansão
	Laceração	>3cm de profundidade do parênquima
IV	Laceração	Ruptura parenquimatosa envolvendo 25% - 75% do lobo hepático ou 1-3 segmentos hepáticos
V	Laceração	Ruptura parenquimatosa envolvendo > 75% do lobo hepático ou >3 segmentos dentro de um único lobo
	Vascular	Lesão de veias justa-hepáticas (cava retro-hepática/ veias hepáticas principais)
VI	Vascular	Avulsão hepática

* Aumentar um grau para múltiplas lesões até o grau III.

Referências

Moore EE, Cogbill TH, Jurkovich GJ, Shackford SR, Malangoni MA, Champion HR. Organ injury scaling V: spleen and liver (1994 revision). J Trauma [Internet]. 1995 Mar [cited 2019 Feb 04];38(3):323-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7897707>

Moore EE, Shackford SR, Pachter HL, McAninch JW, Browner BD, Champion HR, et al. Organ injury scaling: spleen, liver, and kidney. J Trauma [Internet]. 1989 Dec [cited

2019 Feb 04];29(12):1664-6. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2593197>

8. LESÃO DE VIA BILIAR EXTRAHEPÁTICA¹⁰

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Descrição da lesão
I	Contusão/hematoma de vesícula biliar Contusão da tríade portal
II	Avulsão parcial da vesícula biliar do leito hepático; com cístico intacto Laceração ou perfuração da vesícula biliar
III	Avulsão completa da vesícula biliar do leito hepático Laceração do ductocístico
IV	Laceração parcial ou completa do ducto hepático direito ou esquerdo Laceração <50% do ducto hepático comum ou colédoco
V	Transecção >50% do ducto hepático comum ou colédoco Lesão combinada do ducto hepático direito e esquerdo Lesão do ducto biliar intraduodenal ou intrapancreático

* Aumentar um grau para múltiplas lesões até o grau III.

Referências

Moore EE, Jurkovich GJ, Knudson MM, Cogbill TH, Malangoni MA, Champion HR, et al. Organ injury scaling VI: extrahepatic biliary, esophagus, stomach, vulva, vagina, uterus (nonpregnant), uterus (pregnant), fallopian tube, and ovary. *J Trauma* [Internet]. 1995 Dec [cited 2019 Feb 04];39(6):1069-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7500395>

9. LESÃO PANCREÁTICA¹¹

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Tipo de lesão	Descrição da lesão
I	Hematoma	Pequena contusão sem lesão do ducto
	Laceração	Laceração superficial sem lesão do ducto
II	Hematoma	Grande contusão sem lesão do ducto ou perda de tecido
	Laceração	Grande laceração sem lesão do ducto ou perda de tecido
III	Laceração	Transecção distal ou lesão do parênquima com lesão do ducto
IV	Laceração	Transecção proximal ¹ ou lesão do parênquima envolvendo a ampola
V	Laceração	Ruptura massiva da cabeça pancreática

* Aumentar um grau para múltiplas lesões até o grau III.

* ¹Pâncreas proximal: porção à direita da veia mesentérica superior.

Referências

Moore EE, Cogbill TH, Malangoni MA, Jurkovich GJ, Champion HR, Gennarelli TA, et al. Organ injury scaling II: pancreas, duodenum, small bowel, colon, and rectum. *J Trauma* [Internet]. 1990 Nov [cited 2019 Feb 04];30(11):1427-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2231822>

10. LESÃO GÁSTRICA¹⁰

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.¹⁰

Grau	Descrição da lesão
I	Contusão/Hematoma Laceração parcial da parede
II	Laceração <2cm na TEG ¹ ou piloro <5cm no 1/3 proximal do estômago <10cm no 2/3 distal do estômago
III	Laceração >2cm na TEG ou piloro >5cm no 1/3 proximal do estômago >10cm no 2/3 distal do estômago
IV	Perda de tecido ou desvascularização < 2/3 do estômago
V	Perda de tecido ou desvascularização > 2/3 do estômago

* Aumentar um grau para múltiplas lesões até o grau III.

* ¹Transição esofagogástrica

Referências

Moore EE, Jurkovich GJ, Knudson MM, Cogbill TH, Malangoni MA, Champion HR, et al. Organ injury scaling VI: extrahepatic biliary, esophagus, stomach, vulva, vagina, uterus (nonpregnant), uterus (pregnant), fallopian tube, and ovary. *J Trauma* [Internet]. 1995 Dec [cited 2019 Feb 04];39(6):1069-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7500395>

11. LESÃO ESOFÁGICA¹⁰

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área:

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Descrição da lesão
I	Contusão/hematoma Laceração parcial da parede
II	Laceração <50% da circunferência
III	Laceração >50% da circunferência
IV	Perda segmentar ou desvascularização <2cm
V	Perda segmentar ou desvascularização >2cm

* Aumentar um grau para múltiplas lesões até o grau III.

Referências

Moore EE, Jurkovich GJ, Knudson MM, Cogbill TH, Malangoni MA, Champion HR, et al. Organ injury scaling VI: extrahepatic biliary, esophagus, stomach, vulva, vagina, uterus (nonpregnant), uterus (pregnant), fallopian tube, and ovary. *J Trauma* [Internet]. 1995 Dec [cited 2019 Feb 04];39(6):1069-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7500395>

12. LESÃO DUODENAL¹¹

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Tipo de lesão	Descrição da lesão
I	Hematoma	Envolvendo uma única porção
	Laceração	Parcial da parede, não perfurando
II	Hematoma	Envolvendo mais de uma porção
	Laceração	Ruptura <50% da circunferência
III	Laceração	Ruptura 50-75% da circunferência D2
		Ruptura 75-100% da circunferência D1,D3,D4
IV	Laceração	Ruptura >75% da circunferência D2
		Envolvendo ampola ou colédoco distal
V	Laceração	Ruptura massiva do complexo duodenopancreático
	Vascular	Desvascularização do duodeno

* Aumentar um grau para múltiplas lesões até o grau III.

* D1: Primeira porção; D2: Segunda porção; D3: Terceira porção; D4: Quarta porção.

Referências

Moore EE, Cogbill TH, Malangoni MA, Jurkovich GJ, Champion HR, Gennarelli TA, et al. Organ injury scaling II: pancreas, duodenum, small bowel, colon, and rectum. *J Trauma* [Internet]. 1990 Nov [cited 2019 Feb 04];30(11):1427-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2231822>

13. LESÃO DE INTESTINO DELGADO¹¹

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Tipo de lesão	Descrição da lesão
I	Hematoma	Contusão ou hematoma sem desvascularização
	Laceração	Parcial da parede, sem perfuração
II	Laceração	<50% da circunferência
III	Laceração	≥50% da circunferência
IV	Laceração	Transecção
V	Laceração	Transecção com perda segmentar de tecido
	Vascular	Desvascularização do segmento

* Aumentar um grau para múltiplas lesões até o grau III.

Referências

Moore EE, Cogbill TH, Malangoni MA, Jurkovich GJ, Champion HR, Gennarelli TA, et al. Organ injury scaling II: pancreas, duodenum, small bowel, colon, and rectum. *J Trauma* [Internet]. 1990 Nov [cited 2019 Feb 04];30(11):1427-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2231822>

14. LESÃO COLÔNICA¹¹

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Tipo de lesão	Descrição da lesão
I	Hematoma	Contusão ou hematoma sem desvascularização
	Laceração	Parcial da parede, sem perfuração
II	Laceração	<50% da circunferência
III	Laceração	≥50% da circunferência
IV	Laceração	Transecção
V	Laceração	Transecção com perda segmentar de tecido
	Vascular	Desvascularização do segmento

* Aumentar um grau para múltiplas lesões até o grau III.

Referências

Moore EE, Cogbill TH, Malangoni MA, Jurkovich GJ, Champion HR, Gennarelli TA, et al. Organ injury scaling II: pancreas, duodenum, small bowel, colon, and rectum. *J Trauma* [Internet]. 1990 Nov [cited 2019 Feb 04];30(11):1427-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2231822>

15. LESÃO RETAL¹¹

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Tipo de lesão	Descrição da lesão
I	Hematoma	Contusão ou hematoma sem desvascularização
	Laceração	Laceração parcial da parede
II	Laceração	<50% da circunferência
III	Laceração	≥50% da circunferência
IV	Laceração	Toda parede com extensão para peritônio
V	Vascular	Desvascularização do segmento

* Aumentar um grau para múltiplas lesões até o grau III.

Referências

Moore EE, Cogbill TH, Malangoni MA, Jurkovich GJ, Champion HR, Gennarelli TA, et al. Organ injury scaling II: pancreas, duodenum, small bowel, colon, and rectum. *J Trauma* [Internet]. 1990 Nov [cited 2019 Feb 04];30(11):1427-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2231822>

16. LESÃO VASCULAR ABDOMINAL⁶

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Descrição da lesão
I	Ramos não denominados da artéria mesentérica superior ou veia mesentérica superior Ramos não denominados da artéria mesentérica inferior ou veia mesentérica inferior Artéria ou veia frênica Artéria ou veia lombar Artéria ou veia gonadal Outros vasos não denominados que requerem ligadura
II	Artéria hepática direita, esquerda ou comum Artéria ou veia esplênica Artéria gástrica direita ou esquerda Artéria gastroduodenal Artéria ou veia mesentérica inferior Ramos principais da artéria ou veia mesentérica Outros vasos não denominados que requerem ligadura
III	Veia mesentérica superior Artéria ou veia renal Artéria ou veia ilíaca Artéria ou veia hipogástrica Veia cava (infrarrenal)
IV	Artéria mesentérica superior Tronco celíaco Veia cava (suprarrenal e infra-hepática) Aorta infrarrenal
V	Veia porta Veia hepática extraparenquimatosa Veia cava (retro hepática ou supra-hepática)

Aorta suprarrenal e subdiafragmática

- * Aplicável a lesões vasculares extraparenquimatosas. Se a lesão do vaso estiver a 2 cm do parênquima do órgão, consulte escala específica de lesão de órgãos;
- * Aumentar um grau para múltiplas lesões grau III ou IV envolvendo > 50% de circunferência do vaso;
- * Reduzir um grau se laceração <25% da circunferência do vaso para graus IV ou V.

Referências

Moore EE, Cogbill TH, Jurkovich GJ, McAninch JW, Champion HR, Gennarelli TA, et al. Organ injury scaling III: chest wall, abdominal vascular, ureter, bladder, and urethra. *J Trauma* [Internet]. 1992 Sep [cited 2019 Feb 04];33(3):337-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1404499>

17. LESÃO DE ADRENAL⁵

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Descrição da lesão
I	Contusão
II	Laceração envolvendo apenas o córtex (<2cm)
III	Laceração estendendo-se até medula (≥2cm)
IV	>50% do parênquima destruído
V	Todo o parênquima destruído (incluindo hemorragia intraparenquimatosa maciça) Avulsão do suprimento sanguíneo

* Aumentar um grau para lesões bilaterais até o grau V.

Referências

Moore EE, Malangoni MA, Cogbill TH, Peterson NE, Champion HR, Jurkovich GJ, et al. Organ injury scaling VII: cervical vascular, peripheral vascular, adrenal, penis, testis, and scrotum. *J Trauma* [Internet]. 1996 Sep [cited 2019 Feb 04];41(3):523-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8810974>

18. LESÃO RENAL⁸

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Tipo de lesão	Descrição da lesão
I	Contusão	Hematúria micro ou macroscópica com estudos urológicos normais
	Hematoma	Subcapsular, sem expansão ou laceração no parênquima
II	Hematoma	Hematoma perirrenal não expansível contido ao retroperitônio
	Laceração	< 1cm de profundidade no córtex renal sem extravasamento de urina
III	Laceração	> 1cm de profundidade no córtex renal sem ruptura do sistema coletor ou extravasamento de urina
IV	Laceração	Laceração do parênquima estendendo-se através do córtex, medula e sistema coletor
	Vascular	Lesão da artéria ou veia renal principal com hemorragia contida
V	Laceração	Rim pulverizado
	Vascular	Avulsão do hilo renal com desvascularização do rim

* Aumentar um grau para lesões bilaterais até o grau III.

Referências

Moore EE, Shackford SR, Pachter HL, McAninch JW, Browner BD, Champion HR, et al. Organ injury scaling: spleen, liver, and kidney. *J Trauma* [Internet]. 1989 Dec [cited 2019 Feb 04];29(12):1664-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2593197>

19. LESÃO URETERAL⁶

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Tipo de lesão	Descrição da lesão
I	Hematoma	Contusão ou hematoma sem desvascularização
II	Laceração	<50% transecção
III	Laceração	≥50% transecção
IV	Laceração	Transecção com < 2cm desvascularização
V	Laceração	Avulsão com > 2cm desvascularização

* Aumentar um grau para lesões bilaterais até o grau III.

Referências

Moore EE, Cogbill TH, Jurkovich GJ, McAninch JW, Champion HR, Gennarelli TA, et al. Organ injury scaling III: chest wall, abdominal vascular, ureter, bladder, and urethra. *J Trauma* [Internet]. 1992 Sep [cited 2019 Feb 04];33(3):337-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1404499>

20. LESÃO DE BEXIGA⁶

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Tipo de lesão	Descrição da lesão
I	Hematoma	Intramural
	Laceração	Parcial da parede
II	Laceração	< 2cm da parede extraperitoneal
III	Laceração	≥2cm da parede extraperitoneal ou <2cm intraperitoneal
IV	Laceração	≥ 2cm da parede intraperitoneal
V	Laceração	Intraperitoneal ou extraperitoneal, estendendo-se para o colo ou trígono vesical

* Aumentar um grau para múltiplas lesões até o grau III.

Referências

Moore EE, Cogbill TH, Jurkovich GJ, McAninch JW, Champion HR, Gennarelli TA, et al. Organ injury scaling III: chest wall, abdominal vascular, ureter, bladder, and urethra. *J Trauma* [Internet]. 1992 Sep [cited 2019 Feb 04];33(3):337-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1404499>

21. LESÃO URETRAL⁶

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Tipo de lesão	Descrição da lesão
I	Contusão	Sangue no meato uretral; uretrografia normal
II	Estiramento	Prolongamento da uretra sem extravasamento na uretrografia
III	Ruptura parcial	Extravasamento de contraste no local da lesão com visualização da bexiga
IV	Ruptura total	Extravasamento de contraste no local da lesão sem visualização da bexiga; separação da uretra <2cm
V	Ruptura total	Transecção com ≥ 2 cm de separação da uretra ou extensão para próstata ou vagina

Referências

Moore EE, Cogbill TH, Jurkovich GJ, McAninch JW, Champion HR, Gennarelli TA, et al. Organ injury scaling III: chest wall, abdominal vascular, ureter, bladder, and urethra. *J Trauma* [Internet]. 1992 Sep [cited 2019 Feb 04];33(3):337-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1404499>

22. LESÃO UTERINA¹⁰

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Descrição da lesão (Não gestante)
I	Contusão/hematoma
II	Laceração superficial <1cm
III	Laceração profunda ≥1cm
IV	Laceração envolvendo artéria uterina
V	Avulsão/desvascularização

Grau	Descrição da lesão (Gestante)
I	Contusão ou hematoma (sem descolamento da placenta)
II	Laceração superficial <1cm ou descolamento da placenta <25%
III	Laceração profunda ≥1cm no Segundo trimestre ou descolamento da placenta entre 25-50% Laceração ≥1cm no terceiro trimestre Laceração envolvendo artéria uterina
IV	Laceração ≥1cm com >50% descolamento de placenta
V	Rotura uterina no segundo ou terceiro trimestre Descolamento total da placenta

* Aumentar um grau para múltiplas lesões até o grau III.

Referências

Moore EE, Jurkovich GJ, Knudson MM, Cogbill TH, Malangoni MA, Champion HR, et al. Organ injury scaling VI: extrahepatic biliary, esophagus, stomach, vulva, vagina, uterus (nonpregnant), uterus (pregnant), fallopian tube, and ovary. *J Trauma* [Internet]. 1995 Dec [cited 2019 Feb 04];39(6):1069-70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7500395>

23. LESÃO TUBÁRIA¹⁰

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Descrição da lesão
I	Hematoma ou contusão
II	Laceração <50% da circunferência
III	Laceração ≥50% da circunferência
IV	Transecção
V	Lesão vascular; desvascularização do segmento

* Aumentar um grau para lesões bilaterais até o grau III.

Referências

Moore EE, Jurkovich GJ, Knudson MM, Cogbill TH, Malangoni MA, Champion HR, et al. Organ injury scaling VI: extrahepatic biliary, esophagus, stomach, vulva, vagina, uterus (nonpregnant), uterus (pregnant), fallopian tube, and ovary. *J Trauma* [Internet]. 1995 Dec [cited 2019 Feb 04];39(6):1069-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7500395>

24. LESÃO OVARIANA¹⁰

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Descrição da lesão
I	Contusão ou hematoma
II	Laceração superficial <0.5cm
III	Laceração profunda ≥0.5cm
IV	Ruptura parcial ou sofrimento vascular
V	Avulsão ou completa destruição do parênquima

* Aumentar um grau para lesões bilaterais até o grau III.

Referências

Moore EE, Jurkovich GJ, Knudson MM, Cogbill TH, Malangoni MA, Champion HR, et al. Organ injury scaling VI: extrahepatic biliary, esophagus, stomach, vulva, vagina, uterus (nonpregnant), uterus (pregnant), fallopian tube, and ovary. *J Trauma* [Internet]. 1995 Dec [cited 2019 Feb 04];39(6):1069-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7500395>

25. LESÃO DE VAGINA¹⁰

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Descrição da lesão
I	Contusão ou hematoma
II	Laceração superficial (mucosa)
III	Laceração profunda (gordura ou músculo)
IV	Laceração complexa (colo uterino ou peritônio)
V	Lesão de órgãos adjacentes (anus, reto, uretra ou bexiga)

* Aumentar um grau para múltiplas lesões até o grau III.

Referências

Moore EE, Jurkovich GJ, Knudson MM, Cogbill TH, Malangoni MA, Champion HR, et al. Organ injury scaling VI: extrahepatic biliary, esophagus, stomach, vulva, vagina, uterus (nonpregnant), uterus (pregnant), fallopian tube, and ovary. *J Trauma* [Internet]. 1995 Dec [cited 2019 Feb 04];39(6):1069-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7500395>

26. LESÃO DE VULVA¹⁰

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Descrição da lesão
I	Contusão ou hematoma
II	Laceração superficial (pele)
III	Laceração profunda (gordura ou músculo)
IV	Avulsão de pele, gordura ou músculo
V	Lesão de órgãos adjacentes (anus, reto, uretra ou bexiga)

* Aumentar um grau para múltiplas lesões até o grau III.

Referências

Moore EE, Jurkovich GJ, Knudson MM, Cogbill TH, Malangoni MA, Champion HR, et al. Organ injury scaling VI: extrahepatic biliary, esophagus, stomach, vulva, vagina, uterus (nonpregnant), uterus (pregnant), fallopian tube, and ovary. *J Trauma* [Internet]. 1995 Dec [cited 2019 Feb 04];39(6):1069-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7500395>

27. LESÃO TESTICULAR⁵

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma, quantificando o grau da lesão.

Grau	Descrição da lesão
I	Contusão ou hematoma
II	Laceração subclínica da túnica albugínea
III	Laceração da túnica albugínea com perda <50% de parênquima
IV	Laceração da túnica albugínea com perda ≥50% de parênquima
V	Destruição total do testículo ou avulsão

* Aumentar um grau para múltiplas lesões até o grau V.

Referências

Moore EE, Malangoni MA, Cogbill TH, Peterson NE, Champion HR, Jurkovich GJ, et al. Organ injury scaling VII: cervical vascular, peripheral vascular, adrenal, penis, testis, and scrotum. *J Trauma* [Internet]. 1996 Sep [cited 2019 Feb 04];41(3):523-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8810974>

28. LESÃO DE ESCROTO⁵

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma de escroto, quantificando o grau da lesão.

Grau	Descrição da lesão
I	Contusão
II	Laceração < 25% diâmetro
III	Laceração ≥ 25% diâmetro
IV	Avulsão < 50%
V	Avulsão ≥ 50%

Referências

Moore EE, Malangoni MA, Cogbill TH, Peterson NE, Champion HR, Jurkovich GJ, et al. Organ injury scaling VII: cervical vascular, peripheral vascular, adrenal, penis, testis, and scrotum. *J Trauma* [Internet]. 1996 Sep [cited 2019 Feb 04];41(3):523-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8810974>

29. LESÃO PENIANA⁵

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma peniano, quantificando o grau da lesão.

Grau	Descrição da lesão
I	Contusão ou laceração cutânea
II	Laceração da fáscia de Buck sem perda de tecido
III	Avulsão cutânea Laceração através da glândula ou meato uretral Defeito uretral ou dos corpos cavernosos < 2cm
IV	Peniectomy parcial Defeito uretral ou dos corpos cavernosos ≥ 2cm
V	Peniectomy total

* Aumentar um grau para múltiplas lesões grau III.

Referências

Moore EE, Malangoni MA, Cogbill TH, Peterson NE, Champion HR, Jurkovich GJ, et al. Organ injury scaling VII: cervical vascular, peripheral vascular, adrenal, penis, testis, and scrotum. *J Trauma* [Internet]. 1996 Sep [cited 2019 Feb 04];41(3):523-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8810974>

30. LESÃO VASCULAR PERIFÉRICA⁵

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tabela utilizada no trauma vascular, localizando e quantificando o grau da lesão.

Grau	Descrição da lesão
I	Artéria ou veia digital Artéria ou veia palmar Artéria ou veia palmar profunda Artéria dorsal do pé Artéria ou veia plantar Ramos arteriais ou venosos sem denominação
II	Veia basílica ou cefálica Veia safena Artéria radial Artéria ulnar
III	Veia axillar Veia femoral superficial ou profunda Veia poplítea Artéria braquial Artéria tibial anterior Artéria tibial posterior Artéria fibular Tronco tíbio-fibular
IV	Artéria femoral superficial ou profunda Artéria poplítea
V	Artéria axilar Artéria femoral comum

- * Aumentar um grau para múltiplas lesões grau III ou IV envolvendo mais de 50% da circunferência do vaso;
- * Diminuir um grau para lesões grau IV ou V com menos de 25% da circunferência do vaso envolvido.

Referências

Moore EE, Malangoni MA, Cogbill TH, Peterson NE, Champion HR, Jurkovich GJ, et al. Organ injury scaling VII: cervical vascular, peripheral vascular, adrenal, penis, testis, and scrotum. J Trauma [Internet]. 1996 Sep [cited 2019 Feb 04];41(3):523-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8810974>

31. ABBREVIATED INJURY SCALE (AIS)^{12,13,14}

American Association for the Surgery of Trauma – AAST

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Tem como objetivo classificar a gravidade da lesão através da pontuação de cada injúria anatômica em particular, que é obtida consultando o dicionário *Abbreviated Injury Scale (AIS)*.

Grau	AIS Score
1	Leve
2	Moderada
3	Grave, sem risco iminente de vida
4	Grave, com risco iminente de vida
5	Crítica, com sobrevivência duvidosa
6	Quase sempre fatal

Interpretação

Corresponde a um sistema que classifica a lesão de acordo com o grau de ameaça à vida, é baseado em um manual que reúne mais de 2000 descrições de injúrias e suas respectivas classificações.

Referências

AIS 2015 Released [Internet]. [place unknown]: Association for the Advancement of Automotive Medicine; 2016 [cited 2018 Jun 05]. Available from: <https://www.aaam.org/ais-2015-released>

Pereira Júnior GA, et al. Trauma Severity Indices. 1st Simpósio Trauma; 1999 jul-set; Ribeirão Preto. 32:237-50.

States JD. The Abbreviated and the Comprehensive Research Injury Scales. STAPP Car Crash J. 1969;(78):282-94.

AIS Score

AIS Score	1 Leve	2 Moderado	3 Moderado sem risco de vida	4 Moderado com risco de vida	5 Crítico - Sobrevida duvidosa
Externo ou Geral	<p>Escoriações, contusões até 25cm² na face ou 50cm² no corpo</p> <p>Laceração superficial ou não especificada, atingido tecido celular subcutâneo.</p> <p>Queimadura de 1º até 100%, 2º até 6%</p>	<p>Escoriações, contusões +25cm² na face ou +50cm² no corpo</p> <p>Lacerações profundas através tecido celular subcutâneo + 20cm no corpo e -5cm na face.</p> <p>Queimadura de 2º ou 3º de 6-15%</p>	<p>Queimadura de 2º ou 3º entre 16-25%</p>	<p>Queimadura de 2º ou 3º entre 26-35%</p>	<p>Queimadura de 2º ou 3º entre 36-90%</p>
Cabeça	<p>Acordado na admissão ou observação inicial</p> <p>Lesão do conduto auditivo</p> <p>Olhos</p> <p>Lacerações, abrasões, contusões do globo ocular, retina, canalículos</p> <p>Gengiva e lábios – contusão, laceração.</p> <p>Mandíbula – fraturas inespecíficas</p> <p>Nariz – fraturas</p> <p>Dentes – avulsões, deslocamento, fraturas</p> <p>Língua - lacerações</p>	<p>Acordado na admissão sem noção de tempo, amnésia, inconsciente +15min.</p> <p>Letárgico, confuso na admissão</p> <p>Quando o nível de consciência na admissão é desconhecido</p> <p>Diagnóstico clínico de concussão</p> <p>Fratura de crânio (frontal, occipital, temporal, parietal ou inespecífico) fechada</p>	<p>Acordado na admissão, amnésia, inconsciente 15min a 59min, antes da admissão.</p> <p>Letárgico, torporoso, confuso (responde a estímulo verbal).</p> <p>Inconsciente, não responde ao estímulo verbal.</p> <p>Fratura de base (etmoide, órbita, temporal, sem perda de LCR).</p> <p>Fratura de crânio cominutiva, com afundamento</p>	<p>Acordado na admissão, amnésia, inconsciente 15min a 59min com déficit neurológico, letárgico, torporoso.</p> <p>Inconsciente na admissão (não responde a estímulos dolorosos</p> <p>Nível de consciência desconhecido na admissão, mas inconsciente por 1-24 horas</p> <p>15-59min com déficit neurológico</p> <p>Fratura da base com perda de LCR,</p>	<p>Inconsciente na admissão, movimentos inapropriados, sem resposta a dor, movimentos de descerebração</p> <p>Nível de consciência desconhecido na admissão 1-24horas de inconsciência com déficit neurológico</p> <p>Cérebro – hematoma com pressão, lesão com hemorragia > 100ml</p>

		<p>Ouvido médio lesado, deslocamento dos ossos, ruptura da membrana.</p> <p>Olhos - laceração da córnea, ruptura da esclera</p> <p>Gengiva – avulsão</p> <p>Fratura de mandíbula, abertura dos ramos, cominuída do corpo, com ou sem envolvimento subcondileana</p> <p>Maxila – fratura fechada, LeFort 1, fratura de Zigomático.</p> <p>Nariz – Fratura cominuída aberta.</p>	<p>Cerebelo e encéfalo – contusão envolvendo qualquer das estruturas (hemorragia subaracnóidea, edema, brainswelling, higroma, isquemia)</p> <p>Fratura do zigomático aberta, cominutiva, deslocamento</p> <p>Olhos – avulsão de nervo óptico</p> <p>Fratura de mandíbula cominutiva</p> <p>Fratura aberta de órbita LeFort II</p>	<p>pneumoencéfalo, perda de massa encefálica</p> <p>Encéfalo e cerebelo – laceração, hematoma epidural, subdural < 100ml, hematoma intracerebral, intracerebelar</p> <p>LeFort III</p>	
Pescoço	<p>Faringe – contusão, laceração, ruptura, escoriação, contusão, laceração (não envolvendo grandes vasos)</p> <p>Traqueia - contusão</p>	<p>Faringe – contusão com hematoma, laceração com hemorragia</p> <p>Contusão – esôfago, laringe, tireoide</p>	<p>Traqueia – esmagamento, Laceração – tireoide</p>	<p>Laceração da traqueia, artéria carótida, subclávia,</p> <p>Laringe – esmagamento, fratura, laceração</p>	<p>Esôfago, laringe, traqueia – avulsão, ruptura</p>

AIS Score

AIS Score	1 Leve	2 Moderado	3 Moderado sem risco de vida	4 Moderado com risco de vida	5 Crítico - Sobrevida duvidosa	6 Quase sempre fatal
Tórax	Arcos costais – fratura contusão	Arcos costais – fratura abertas, deslocamento - + de 2 costelas adjacentes até tórax flácido Externo – fratura	Pulmão, pericárdio: contusão, com ou sem hemotórax unilateral Pulmão: laceração superficial ou inespecífica Hemotórax, Pneumotórax – unilateral Externo – fratura aberta, cominutiva ou deslocamento	Parede torácica – perfuração, laceração Pulmões: pneumomediastino, hemomediastino, hemo ou pneumotórax bilateral Miocárdio: contusão Pericárdio: contusão com pneumomediastino, hemomediastino, tamponamento, perfuração, ruptura, laceração Hemopneumotórax, bilateral Tórax flácido Queimadura com inalação	Laceração: aorta, brônquios, coronárias, profundas no pulmão, artérias e veias pulmonares, veia cava superior. Perfurações, rupturas, aorta, válvulas cardíacas ou septo, miocárdico Queimaduras com inalação que requerem respiradores Contusão miocárdica com envolvimento tamponamento	Avulsão do coração Lesão penetrante, levando a perda > 50% da câmara cardíaca
Abdome – conteúdo pélvico	Lacerações superficiais ou inespecíficas de parede abdominal (sem órgãos envolvidos)	Avulsão de parede abdominal Laceração ou perfuração profunda da parede abdominal (sem	Ruptura da musculatura abdominal Contusão do trato biliar, fígado, cólon, duodeno, jejuno, íleo, rins (com ou	Laceração, perfuração superficial ou inespecífica, do trato biliar, fígado, pâncreas, cólon, reto (extraperitoneal)	Avulsão, perfuração ou laceração profundas e extensas: trato biliar, fígado, pâncreas, cólon, reto (extraperitoneal) duodeno, jejuno, íleo, rins	Avulsão hepática

	<p>Escoriações, contusões superficiais</p> <p>Lacerações ou perfurações do escroto, vagina, vulva, períneo</p> <p>Contusões do pênis</p> <p>Perfuração do escroto</p>	envolvimento de órgãos)	<p>sem hematúria), bexiga, mesentério, omento, pâncreas, reto, baço, uretra e útero</p> <p>Laceração superficial: bexiga, pênis, ureter, diafragma.</p> <p>Laceração profunda ou extensa: perineal, ureter, vagina, vulva</p> <p>Avulsão: escroto, ureter</p> <p>Retroperitônio: lesão envolvendo hematoma ou hemorragia</p>	<p>duodeno, jejuno, íleo, rins</p> <p>Laceração, perfuração profunda: bexiga, mesentério, pênis, estômago, útero</p> <p>Avulsão: bexiga, mesentério, útero (não gravídico ou 1º trimestre), baço, pênis, uretra, ovários</p> <p>Ruptura: baço, estômago, uretra, útero, bexiga</p>	<p>Laceração, ruptura profunda do peritônio, reto, vasos intra-abdominais ou intra-pélvicos, útero no 2º e 3º trimestre.</p>	
Extremidades e ossos da pelve	<p>Contusão, entorse de art.</p> <p>Acrômioclavicular, cotovelos, ombros, esternoclavicular, tornozelo</p> <p>Contusão: fíbula e joelho</p> <p>Entorse: dedos, pés, quadril</p> <p>Fraturas: dedos</p>	<p>Deslocamento, entorse: art.</p> <p>Acrômioclavicular, cotovelos, rádio, mãos (envolvendo flexores, extensores), esternoclavicular, tendões, patelar</p> <p>Fratura: clavícula, acrômio, ossos da mão, úmero, rádio,</p>	<p>Esmagamento: acromioclavicular, braços, cotovelos, mãos, ombros, esternoclavicular, pés</p> <p>Amputação: extremidades superiores, mãos, pés, extremidades inferiores abaixo do joelho.</p>	<p>Esmagamento: pelve, amputação, esmagamento: acima do joelho (parcial ou completa)</p>		

		<p>ossos da pelve (fechado), Lacerações: ombros, joelhos, tornozelos Avulsão: grandes músculos ou tendões Lacerações de nervos: MMSS e MMII Amputações: dedos, artelhos.</p>	<p>Deslocamentos: ombro, fêmur, joelho, bacia (com ou sem fratura de acetábulo) Fratura: úmero, rádio, tíbia, fíbula, sacroilíaca, joelho, tornozelo Lacerações: art. Braquial, axilar, femoral, poplíteia. Nervos mediano, radia Avulsão de musculatura múltiplas e de grande volume em MMSS ou MMII</p>			
--	--	--	---	--	--	--

32. APACHE II^{15,16}

Área

Cuidados intensivos.

Aplicabilidade

O APACHE II (*Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation*) é calculado através de uma regressão logística, utilizando variáveis fisiológicas obtidas nas primeiras 24 horas da admissão, idade e a presença de doença crônica para determinar a probabilidade de óbito.

Variáveis fisiológicas	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3
Temperatura retal (C)	> 41	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9
Pressão arterial média mmHg	>160	139-159	110-129		70-109		50-69	
Frequência cardíaca (bpm)	> 180	140-179	110-139		70-109	55-69	40-54	< 39
Frequência respiratória irpm)	> 50	35-49	25-34	12-24	10-11	6-9		< 5
Oxigenação A-aDO2								
a) FiO2 > 0,5 A-aDO2	>500	350-499	200-349		< 200			
b) FiO2 < 0,5 PaO2					>70	61-70		55-60
pH Arterial	> 7,7	7,6-7,69		7,5-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24
Sódio sérico (mEq/L)	> 180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119
Potássio sérico (mEq/L)	> 7	6-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9	
Creatinina sérica (mg/dL) dobrar pontos se IRA	> 3,5	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		< 0,6	
Hematócrito (%)	> 60		50-50,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9	
Número de leucócitos (x10 ³)	> 40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9	
Escala de Coma de Glasgow	3	4-6	7-9	10-12	13-15			
Bicarbonato sérico (mEq/L) (usar se não coletar gasometria)	> 52	41-51,9		32-40,9	22-31,9		18-21,9	15-17,9

Pontos para doença crônica

Se o paciente tem uma história de insuficiência grave de órgãos ou é imunocomprometido; assinale pontos como se segue:

- a) Para pacientes não-cirúrgicos ou pós-operatórios de emergência: 5 pontos
- b) Para pacientes de pós-operatórios eletivos: 2 pontos

Definições: a insuficiência de órgão ou o estado de imunodepressão deve ser evidente antes da admissão hospitalar e deve obedecer o seguinte critério:

Fígado: Cirrose comprovada por biópsia, hipertensão portal documentada; episódios passados de hemorragia gastrointestinal atribuídos à hipertensão portal; episódios anteriores de insuficiência hepática, encefalopatia ou coma

Cardiovascular: Classe IV da New York Association

Respiratória: Doença crônica restritiva, obstrutiva ou vascular resultando em grave restrição ao exercício, isto é, incapaz de subir escadas ou fazer serviços domésticos; hipóxia crônica documentada, hipercapnia, policitemia secundária, hipertensão pulmonar grave (> 40 mmHg); dependência de prótese ventilatória

Renal: Recebendo diálise cronicamente

Imunocomprometido: Paciente tem recebido terapia que suprime a resistência à infecção, isto é, imunossuppressores, quimioterapia, radioterapia, corticóides cronicamente ou recente em altas doses; doença que é suficientemente avançada para suprimir a resistência à infecção (leucemia, linfoma, AIDS).

Pontos para Idade	
Idade	Pontos
<44	0
45-54	2
55-64	3
65-74	5
>75	6

APACHE II (Pontos)	Mortalidade
0-4	4 %
5-9	8%
10-14	15%
15-19	25%
20-24	40%
25-29	55%
30-34	75%
> 34	85%

Referências

APACHE II Score [Internet]. [place unknown]: MDCALC; 2018 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <https://www.mdcalc.com/apache-ii-score>

Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. Crit Care Med [Internet]. 1985 Oct [cited 2019 Feb 5];13(10):818-29. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3928249>

33. CLASSIFICAÇÃO DA ASA^{17,18,19}

Área

Anestesia; Cirurgia.

Aplicabilidade

Categorização pré-operatória do estado fisiológico do paciente para presumir risco cirúrgico.

Classificação	Estágio da Doença
1	Paciente saudável
2	Paciente com doença sistêmica moderada, sem impacto na vida cotidiana
3	Paciente com doença sistêmica severa, que limita sua atividade normal
4	Paciente com doença sistêmica severa, que compromete a vida
5	Moribundo, sem expectativa de vida nas próximas 24h
6	Paciente com morte cerebral (doador de órgãos)

* Acrescentar o sufixo “E” em cirurgia de emergência.

Limitação

Não leva em consideração idade para conjecturar o risco cirúrgico.

Referências

ASA Physical Status/ASA Classification [Internet]. [place unknown]: MDCALC; 2018 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <https://www.mdcalc.com/asa-physical-status-asa-classification>

Doyle DJ, Garmon EH. American Society of Anesthesiologists Classification (ASA Class) [Internet]. [place unknown]: ASA Class; 2018 [updated 2018 Oct 27; cited 2018 Dec 17]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441940/>

Saklad M. Grading of patients for surgical procedures. Anesthesiology [Internet]. 1941 May [cited 2019 Feb 04]; (2): 281-284. Available from: <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1973837>

34. CLASSIFICAÇÃO DE BARCELONA²⁰

Área

Hepatologia; Oncologia.

Aplicabilidade

Avaliar o estágio do hepatocarcinoma (HCC) e parâmetros da função hepática, com o objetivo de fornecer uma estratificação precisa dos pacientes e, dessa forma, definir seu prognóstico e orientar a estratégia de tratamento.

Estágio	Performance Status	Estágio do Tumor	Estágio de Okuda	Estágio funcional hepático
Estágio A: HCC precoce				
A1	0	Único	I	Sem hipertensão portal e Bilirrubinas normais
A2	0	Único	I	Hipertensão portal e Bilirrubinas normais
A3	0	Único	I	Child-Pugh A-B
A4	0	3 tumores < 3 cm	I-II	Child-Pugh A-B
Estágio B: HCC intermediário	0	Multinodular extenso	I-II	Child-Pugh A-B
Estágio C: HCC avançado	1-2	Invasão vascular ou metástase extra-hepática	I-II	Child-Pugh A-B
Estágio D: HCC terminal	3-4	Qualquer	III	Child-Pugh C

* Estágio A e B: todos os critérios deverão ser preenchidos

Estágio	Tratamento	Primeira - Segunda Escolha
Estágio A: HCC precoce		
A1	Radical	Ressecção cirúrgica
A2		Ressecção cirúrgica ⑦ Transplante ortotópico hepático (TOH) ou Tratamento percutâneo
A3		TOH ou Tratamento percutâneo
A4		TOH ou Tratamento percutâneo
Estágio B: HCC intermediário	Paliativo	Embolização transarterial (associado ou não a tratamento percutâneo)
Estágio C: HCC avançado	Paliativo	Quimioterapia
Estágio D: HCC terminal	Sintomáticos	Tratamento de suporte

Referências

Llovet JM, Brú C, Bruix J. Prognosis of Hepatocellular Carcinoma: The BCLC Staging Classification. *Semin Liver Dis* [Internet]. 1999 [cited 2019 Feb 4];19(3):329-38. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10518312>

35. BISAP^{21,22,23}

Área

Cuidados intensivos.

Aplicabilidade

O *Bedside Index of Severity in Acute Pancreatitis* (BISAP) avalia, através de critérios clínico-laboratoriais, obtidos nas primeiras 24 horas, o risco de mortalidade em pacientes com pancreatite aguda.^{21,22,23}

Pontos	Critérios
1	BUN > 25mg/dL (Ureia > 53,3 mg/dL)
1	Idade > 60 anos
1	Rebaixamento do nível de consciência (Glasgow < 15)
1	SIRS (> 2 Critérios)
1	Derrame pleural

Interpretação

Mortalidade aumenta significativamente com pontuação ≥ 3 .

Referências

BISAP Score for Pancreatitis Mortality [Internet]. [place unknown]: MDCALC; 2018 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <https://www.mdcalc.com/bisap-score-pancreatitis-mortality>

Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology Guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2013 Jul [cited 2019 Feb 4];108:1400–15. Available from: <https://gi.org/guideline/acute-pancreatitis/>

Wu BU, Johannes RS, Sun X, Tabak Y, Conwell DL, Banks PA. The early prediction of mortality in acute pancreatitis: a large population-based study. *BMJ J* [Internet]. 2008 [cited 2019 Feb 4];57(12):1698-703. Available from: <https://gut.bmj.com/content/57/12/1698.share>

36. CLASSIFICAÇÃO DE BISMUTH-CORLETTE^{24,25,26}

Área

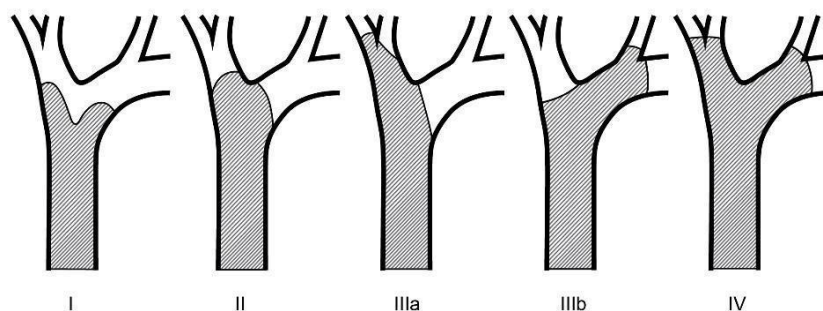
Oncologia; Fígado e vias biliares.

Aplicabilidade

Descrita em 1975, se propõe em dividir os colangiocarcinomas extra-hepáticos pela sua localização anatômica e extensão na via biliar. Possibilita descrever a lesão e, portanto, o planejamento cirúrgico de maneira simples.

Tipo	Localização do Tumor
I	Abaixo da confluência dos ductos hepáticos (>5mm)
II	Acometimento da confluência, mas não o ducto esquerdo ou direito
III A	Acomete o ducto comum e o ducto hepático direito
III B	Acomete o ducto comum e o ducto hepático esquerdo
IV	Acomete o ducto comum e ambos os ductos hepáticos

Classificação de Bismuth-Corlette



Limitações

É criticado por não avaliar a extensão radial do tumor, acometimento vascular, nodal, ou metástases. Apresenta acurácia de 48%, sensibilidade menor que 30% para tumores IIIA e IIIB. Não tem valor prognóstico.

Referências

Bismuth H, Corlette MB. Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver. Surg Gynecol Obstet [Internet]. 1975 Feb [cited 2019 Feb 5];140(2):170-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1079096>

Suarez-Munhoz MA, Fernandez-Aguilar JL, Sanchez-Perez B, Perez-Daga JA, Garcia-Albiach B, Pulido-Roa Y, et al. Risk factors and classifications of hilar

cholangiocarcinoma. *World J Gastrointest Oncol*. [Internet]. 2013 Jul [cited 2019 Feb 11];5(7):132-8. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3731526/>

Valero V, Cosgrove D, Herman JM, Pawlik TM. Management of perihilar cholangiocarcinoma in the era of multimodal therapy. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2014 Jan [cited 2019 Feb 4];6(4):481-95. Available from:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1586/egh.12.20>

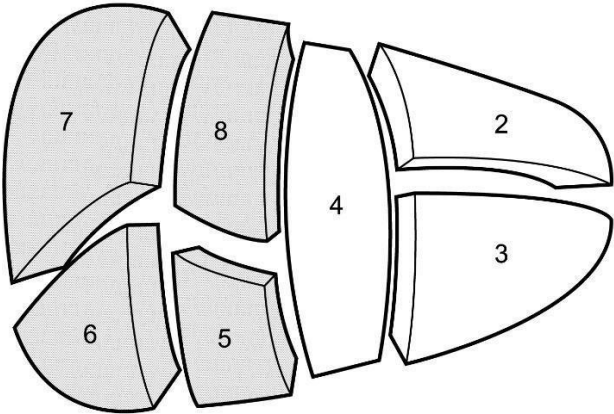
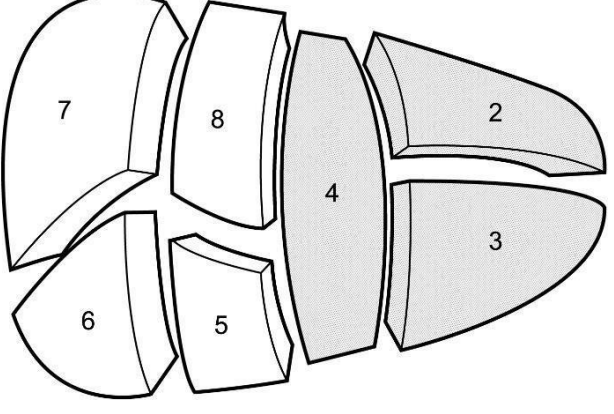
37. CLASSIFICAÇÃO DE BRISBANE^{27,28,29}

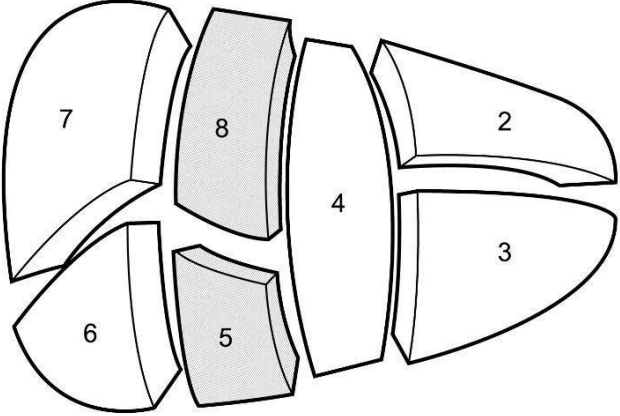
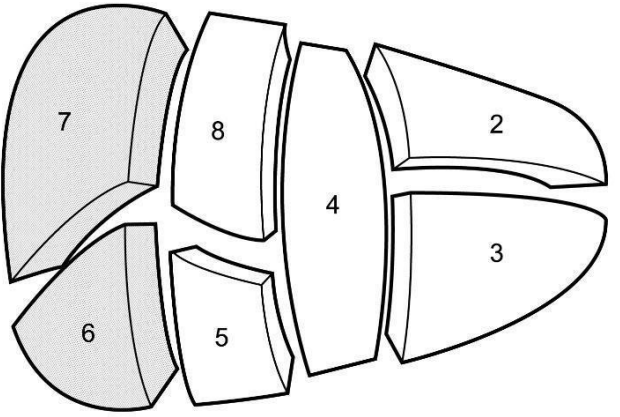
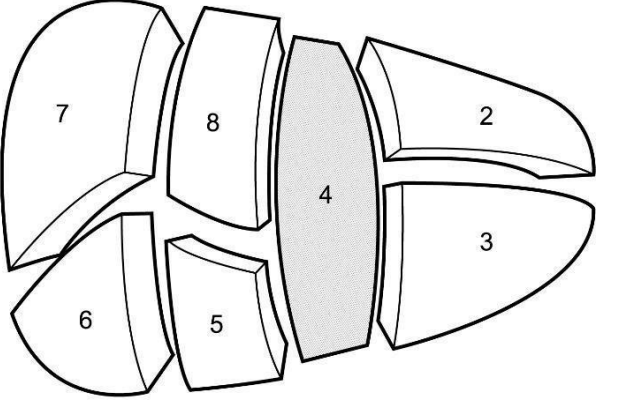
Área

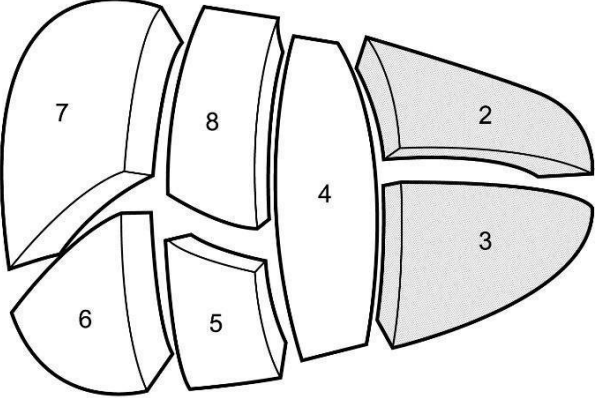
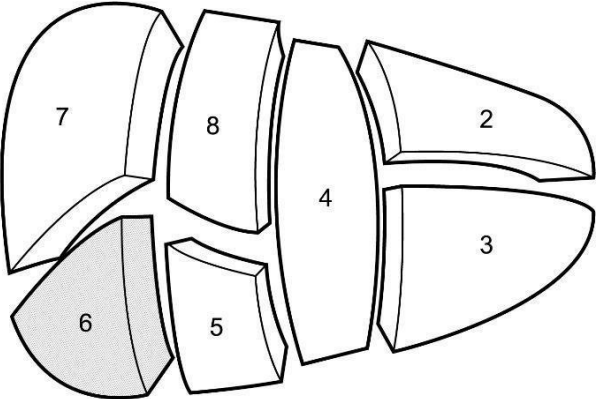
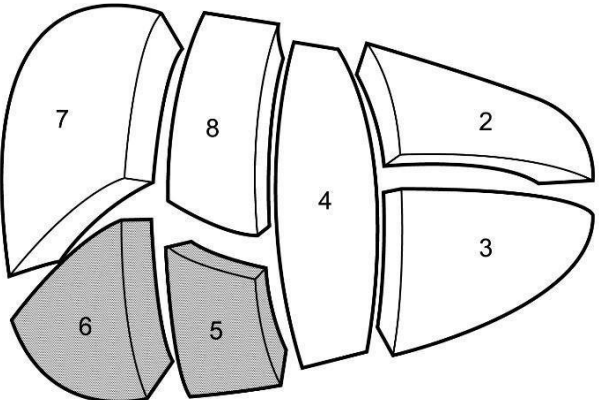
Hepatologia

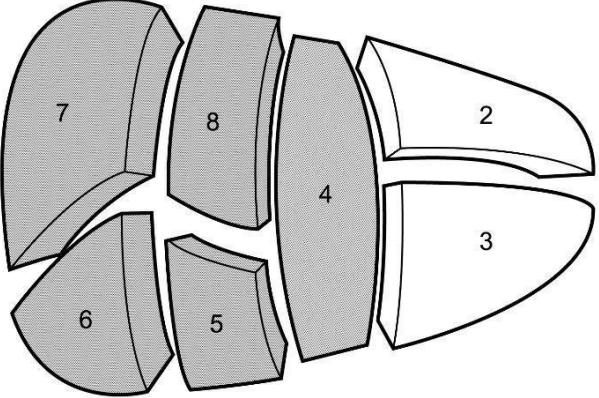
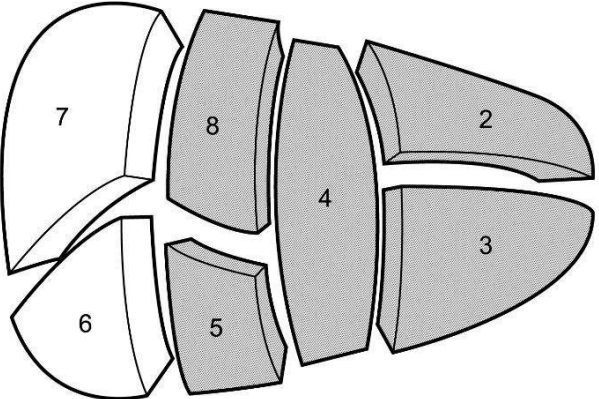
Aplicabilidade

Terminologia de anatomia e ressecções hepáticas. Segmentos são representados com a sigla Sg 1-9, sendo utilizado algarismos arábicos.

Termo Anatômico	Segmentos	Termo Cirúrgico	Diagrama
Hemi-fígado direito ou fígado direito	Sg 5-8 (\pm Sg1)	Hepatectomia direita ou hemihepatectomia direita	
Hemi-fígado esquerdo ou fígado esquerdo	Sg 2-4 (\pm Sg1)	Hepatectomia esquerda ou hemihepatectomia esquerda	

<p>Setor anterior direito</p>	<p>Sg 5,8</p>	<p>Setorectomia anterior direita</p>	 <p>A diagram of the right lobe of the liver, divided into segments 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. Segments 5 and 8 are shaded, representing the anterior right sectorectomy.</p>
<p>Setor posterior direito</p>	<p>Sg 6,7</p>	<p>Setorectomia posterior direita</p>	 <p>A diagram of the right lobe of the liver, divided into segments 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. Segments 6 and 7 are shaded, representing the posterior right sectorectomy.</p>
<p>Setor medial esquerdo</p>	<p>Sg 4</p>	<p>Setorectomia medial esquerda ou ressecção do segmento 4 ou segmentectomia do 4</p>	 <p>A diagram of the right lobe of the liver, divided into segments 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. Segment 4 is shaded, representing the medial left sectorectomy or segmentectomy of segment 4.</p>

Setor lateral direito	Sg 2,3	Setorectomia lateral esquerda ou bisegmentectomia 2,3	
Segmentos 1-9	Sg 1-9	Segmentectomia	 <p>(segmentectomia 6)</p>
2 segmentos contíguos	-	Bisegmentectomia	 <p>(segmentectomia 5, 6)</p>

	Sg 4-8 (\pm Sg1)	Trisegmentectomi a direita (preferível) ou hepatectomia direita estendida	
	Sg 2,3,4,5,8 (\pm Sg1)	Trisegmentectomi a esquerda ou hepatectomia esquerda estendida	

* Segmentos 1 e 9 não ilustrados.

Referências

Ferraz AA, Torres OJ, Martins AC. Cirurgia Hepática. In: Petroianu A. Clínica Cirúrgica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Rio de Janeiro: Atheneu; 2010.

Strasberg SM. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. J Hepatobiliary Pancreat Surg [Internet]. 2005 [cited 2019 Feb 4];12: 351-5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1007/s00534-005-0999-7>

Strasberg SM, Belghiti J, Clavien PA, Gadzijev E, Garden JO, Lau WY, et al. The Brisbane 2000 Terminology of Liver Anatomy and Resections. HPB Surg [Internet]. 2000 [cited 2019 Feb 4];2(3):333-39. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1365182X17307554>

38. ESCORE DE KHORANA^{30,31,32}

Área

Tromboembolismo; Oncologia.

Aplicabilidade

Prediz risco de desenvolvimento de tromboembolismo venoso em pacientes oncológicos em programação de quimioterapia. Validado apenas para pacientes ambulatoriais.

Variável	Pontuação
Câncer de muito alto risco: Estômago e Pâncreas	2
Câncer de alto risco: Pulmão, Linfoma, Ginecológicos, Bexiga, Testículo	1
Contagem de plaquetas* $\geq 350.000/\mu\text{l}$	1
Nível de hemoglobina $<10\text{g/dl}$ ou uso de fator de crescimento de hemácias	1
Contagem de leucócitos* $\geq 11.000/\mu\text{l}$	1
IMC $\geq 35\text{kg/m}^2$	1

* Pré-quimioterapia.

Interpretação

Grupo de Risco	Pontuação	Taxa de TEV
Baixo	0	0.3-0,8%
Intermediário	1-2	1.8-2%
Alto	≥ 3	6.7-7.1%

Referências

Dutia M, White RH, Wun T. Risk assessment models for cancer-associated venous thromboembolism. *Cancer* [Internet]. 2012 Jul [cited 2019 Feb 4];118(14):3468-76. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.26597>

Khorana AA, Kuderer NM, Culakova E, Lyman GH, Francis CW. Development and validation of a predictive model for chemotherapy-associated thrombosis. *Blood* [Internet]. 2008 May [cited 2019 Feb 4];111(10):4902-07. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2384124/>

Khorana Risk Score for Venous Thromboembolism in Cancer Patients [Internet]. [place unknown]:MDCALC; [cited 2018 Dec 28]. Available from: <https://www.mdcalc.com/khorana-risk-score-venous-thromboembolism-cancer-patients>

39. LEMON^{33,34}

Área

Anestesiologia; Cuidados intensivos.

Aplicabilidade

Prediz laringoscopia e intubação difíceis baseados na avaliação de características físicas do paciente.

Passos	Descrição
L (Look externally)	Impressão clínica subjetiva de via aérea difícil (trauma facial, anormalidades anatômicas, incisivos grandes, presença de barba)
E (Evaluate)	Avaliação por meio da medida de determinantes geométricos usando a regra 3-3-2
M (Mallampati score)	Mallampati maior ou igual a 3 prediz via aérea difícil em conjunto com outras variáveis
O (Obstruction/Obesity)	Presença de fatores obstrutivos de via aérea superior (obesidade, abscessos, hematomas, tumores)
N (NeckMobility)	Mobilidade reduzida da coluna cervical compromete laringoscopia direta

Interpretação

Regra 3-3-2:

- 3: capacidade de colocar 3 dedos entre os incisivos (avalia abertura da boca);
- 3: capacidade de colocar 3 dedos entre o mento e o hioide;
- 2: capacidade de colocar 2 dedos entre a extremidade superior da cartilagem tireoide e o osso hioide.

Referências

Murphy MF, Walls RM. The difficult and failed airway. In: Walls RM, editor. Manual of emergency airway management. Chicago: Lippincott Williams and Wilkins; 2000. p.31–9.

Reed MJ, Dunn MJ, McKeown DW. Can an airway assessment score predict difficulty at intubation in the emergency department? Emerg Med J. [Internet]. 2005 Feb [cited 2019 Feb 4];22(2):99–102. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1726680/>

40. CLASSIFICAÇÃO DE LOS ANGELES^{35,36,37}

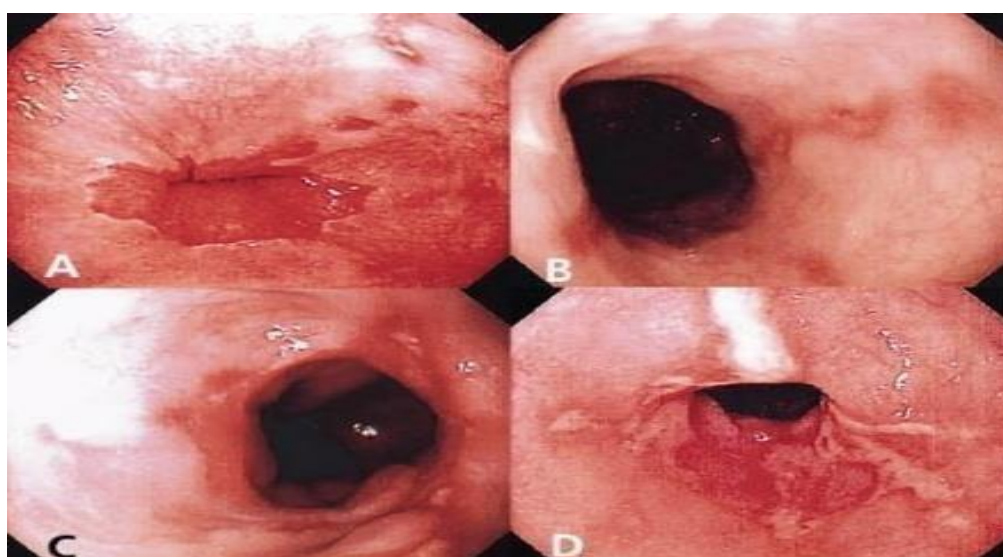
Área

Endoscopia; Gastroenterologia.

Aplicabilidade

Estratificar severidade da esofagite com base nos achados endoscópicos de forma objetiva e com baixa variabilidade entre observadores.

Grau	Achados Endoscópicos
A	Uma (ou mais) solução de continuidade da mucosa <5mm sem contiguidade entre o topo das pregas mucosas longitudinais
B	Uma (ou mais) solução de continuidade da mucosa >5mm sem contiguidade entre o topo das pregas mucosas longitudinais
C	Uma (ou mais) solução de continuidade da mucosa contígua entre o topo de duas (ou mais) pregas mucosas longitudinais, envolvendo <75% da circunferência do esôfago
D	Uma (ou mais) solução de continuidade da mucosa contígua entre o topo de duas (ou mais) pregas mucosas longitudinais, envolvendo >75% da circunferência do esôfago



Interpretação

Grau	Severidade
A-B	Esofagite leve
C-D	Esofagite severa

Referências

- Armstrong D, Bennett JR, Blum AL, Dent J, De Dombal FT, Galmiche JP, et al. The endoscopic assessment of esophagitis: a progress report on observer agreement. *Gastroenterol* [Internet]. 1996 Jul [cited 2019 Feb 4];111(1):85-92. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016508596003320?via%3Dihub>
- Los Angeles (LA) Grading of Esophagitis [Internet]. [place unknown]: MDCalc; [cited 2018 Dec 28]. Available from: <https://www.mdcalc.com/los-angeles-la-grading-esophagitis>
- Lundell LR, Dent J, Bennett JR, Blum AL, Armstrong D, Galmiche JP, et al. Endoscopic assessment of esophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles Classification. *Gut* [Internet]. 1999 Aug [cited 2019 Feb 4];45(2):172-180. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1727604/>

41. CLASSIFICAÇÃO DE SHEA³⁸

Área

Cuidados intensivos; Cuidados de enfermagem.

Aplicabilidade

Classifica as lesões por pressão de acordo com os seus estágios evolutivos para guiar medidas de prevenção e tratamento.

Estágio	Descrição
I	Apenas eritema que não desaparece mesmo após retirada da pressão local
II	Lesão da derme superficial. Pode apresentar-se sob forma de flictenas, fissuras ou abrasões.
III	Lesão da espessura total da pele com exposição do tecido subcutâneo
IV	Lesão profunda atingindo plano muscular e/ou ósseo, podendo ocorrer comunicação com outras lesões vizinhas

Referências

Shea JD. Pressure sores: classification and management. Clin Orthop. 1975;(112):89-100.

42. ESCALA DE COMA DE GLASGOW^{39,40,41,42,43}

Área

Trauma; Cuidados intensivos; Reabilitação.

Aplicabilidade

Padronizar a avaliação da profundidade e prognóstico de um evento de rebaixamento do nível de consciência e coma, independente de sua etiologia.

Variáveis	Resposta	Pontuação
Abertura Ocular	Espontânea	4
	Chamado	3
	Estímulo Doloroso	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras Inapropriadas	3
	Sons Incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece Comandos	6
	Localiza a dor	5
	Retirada	4
	Decorticação	3
	Descerebração	2
	Nenhuma	1

Interpretação

- A escala não substitui o exame neurológico completo;
- Deve ser pontuada a melhor resposta;
- Para ser considerado orientado o paciente deve responder quem é, onde está e qual o mês e ano atuais;
- Estratificar gravidade
 - 13-15 🚫 Injúria cerebral leve
 - 9-12 🚫 Injúria cerebral moderada
 - 8 ou < 🚫 Injúria cerebral severa
 - Glasgow igual ou inferior a 8 – necessidade de proteção de vias aéreas

Limitações

- Avaliação da resposta verbal em pacientes intubados, traqueostomizados ou disfásicos/afásicos;
- Não leva em conta déficits focais em sua avaliação.

Referências

- Glasgow Coma Scale/Score (GCS) [Internet]. [place unknown]: MDCalc; [cited 2018 Dec 28]. Available from: <https://www.mdcalc.com/glasgow-coma-scale-score-gcs>
- Jennett B, Teasdale G. Aspects of coma after severe head injury. *Lancet* [Internet]. 1977 Apr [cited 2019 Feb 4];309(8017):878-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/67287>
- Middleton PM. Practical use of the Glasgow Coma Scale; a comprehensive narrative review of GCS methodology. *Australas Emerg Nurs J* [Internet]. 2012 Aug [cited 2019 Feb 4];15(3):170-83. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574626712000651?via%3Dihub>
- Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* [Internet]; 1974 Jul [cited 2019 Feb 4];304(7872):81-4. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673674916390?via%3Dihub>
- Teasdale G, Maas A, Lecky F, Manley G, Stocchetti N, Murray G. The Glasgow Coma Scale at 40 years: standing the test of time. *Lancet Neurol* [Internet]. 2014 Aug [cited 2019 Feb 4]; 13(8):844-54. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1474442214701206?via%3Dihub>

43. ESCALA DE COMA DE GLASGOW-PUPILAS^{44,45}

Área

Trauma; Cuidados intensivos.

Aplicabilidade

O acréscimo da resposta pupilar na escala visa ampliar o espectro de informações extraídas e a acurácia na determinação do prognóstico.

Variáveis	Resposta	Pontuação
Abertura Ocular	Espontânea	4
	Chamado	3
	Estímulo Doloroso	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras Inapropriadas	3
	Sons Incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece Comandos	6
	Localiza a dor	5
	Retirada	4
	Decorticação	3
	Descerebração	2
	Nenhuma	1
Ausência de Reatividade Pupilar	Ambas pupilas	2
	Uma pupila	1
	Nenhuma pupila	0

Interpretação

O valor do item reatividade pupilar deve ser subtraído da soma dos demais.

Referências

Brennan PM, Murray GD, Teasdale GM. Simplifying the use of prognostic information in traumatic brain injury. Part 1: The GCS-Pupils score: an extended index of clinical severity. *J Neurosurg* [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Feb 4];128(6):1612-20. Available from: <https://thejns.org/view/journals/j-neurosurg/128/6/article-p1612.xml>

What is the Glasgow Coma Scale Pupils Score? [Internet]. [place unknown]: GCS; [cited 2018 Dec 28]. Available from: <https://www.glasgowcomascale.org/what-is-gcs-p/>

44. HARMLESS ACUTE PANCREATITIS SCORE (HAPS)^{46,47,48}

Área

Pancreatite aguda.

Aplicabilidade

Identificar de forma rápida, dentre os pacientes com primeiro episódio de pancreatite aguda, quais terão um curso leve da doença e não necessitarão de cuidados intensivos.

Variáveis	Ausente	Presente
Peritonite (dor à descompressão e/ou defesa abdominal)	0	1
Creatinina Sérica \geq 2mg/dl	0	1
Hematócrito \geq 43% (masculino) ou \geq 39.6% (feminino)	0	1

Interpretação

- Quando todas variáveis estão ausentes (escore zero), define-se pancreatite de baixo risco (sem necrose, necessidade de ventilação mecânica ou diálise) com uma especificidade de 97% e um valor preditivo positivo de 98%;
- Deve ser utilizado de preferência no curso precoce na doença, momento em que é difícil identificar casos leves da doença apenas com base no julgamento clínico;

Referências

Harmless Acute Pancreatitis Score (HAPS) [Internet]. [place unknown]: MDCalc; [cited 2018 Dec 28] . Available from: <https://www.mdcalc.com/harmless-acute-pancreatitis-score-haps>

Lankisch PG, Weber-Dany B, Hebel K, Maisonneuve P, Lowenfels AB. The harmless acute pancreatitis score: a clinical algorithm for rapid initial stratification of nonsevere disease. Clin Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2009 Jun [cited 2019 Feb 4];7(6):702-5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1542356509001402?via%3Dihub>

Oskarsson V, Mehrabi M, Orsini N, Hammarqvist F, Segersvärd R, Andrén-Sandberg A, et al. Validation of the harmless acute pancreatitis score in predicting nonsevere course of acute pancreatitis. Pancreatology [Internet]. 2011 [cited 2019 Feb 4];11(5):464-8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1424390311800025?via%3Dihub>

45. CLASSIFICAÇÃO DE CLAVIEN-DINDO^{49,50}

Área

Complicações cirúrgicas.

Aplicabilidade

Estratificar as complicações pós-operatórias a partir da terapia necessária para resolução do quadro.

Classificação	Definição
Grau I	Qualquer desvio do curso pós-operatório normal, sem necessidade de intervenção farmacológica, cirúrgica, endoscópica ou radiológica. Regimes terapêuticos permitidos: anti-eméticos; anti-piréticos; analgésicos; diuréticos; eletrólitos e fisioterapia. Inclui abertura de ferida a beira do leito.
Grau II	Necessidade de intervenção medicamentosa não incluída no grau I. Inclui nutrição parenteral total e transfusão sanguínea.
Grau III	Necessidade de intervenção cirúrgica, endoscópica ou radiológica.
	IIIa. Intervenção sem anestesia geral.
	IIIb. Intervenção sob anestesia geral.
Grau IV	Complicação com risco de vida. (Incluindo SNC) Necessidade de UTI.
	IVa. Disfunção de apenas um órgão sólido (diálise incluída)
	IVb. Disfunção de múltiplos órgãos
Grau V	Morte do Paciente

* **Sufixo d:** Persistência de complicação no momento da alta, com necessidade de seguimento.

Referências

Clavien PA, Sanabria JR, Strasberg SM. Proposed classification of complications of surgery with examples of utility in cholecystectomy. *Surgery* [Internet]. 1992 May [cited 2019 Feb 4];111(5):518-26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1598671>

Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* [Internet]. 2004 Aug [cited 2019 Feb 4];240(2):205-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360123/>

46. CLASSIFICAÇÃO DE LAUREN^{51,52,53}

Área

Oncologia / Estômago.

Aplicabilidade

A classificação de Lauren, criada em 1965 diferencia histologicamente o adenocarcinoma gástrico. Classifica em subtipo intestinal e difuso.

Subtipo	Características
Intestinal	<ul style="list-style-type: none">- Padrão glandular, presença de células neoplásicas coesas formando estruturas tubulares e massa discreta.- Surge em áreas com metaplasia intestinal.- Local mais comum: <i>antro e pequena curvatura</i>- Disseminação: <i>hematogênica</i>- EDA: <i>lesão expansiva, polipoide e ulcerada</i>- Homens (55-60 anos)
Difuso	<ul style="list-style-type: none">- Composto por células separadas ou pequenos agrupamentos de células com secreção mucinosa distribuída por todo citoplasma (que pode deslocar lateralmente o núcleo celular resultando nas chamadas células “em anel de sinete”).- Inicia-se no epitélio normal.- Local mais comum: <i>cárdia e fundo gástrico</i>- Disseminação: <i>transmural e linfática</i>- EDA: <i>úlceras infiltradas ou linite plástica</i>- Relação com tipo sanguíneo A- Jovens (40-48 anos)

Interpretação

A importância do tipo histológico na análise epidemiológica do câncer gástrico resulta do fato de que o subtipo intestinal é mais frequente em áreas de elevada incidência do câncer gástrico.

Limitações

Atualmente há outras classificações com diversos subtipos não contemplados pela classificação de Lauren que conseguem determinar prognóstico.

Referências

Crew KD, Neugut AI. Epidemiology of gastric cancer. World J Gastroenterol [Internet]. 2006 Jan 21 [cited 2019 Feb 4];12(3):354-62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4066052/>

Howson CP, Hiyama T, Wynder EL. The decline of gastric cancer: epidemiology of an unplanned triumph. *Epidemiol Rev* [Internet]. 1986 [cited 2019 Feb 4];8:1-27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3533579>

Lauren P. The two histological main types of gastric carcinoma: diffuse and so-called intestinal-type carcinoma. *Acta Pathol Microbiol Scand* [Internet]. 1965 [cited 2019 Feb 4];64:31-49. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14320675>

47. CLASSIFICAÇÃO DE OKUDA⁵⁴

Área

Hepatologia.

Aplicabilidade

Descrita em 1985, a classificação de Okuda é utilizada para estadiamento e avaliação de prognóstico no hepatocarcinoma. Abrange tanto fatores tumorais quanto fatores referentes a função hepática.

Critério	Positivo	Negativo
Tamanho do tumor	>50%	<50%
Ascite	Clinicamente detectável	Clinicamente não detectável
Albumina	< 3mg/dL	> 3mg/dL
Bilirrubina	> 3mg/dL	< 3mg/dL

Interpretação

- Okuda I: nenhum critério positivo;
- Okuda II: 1 ou 2 critérios positivos;
- Okuda III: 3 ou 4 critérios positivos.

Referências

Okuda K, Ohtsuki T, Obata H, Tomimatsu M, Okazaki N, Hasegawa H, et. al. Natural history of hepatocellular carcinoma and prognosis in relation to treatment: study of 850 patients. Cancer [Internet]. 1985 Aug 15 [cited 2019 Feb 4];56(4):918-28. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2990661>

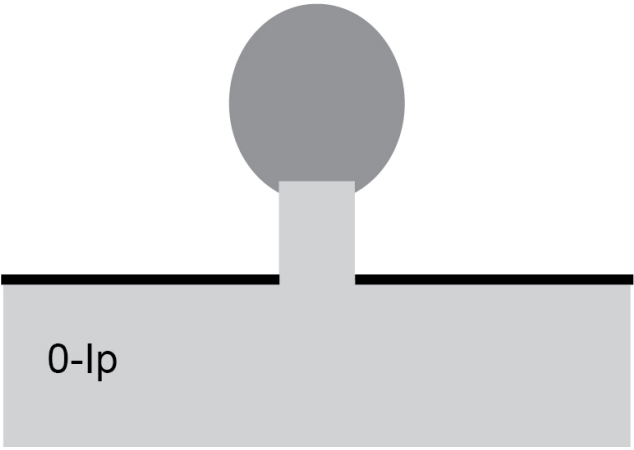



48. CLASSIFICAÇÃO DE PARIS DE LESÕES NEOPLÁSICAS DO TRATO DIGESTIVO⁵⁵



Área

Endoscopia digestiva.

Aplicabilidade

Utilizada para descrever lesões de morfologia superficial encontradas durante a realização de exame endoscópico.

Tipo	Descrição	Imagem
Ip	Lesão protrusa pediculada.	
Is	Lesão protrusa séssil.	
Ila	Lesão superficial elevada.	
Iib	Lesão plana.	

IIc	Lesão rasa, deprimida.	
III	Lesão escavada	

Referências

The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach and colon. *Gastroint Endosc* [Internet]. 2003 Dec [cited 2019 Feb 4];58(6):S3-S43.
 Available from: [https://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(03\)02159-X/abstract](https://www.giejournal.org/article/S0016-5107(03)02159-X/abstract)

49. CLASSIFICAÇÃO DAS HEMORROIDAS INTERNAS^{56,57}

Área

Coloproctologia.

Aplicabilidade

Criada em 1989 por Dennison e colaboradores a classificação das hemorroidas internas tem por objetivo classificar os mamilos hemorroidários em graus a depender da presença de prolapso. Como é uma classificação que leva em consideração, principalmente, os sintomas, ela se torna mais útil para se planejar a terapia clínica considerada mais adequada.

Grau	Apresentação clínica	Tratamento
I	Sem prolapso	Clínico dietético
II	Prolapso com redução espontânea	Ligadura elástica, escleroterapia ou eletrocoagulação
III	Prolapso com redução manual	Ligadura elástica, escleroterapia ou eletrocoagulação
IV	Prolapso não redutível	Hemorroidectomia

Limitações

Um grande percentual de pacientes apresenta uma combinação de componentes externos e internos sendo necessário identificar o componente predominante para propor o tratamento adequado.

Referências

- Balasubramaniam S, Kaiser AM. Management options for symptomatic hemorrhoids. *Curr Gastroenterol Rep* [Internet]. 2003 Oct [cited 2019 Feb 4];5(5):431-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12959726>
- Dennison AR, Whiston RJ, Rooney S, Morris DL. The management of hemorrhoids. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 1989 May [cited 2019 Feb 4];84(5):475-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2655433>









50. CLASSIFICAÇÃO JAPONESA DE CÂNCER GÁSTRICO PRECOCE^{58,59}

Área

Gastroenterologia.

Aplicabilidade

Criada pela Sociedade Japonesa de Endoscopia Gastroenterológica utilizada para descrição de lesões gástricas precoces avaliada na endoscopia digestiva alta.

Tipo	Descrição	Imagem
I	Lesão polipoide	
II	Lesão superficial	IIa 
		IIb 
		IIc 
III	Lesão ulcerada	
	Lesões mistas	III+IIc 
		IIc+III 
		IIa+IIc 

Referências

Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Classification of gastric carcinoma: 3rd english edition. *Gastric Cancer* [Internet]. 2011 Jun [cited 2019 Feb 4];14(2):101-12. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10120-011-0041-5>

Murakami T. Pathomorphological diagnosis: definition and gross classification of early gastric cancer. *Gann Monogr Cancer Res.* 1971.

51. ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO DE GOLDMAN^{60,61}

Área

Pré-operatório; Risco cirúrgico.

Aplicabilidade

Utiliza nove fatores de risco independentes para estratificar os pacientes em pré-operatório de cirurgias não cardíacas quanto ao risco de desenvolver complicações cardiovasculares ameaçadoras a vida e/ou evoluir para óbito a partir destas complicações durante todo o período perioperatório.

Variáveis	Pontuações
Idade maior que 70 anos	5 pontos
Infarto agudo do miocárdio há menos de 6 meses	10 pontos
B3 ou estase jugular	11 pontos
Importante estenose aórtica	3 pontos
Arritmia sinusal ou não sinusal com contração atrial prematura em último ECG pré-operatório	7 pontos
>5 Extrasístoles ventriculares/ minuto em qualquer momento antes da cirurgia	7 pontos
PaO ₂ <60 ou PaCO ₂ >50mmHg; K ⁺ <3 mEq/l ou HCO ₃ <20 mEq/l; BUN >50mg/dl (ureia > 107,5 mg/dl) ou creatinina > 3mg/dl; AST anormal; Paciente acamado por causa não cardíaca*	3 pontos
Cirurgia intratorácica, intra-abdominal ou aórtica	3 pontos
Cirurgia de emergência	4 pontos

* Estas variáveis não são somativas.

Interpretação

Classificação	Risco de Complicação	Risco de Óbito
Classe I (0 a 5 pontos)	0,7%	0,2%
Classe II (6 a 12 pontos)	5%	2%
Classe III (13 a 24 pontos)	11%	17%
Classe IV (>25 pontos)	22%	56%

- As complicações incluem infarto do miocárdio, edema pulmonar e taquicardia ventricular dentro dos 6 dias de pós-operatório

Limitações

Inclui, no seu cálculo, variáveis eletrocardiográficas que tornam menos prático do que outros índices desenvolvidos mais recentemente e a partir dele. Não inclui em suas variáveis, itens referentes à sintomatologia clínica do paciente (i.e angina) nem à sua capacidade funcional.

Referências

- Gilbert K, Larocque BJ, Patrick LT. Prospective evaluation of cardiac risk indices for patients undergoing noncardiac surgery. *Ann Intern Med* [Internet]. 2000 Sep [cited 2019 Feb 4];133(5):356-9. Available from: <https://annals.org/aim/article-abstract/713836/prospective-evaluation-cardiac-risk-indices-patients-undergoing-noncardiac-surgery?volume=133&issue=5&page=356>
- Goldman L, Caldera DL, Nussbaun SR, Southwick FS, Krogstad D, Murray B, et al. Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac surgical procedures. *N Engl J Med* [Internet]. 1977 Oct 20 [cited 2019 Feb 4]; 297(16):845-50. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197710202971601>

52. ESCORE CLIP^{62,63}

Área

Oncologia; Fígado e vias biliares.

Aplicabilidade

Descrito em 1998, pelos investigadores do Programa Italiano de Câncer de Fígado (Cancer of the Liver Italian Program – CLIP), este escore usa características clínicas, laboratoriais e radiológicas para estimar sobrevida de pacientes com carcinoma hepatocelular.

Características	Pontuação		
	0	1	2
Child-Pugh	A	B	C
Morfologia do tumor	Uninodular e extensão <50%	Multinodular e extensão <50%	Imenso ou extensão >50%
Alfa-feto proteína (ng/dL)	<400	>400	
Trombose de veia porta	Não	Sim	

Interpretação

Após a soma simples dos pontos, têm-se a estimativa de sobrevida abaixo.

Escore	Sobrevida mediana
0	45.2 meses
1	32 meses
2	16.5 meses
3	4.5 meses
4	2.5 meses
5-6	1 mês

Referências

Clip scoring system for HCC [Internet]. [place unknown]: GIHEP; c2019 [cited 2018 Ago 2]. Available from: <http://gihep.com/calculators/hepatology/clip/>

Gallo C, et al. Japanese Classification of gastric carcinoma: 3rd english edition. Gastric Cancer [Interney]. 1998 Sep [cited 2019 Feb 4];28(3):751-5. Available from: <https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hep.510280322>

53. CORMACK-LEHANE⁶⁴

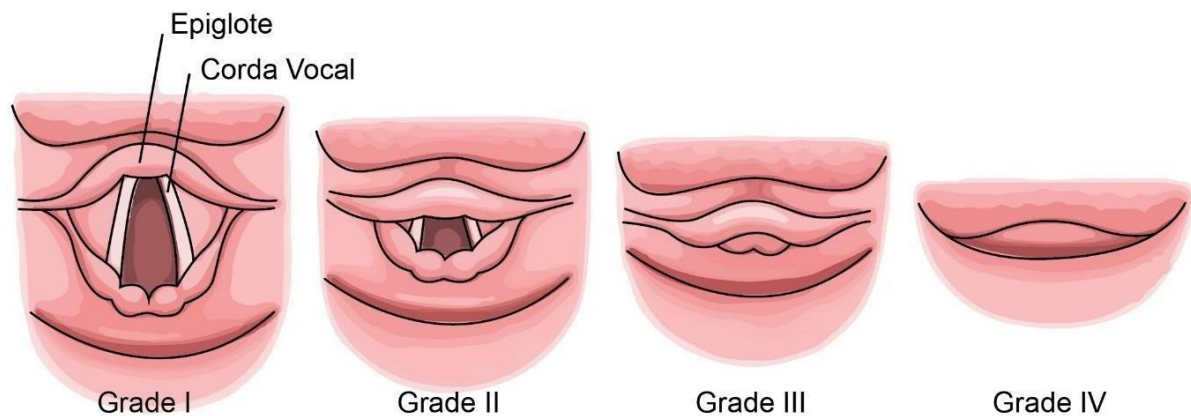
Área

Anestesiologia.

Aplicabilidade

Identifica o grau de visualização glótica sob laringoscopia direta e avalia a dificuldade para realização da intubação orotraqueal.

Pontuação	Estruturas visualizadas
I	Comissuras anterior e posterior da corda vocal
II	Apenas a comissura posterior
III	Apenas a epiglote
IV	Apenas a base da língua



Interpretação

Graus I e II são classificadas como laringoscopias fáceis e III e IV como difíceis, sendo estas últimas comumente encontradas em crianças menores de um ano.

Referências

Rosenblatt WH, Sukhupragarn W. Airway management. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, et al, editors. Clinical Anesthesia. 6th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2009. p.751.

54. CRAMS^{65,66}

Área

Trauma; Emergência.

Aplicabilidade

Escore usado na triagem pré-hospitalar para determinar a necessidade de transferência do paciente para um centro de trauma.

Critério	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Circulação	Ausência de enchimento capilar e PAS < 85mmHg	Tempo de enchimento capilar lento e PAS < 85-100mmHg	Tempo de enchimento capilar normal e PAS > 100mmHg
Respiração	Ausente	Anormal	Normal
Abdome / Tórax	Rigidez abdominal ou instabilidade torácica ou lesão penetrante	Abdome ou tórax doloroso	Abdome e tórax indolores
Motor	Descerebração ou ausência de resposta	Resposta a estímulo doloroso	Normal
Fala	Incompreensível ou ausência de resposta	Confusa ou inapropriado	Normal

Interpretação

Se a soma for ≤ 8 pontos indica uma situação de trauma importante.

Referências

- Gormican SP. CRAMS scale: field triage of trauma victims. Ann Emerg Med [Internet]. 1982 Mar [cited 2019 Feb 4];11(3):132-5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064482802370?via%3Dihub>
- Ornato J, Milinek EJ, Craren EJ, Nelson N. Ineffectiveness of The Trauma Score and The CRAMS Scale for accurately Triage Patients to Trauma Centers. Ann Emerg Med [Internet]. 2005 Nov [cited 2019 Feb 4];14(11):1061-64. Available from: [https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(85\)80920-3/fulltext](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(85)80920-3/fulltext)

55. CRITÉRIOS DE MILÃO^{67,68,69}

Área

Transplante hepático.

Aplicabilidade

Criada em 1996 por Mazzaferro e colaboradores tem por objetivo estabelecer critérios de elegibilidade para transplante hepático em pacientes com hepatocarcinoma celular.

Características clínicas

Tumor único ≤ 5 cm

Não mais que 3 nódulos ≤ 3 cm

Ausências de invasão vascular ou extensão extra-hepática

Referências

Fox AN, Brown RS Jr. Is the patient a candidate for liver transplantation?

Clin Liver Dis [Internet]. 2002 May [cited 2019 Feb 4];16(2):435-48. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089326112000323?via%3Dihub>

Mazzaferro V, Regalia E, Doci R, Andreola S, Pulvirenti A, Bozzetti F, et al. Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis. N Engl J Med [Internet]. 1996 Mar 14 [cited 2019 Feb 4];334(11):693-9.

Available from:

https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199603143341104?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dwww.ncbi.nlm.nih.gov

Vincenzo M. Milan criteria for liver transplantation [Internet]. [place unknown]: MDCalc; [cited 2018 Ago 20]. Available from: <https://www.mdcalc.com/milan-criteria-liver-transplantation>

56. CRITÉRIOS DE WEST HAVEN^{70,71,72}

Área

Hepatologia.

Aplicabilidade

Criada em 1979 por Conn e Lieberthal com objetivo de classificar a Encefalopatia Hepática (EH).

Grau	Consciência
0	Normal
I	Baixo nível de alerta, euforia, ansiedade Amplitude atencional reduzida Déficit nas atividades de cálculo como adição ou subtração
II	Letargia, apatia, desorientação temporal e espacial Alterações evidentes na personalidade Comportamento inapropriado.
III	Sonolência e semi-estupor mas com resposta a estímulos verbais Confusão Desorientação grave
IV	Coma (sem resposta a estímulos verbais ou nocivos)

Interpretação

- Encefalopatia hepática subclínica: Grau I.
- Encefalopatia hepática franca: Grau II a IV.

Limitações

Ferramenta subjetiva com limitada reprodutibilidade entre observadores, devido a subjetividade na avaliação clínica.

Referências

- Conn HO. Hepatic encephalopathy: syndromes and therapies. Bloomington: Medi Ed Press; 1994. p.13-26.
- Conn H, Lieberthal M. The hepatic coma syndromes and lactulose. Gastroenterol [Internet]. Baltimore. 1979 Dec [cited 2019 Feb 4];77(6):1360. Available from: [https://www.gastrojournal.org/article/0016-5085\(79\)90191-4/abstract](https://www.gastrojournal.org/article/0016-5085(79)90191-4/abstract)

Ferenci P. Hepatic Encephalopathy Grades/Stages [Internet]. [place unknown]: MDCalc; [cited 2018 Set 20]. Available from: <https://www.mdcalc.com/hepatic-encephalopathy-grades-stages#creator-insights>

57. CLASSIFICAÇÃO DE DUKES-ASTLER-COLLER^{73,74}

Área

Oncologia; Coloproctologia.

Aplicabilidade

Estadiamento do câncer colorretal e auxílio na decisão da abordagem do câncer e determinação do prognóstico.

Grau	Descrição
A	Carcinoma limitado a parede retal
B	Disseminação por contiguidade para tecidos extrarretais e ausência de metástase linfonodal
C	Metástases em linfonodos regionais

Limitações

Não prediz diretamente a extensão do acometimento da mucosa retal.

Referências

Dukes CE. The classification of cancer of the rectum. J Pathol [Internet]. 1932 [cited 2019 Feb 4];35:323-32. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/path.1700350303>

Gervaz P, Bouzourene H, Cerottini JP, Chaubert P, Benhattar J, Secic M, et al. Dukes B colorectal cancer: distinct categories and clinical outcome based on proximal or distal tumor location. Dis Colon Rectum [Internet]. 2001 Mar [cited 2019 Feb 4];44(3):364-73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11289282>

58. ESCORE DE ALVARADO^{75,76}

Área

Abdome agudo.

Aplicabilidade

Estratificar pacientes com diagnóstico suspeito de apendicite, com base em sinais, sintomas e achados laboratoriais.

Sintomas	Migração da dor	1
	Anorexia	1
	Náuseas e ou vômitos	1
Sinais	Defesa no quadrante inferior direito	2
	Dor à descompressão	1
	Elevação da temperatura (>37.2 °C)	1
Laboratório	Leucocitose (>10.000)	2
	Desvio a esquerda	1

Pontos	Conduta
1-4	Alta
5-6	Observação
7-10	Cirurgia

Referências

Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med* [Internet]. 1986 May [cited 2019 Feb 4]; 15(5):557-64. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064486809933?via%3Dihub>

Alvarado Score for Acute Appendicitis [Internet]. [place unknown]: MDCalc; 2018 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <https://www.mdcalc.com/alvarado-score-acute-appendicitis>

59. ESCORE DE APFEL^{77,78}

Área

Cuidados perioperatórios / Anestesia.

Aplicabilidade

Avaliar no período de 24h a necessidade de profilaxia para náuseas e vômitos no pós operatório.

Fatores de risco	Pontos	Riscos	Pontos
Sexo feminino	1	Baixo	0 ou 1
Não fumantes	1	Moderado	2
Antecedentes de náuseas e vômitos com o movimento e NVPO*	1	Elevado	3 ou 4
Uso de opióides	1		

* Náuseas ou vômitos pós operatórios

Interpretação

Pacientes com pelo menos 2 pontos, uma estratégia de profilaxia anti-emética deverá ser considerada.

Referências

Apfel CC, Läärä E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. *Anesthesiology* [Internet]. 1999 Sep [cited 2019 Feb 4];91(3):693-700. Available from: <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1946036>

Dalila V, Pereira H, Moreno C, Martinho C, Santos C, Abelha FJ . Náusea e vômito no pós-operatório: validação da versão em português da escala de intensidade de náuseas e vômitos pós-operatórios. *Rev Bras Anesthesiol* [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 4];63(4):340-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942013000400006&script=sci_abstract&tlng=pt

60. INJURY SEVERITY SCORE (ISS)^{79,80,81}

Área: Trauma.

Aplicabilidade

A *Injury Severity Score* (ISS) é um sistema que provê um escore geral para pacientes vítimas de múltiplas lesões. Cada lesão é relacionada a um *Abbreviated Injury Score* (AIS) e é alocada em uma das 6 regiões do corpo (cabeça, face, tórax, abdome, extremidades – incluindo a pelve – e externo). Apenas o escore AIS mais alto de cada região do corpo é utilizado. As 3 regiões mais severamente lesionadas têm seu resultado elevado ao quadrado e posteriormente somado para produzir o escore ISS.

$$\text{ISS} = \text{AIS}_A^2 + \text{AIS}_B^2 + \text{AIS}_C^2$$

Interpretação

Varia de 0 a 75. Se alguma lesão receber um AIS de 6 (lesão máxima), o escore ISS é automaticamente 75. Um escore > 15 é considerado marcador de lesão severa para adultos e > 25 para crianças.

Referências

Baker SP, O'Neill B, Haddon W Jr, Long WB. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *J Trauma* [Internet]. 1974 Mar [cited 2019 Feb 4];14(3):187-96. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4814394>

Beverland DE, Rutherford WH. An assessment of the validity of the injury severity score when applied to gunshot wounds. *Injury* [Internet]. 1983 Jul [cited 2019 Feb 4];15(1):19-22. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0020138383901560?via%3Dihub>

Injury Severity Score (ISS) [Internet]. [place unknown]: MDCalc; [cited 2018 Dec 15]. Available from: <https://www.mdcalc.com/injury-severity-score-iss>

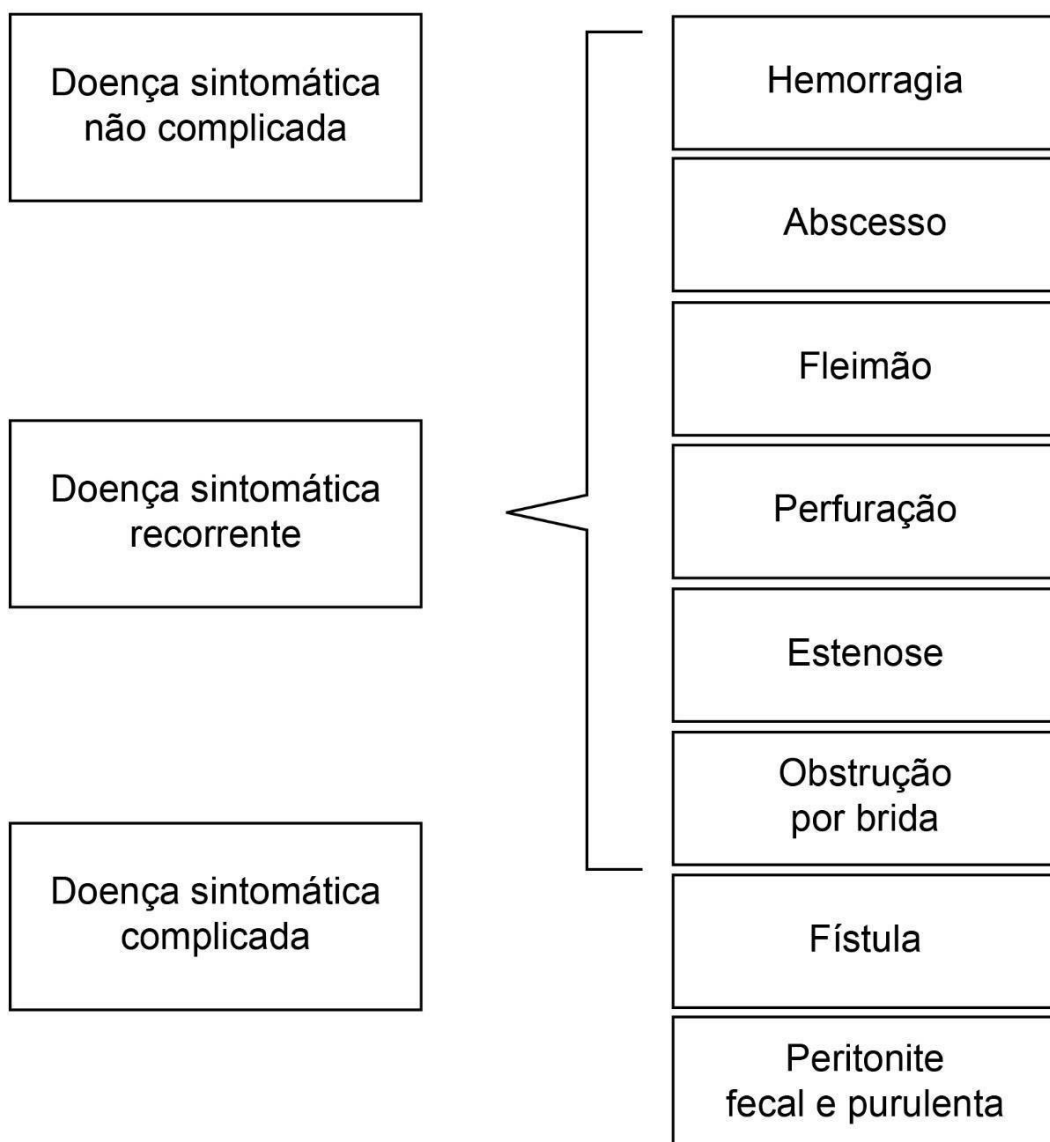
61. CLASSIFICAÇÃO DE KÖHLER⁸²

Área: Coloproctologia.

Aplicabilidade

É uma classificação baseada na gravidade clínica e apresentação da doença diverticular.

Classificação de Köhler



Interpretação

São consideradas como doença sintomática a dor em quadrante inferior esquerdo, febre e mudanças no padrão da dor.

Referências

Köhler L, Sauerland S, Neugebauer E. Diagnosis and treatment of diverticular disease: results of a consensus development conference. The Scientific Committee of the European Association for Endoscopic Surgery. *Surg Endosc* [Internet]. 1999 Apr [cited 2019 Feb 5];13(4):430-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10094765>

62. CLASSIFICAÇÃO DE MCDERMOTT⁸³

Área

Coloproctologia.

Aplicabilidade

A classificação de McDermott estratifica a gravidade da deiscência da anastomose colorretal e orienta condutas preconizadas para cada grau.

Grau	Exemplo / Achados de TC	Sinais clínicos de peritonite	Alterações hemodinâmica	Unidade	Inotrópicos
1	Desvio da evolução esperada; alterações laboratoriais	Não	Nenhuma	Nível 0 (Enfermaria)	Não
2	Sepse e íleo (abscesso passível de drenagem)	Não	Nenhuma (ou taquicardia responsiva)	Nível 0 (Enfermaria)	Não
3	Sepse com íleo (com sonda nasogástrica e vesical de demora)	Quadrante único	Taquicardia persistente e normotenso	Nível 1 (Enfermaria de cuidados críticos)	Não
4	Sepse grave	Múltiplos quadrantes	Taquicardia e hipotensão	Nível 2 (Unidade de alta dependência)	+ / -
5	Choque séptico	Generalizado	Taquicardia, hipotensão e choque	Nível 3 (UTI)	Sim

Interpretação

Grau	Conduta
1	Vigiar débito de dreno / fístula
2	Antibioticoterapia (ATB) e Nutrição Parenteral Total (NPT)
3	Vigilância intensa, ATB, NPT, baixa probabilidade de laparotomia
4	Ressuscitação e laparotomia
5	Ressuscitação, UTI e laparotomia de emergência

Referências

McDermott FD, Heeney A, Kelly ME, Steele RJ, Carlson GL, Winter DC. Systematic review of preoperative, intraoperative and postoperative risk factors for colorectal anastomotic leaks. Br J Surg [Internet]. 2015 Apr [cited 2019 Feb 5]; 102(5):462-79. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25703524>

63. CRITÉRIOS DE RANSON^{84,85,86}

Área

Abdome agudo; Pancreatite.

Aplicabilidade

Os critérios de Ranson são utilizados para estimar a mortalidade de pacientes com diagnóstico de pancreatite aguda, sendo dividido em duas partes: avaliação à admissão e após 48 horas. Atualmente é dito que o mesmo pode superestimar a mortalidade por ter sido descrito na década de 70 e termos tido diversos avanços no tratamento da pancreatite aguda.

À admissão

Idade	> 55 anos
Leucometria	> 16.000/mm ³
Glicemia	> 200 mg/dL (11,1 mmol/L)
Desidrogenase láctica (DHL)	> 350 U/L
TGO / AST	> 250 U/L

48 Horas

Hematócrito	Redução > 10%
BUN (Ureia sérica / 2,14)	Aumento > 5 mg/dL (1,8 mmol/L)
Cálcio sérico	< 8 mg/dL (2 mmol/L)
pO ₂	< 60 mmHg
Base déficit	> 4 mEqL
Perda de líquido estimada	> 6.000 mL

Interpretação

Na pancreatite aguda biliar não é utilizada a pO₂.

Pontos	Mortalidade Estimada
0 – 2	0 – 3%
3 – 5	11 – 15%
6 - 11	> 40%

Referências

Eachempati SR, Hydo LJ, Barie PS. Severity Scoring for Prognostication in Patients With Severe Acute Pancreatitis - Comparative Analysis of the Ranson Score and the APACHE III Score. Arch Surg [Internet]. 2002 Jun [cited 2019 Feb 5];137(6):730-6. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/212526>

Ranson's Criteria for Pancreatitis Mortality [Internet]. [place unknown]: MDCalc; [cited 2018 Dec 15]. Available from: <https://www.mdcalc.com/ransons-criteria-pancreatitis-mortality>

Ranson JH, Rifkind KM, Turner JW. Prognostic signs and nonoperative peritoneal lavage in acute pancreatitis. *Surg Gynecol Obstet* [Internet]. 1976 Aug [cited 2019 Feb 5];143(2):209-19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/941075>

64. RICHMOND AGITATION-SEDATION SCALE (RASS)^{87,88}

Área

Cuidados intensivos.

Aplicabilidade

A RASS ou Escala de Agitação-Sedação de Richmond é validada para avaliar o nível de sedação e agitação no ambiente de terapia intensiva, principalmente nos pacientes em ventilação mecânica, para o adequado manejo da sedação. Também é utilizado como critério no diagnóstico de delirium.

Pontos	Termo	Descrição
+ 4	Combativo	Claramente combativo, violento, representando risco para a equipe.
+ 3	Muito agitado	Puxa ou remover tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
+ 2	Agitado	Movimentos desproporcionados frequentemente, briga com o ventilador
+ 1	Inquieto	Apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos
0	Alerta e calmo	
- 1	Sonolento	Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos por mais de 10 segundos
- 2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
- 3	Sedação moderada	Movimentação ou abertura ocular ao estímulo verbal (mas sem contato visual)
- 4	Sedação intensa	Sem resposta ao ser chamado pelo nome, mas apresenta movimentação ou abertura ocular ao toque (estímulo físico).
- 5	Não desperta	Sem resposta ao estímulo verbal ou físico

Interpretação

Pontuação	Conduta
> +1	Medidas para reduzir agitação (paciente muito agitado).
-2 a +1	Valor preconizado (adequadamente sedado).
< -2	Reduzir sedativos (paciente muito sedado).

Referências

Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JW, Wheeler AP, Gordon S, et al. Monitoring sedation status over time in icu - patients reliability and validity of the richmond

agitation-sedation scale (rass). JAMA [Internet]. 2003 Jun 11 [cited 2019 Feb 5]; 289(22):2983-91. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/196696>

Sessler CN, Grap MJ, Brophy GM. Multidisciplinary management of sedation and analgesia in critical care. Semin Respir Crit Care Med [Internet]. 2001 [cited 2019 Feb 5]; 22(2):211-26. Available from: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2001-13834>

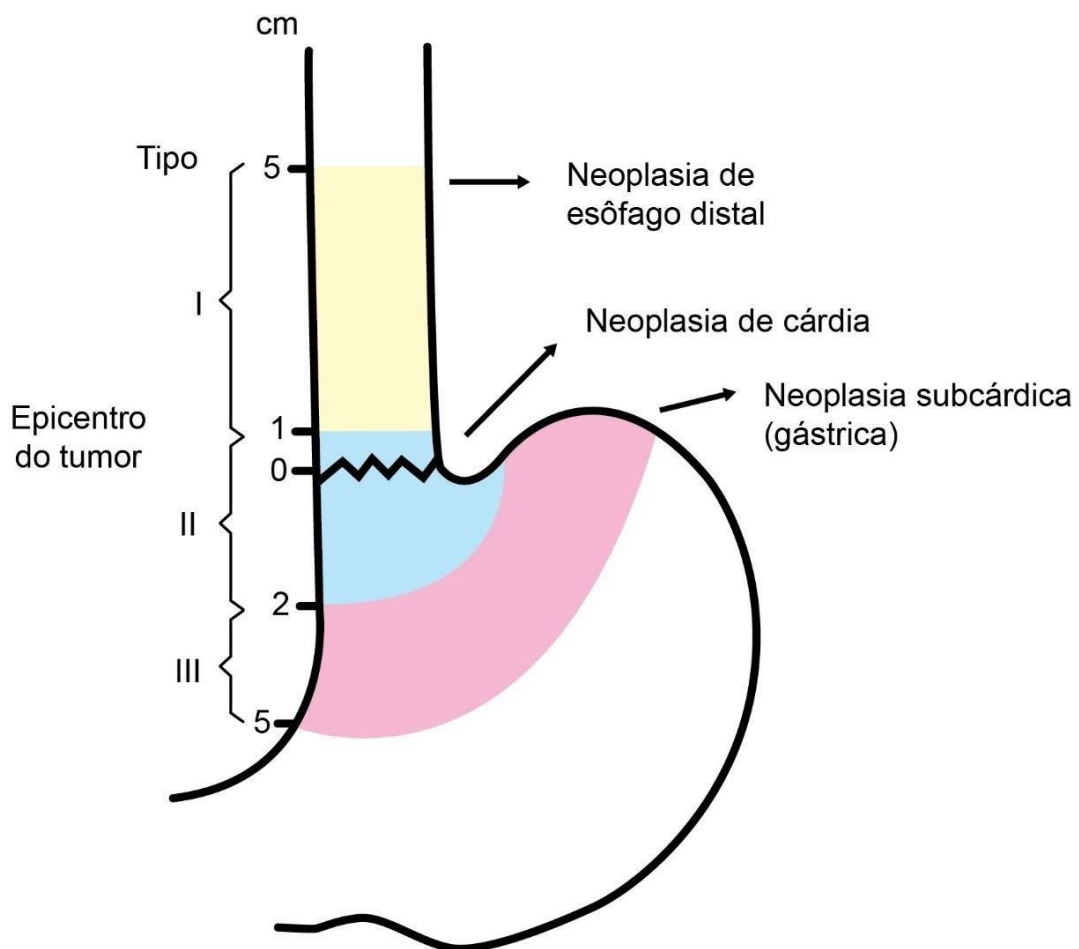
65. CLASSIFICAÇÃO DE SIEWERT^{89,90}

Área

Oncologia; Estômago; Esôfago.

Aplicabilidade

Descrita em 1987 para classificar os tumores da junção esôfago-gástrica com intuito de padronizar o tratamento, devido ao comportamento distinto e prognóstico a depender da distância da cárdia.



Interpretação

- Tipo I: localizado entre 5cm e 1cm acima da cárdia (comportamento esofágico distal)
- Tipo II: localizado entre 1cm acima e 2cm abaixo da cárdia.
- Tipo III: localizado entre 2cm e 5cm abaixo da cárdia (comportamento gástrico).

Referências

- Rüdiger Siewert J, Feith M, Werner M, Stein HJ. Adenocarcinoma of the esophagogastric junction: Results of surgical therapy based on anatomical/topographic classification in 1,002 consecutive patients. *Ann Surg* [Internet]. 2000 Sep [cited 2019 Feb 5]; 232(3):353-61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3829805>
- Siewert JR, Hölscher AH, Becker K, Gössner W. Cardia cancer: Attempt at a therapeutically relevant classification. *Chirurg* [Internet]. 1987 Jan [cited 2019 Feb 5];58(1):25-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3829805>

66. CLASSIFICAÇÃO DAS FÍSTULAS PANCREÁTICAS PELO ISGPF^{91,92}

Área

Pâncreas; Pós-operatório.

Aplicabilidade

Descrita em 2005, pelo Grupo de Estudo Internacional de Fístulas Pancreáticas (*International Study Group on Pancreatic Fistula – ISGPF*), tem como objetivo definir e classificar a gravidade as fístulas pancreáticas pós-operatórias (pela sigla em inglês, POPF) para fins de comparação entre grupos de diferentes centros. Essa classificação foi atualizada em 2016.

Definição

POPF clinicamente relevante é o débito de fluído do dreno, de qualquer volume mensurável, com amilase 3 vezes maior que o valor sérico limite da instituição em associação com o desenvolvimento de sintomas/condições clinicamente relevantes relacionados diretamente a POPF.

Evento	Vazamento bioquímico	POPF Grau B	POPF Grau C
Aumento de amilase 3 vezes o valor limite	Sim	Sim	Sim
Drenagem peri-pancreática persistente por mais de 3 semanas	Não	Sim	Sim
Mudança clínica relevante no manejo da POPF ¹	Não	Sim	Sim
Intervenções percutâneas ou endoscópicas para POPF	Não	Sim	Sim
Procedimentos angiográficos para sangramento relacionado a POPF	Não	Sim	Sim
Reoperação pela POPF	Não	Não	Sim
Sinais de infecção relacionada a POPF	Não	Sim, sem falência orgânica	Sim, com falência orgânica
Falência orgânica relacionada a POPF ²	Não	Não	Sim
Óbito relacionado a POPF	Não	Não	Sim

1: Prolongamento de internamento hospitalar ou de UTI, uso de agentes terapêuticos específicos para fístula ou suas consequências.

2: Reintubação, hemodiálise ou uso de inotrópicos por mais de 24h.

Referências

- Bassi C, Dervenis C, Butturini G, Fingerhut A, Yeo C, Izbicki J, et al. Postoperative pancreatic fistula: An international study group (ISGPF) definition. *Surgery* [Internet]. 2005 Jul [cited 2019 Feb 5]; 138(1):8-13. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039606005002291?via%3Dihub>
- Bassi C, Marchegiani G, Dervenis C, Sarr M, Abu Hilal M, Adham M, et al. The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After. *Surgery* [Internet]. 2017 Mar [cited 2019 Feb 5]; 161(3):584-591. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039606016307577?via%3Dihub>

67. ESCORE DE FONG^{93,94}

Área

Oncologia; Fígado e vias biliares; Cólon e reto.

Aplicabilidade

Descrita em 1999, se propõe em ajudar na determinação do melhor momento para a intervenção cirúrgica em pacientes com metástase hepática de câncer colorretal através da estratificação da sobrevida após metastasectomia.

Características	Pontuação
Primário com linfonodo positivo	1
Intervalo livre de metástase <12 meses (do diagnóstico)	1
>1 tumor	1
CEA pré-operatório >200ng/ml	1
Tamanho do maior tumor >5cm	1

Interpretação

Resultado de 0-2 é considerado de baixo risco, sendo indicada a ressecção cirúrgica. Resultado de 3-5 é considerado de alto risco, podendo se beneficiar de vigilância se cirurgia proibitiva, exames adicionais antes da cirurgia ou aumento de estratégia de tratamento peri-operatório.

Sobrevida (%)

Escore	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5 anos
0	93	79	72	60	60
1	91	76	66	54	44
2	89	73	60	51	40
3	86	67	42	25	20
4	70	45	38	29	25
5	71	45	27	14	14

Referências

Fong Y, Fortner J, Sun RL, Brennan MF, Blumgart LH. Clinical score for predicting recurrence after hepatic resection for metastatic colorectal cancer: analysis of 1001 consecutive cases. *Ann Surg* [Internet]. 1999 Sep [cited 2019 Feb 5];230(3):309-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1420876/>

Kim S, Grucela A. Fong Clinical Risk Score for Colorectal Cancer Recurrence [Internet].
[place unknown]: MDCalc; [cited 2018 Jul 5]. Available from:
<https://www.mdcalc.com/fong-clinical-risk-score-colorectal-cancer-recurrence>

68. ESCALA FOUR^{95,96}

Área

Neurointensivismo; Emergência.

Aplicabilidade

Como a escala de Glasgow apresentava limitações quanto a resposta verbal e a avaliação dos reflexos do tronco, foi criada a escala FOUR (*Full Outline of Unresponsiveness*) com a finalidade de avaliar o quadro de coma de forma mais fidedigna em pacientes em UTI, sedados, com lesão cerebral e intubados.

Pontuação	Resposta ocular	Resposta motora	Reflexo de tronco	Padrão respiratório
0	Ausência de abertura ocular após estímulo doloroso	Sem resposta à dor ou mioclonias generalizadas	Reflexo pupilar e corneano e tosse ausentes	Ventilação mecânica: apneia ou frequência respiratória do aparelho
1	Abertura ocular após estímulo doloroso	Resposta extensora	Pupilar e corneano ausente	Ventilação mecânica: Frequência respiratória maior do que a do aparelho
2	Abertura ocular ao estímulo verbal	Flexora	Pupilar ou corneano ausente	Respiração irregular
3	Ausência de movimentação ocular com pálpebras abertas	Localiza a dor	Uma pupila dilatada e fixa	Não intubado com presença de padrão de Cheyne-Stokes
4	Olhos abertos com resposta a comandos com sinal do polegar, fecha o pulso ou sinal da paz	Obedece aos comandos	Pupilar e corneano presentes	Não intubado; FR normal

* Tem a capacidade de identificar mudanças sutis na alteração da consciência, e detectar a síndrome de encarceramento e o estado vegetativo.

Interpretação

Para cada parâmetro avaliado, são concedidos 0-4 pontos, com 0 sendo o pior. A resposta motora é examinada nos membros superiores. Para a resposta ocular, o examinador deve abrir a pálpebra dos olhos que permaneceram fechados ao comando verbal e observar se há movimento ocular. Avaliação ocular do olho saudável.

Referências

- Rowley G, Fielding K. Reliability and accuracy of the Glasgow Coma Scale with experienced and inexperienced users. *Lancet* [Internet]. 1991 Mar 2 [cited 2019 Feb 5]; 337(8740):535-8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014067369191309I?via%3Dihub>
- Wijdicks EF, Bamlet WR, Maramattom BV, Manno EM, McClelland RL. Validation of a new coma scale: The FOUR Score. *Ann Neurol* [Internet]. 2005 Oct [cited 2019 Feb 5]; 58(4):585-93. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ana.20611>

69. ESCALA DE FRANKEL⁹⁷

Área

Neurocirurgia; Trauma.

Aplicabilidade

Avaliação da função motora e sensitiva do paciente com traumatismo raquimedular. Também pode ser aplicada em pacientes com disfunção medular secundária a lesões compressivas (ex: tumores).

Frankel	Déficit Neurológico
A	Paralisia sensitiva e motora completa abaixo da lesão
B	Paralisia motora completa, porém, com alguma sensibilidade residual
C	Sensibilidade presente com função motora residual, não útil para o paciente
D	Sensibilidade e função motora presentes, porém, abaixo do normal
E	Sem alteração neurológica

Limitações

Não avalia especificamente os déficits em cada dermatomo e/ou miótomos e não faz associação dos déficits motores e sensitivos com um índice de independência funcional.

Referências

Frankel HL, Hancock DO, Hyslop G, Melzak J, Michaelis LS, Ungar GH, et al. The value of postural reduction in the initial management of closed injuries of the spine with paraplegia and tetraplegia. *Paraplegia* [Internet]. 1969 Nov [cited 2019 Feb 5]; 7(3):179-92. Available from: <https://www.nature.com/articles/sc196930>

70. CLASSIFICAÇÃO DE GILBERT^{98,99}

Área

Hérnias.

Aplicabilidade

Classificação anatômica das hérnias de acordo com sua complexidade.

Tipo	Descrição
I	hérnia inguinal indireta, com anel inguinal interno normal
II	hérnia inguinal indireta, com anel inguinal interno dilatado (mas < 4 cm)
III	hérnia inguinal indireta, com anel inguinal direto dilatado (mas > 4 cm)
IV	hérnia inguinal direta, com grande defeito da parede posterior
V	hérnia inguinal direta, com pequeno defeito da parede posterior
VI	hérnia combinada
VII	hérnia femoral

Referências

Gilbert AI. Gilbert classification of inguinal hernia: an anatomic and functional tool. Expert Meet On Hernia Surg. 1995:44-7.

Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. Hernia [Internet]. 2009 Aug [cited 2019 Feb 5];13(4):343-403. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719730/>

71. CLASSIFICAÇÃO DE HINCHEY^{100,101,102}

Área

Coloproctologia.

Aplicabilidade

Estadiamento do grau de complicação e definição de conduta.

Estágio	Descrição
I	Abscesso pericólico ou mesentérico
II	Abscesso pélvico à distância (pelve ou retroperitônio)
III	Peritonite purulenta generalizada
IV	Peritonite fecal generalizada

Estágio	Descrição (modificada por Kaiser 2005)
0	Diverticulite leve – não complicada
I A	Inflamação ou fleimão pericólico confinado
I B	Abscesso pericólico confinado
II	Abscesso pélvico, retroperitoneal ou intra-abdominal distante
III	Peritonite generalizada
IV	Peritonite fecal generalizada

Referências

Hinchey EJ, Schaal PG, Richards GK. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. *Adv Surg* [Internet]. 1978 [cited 2019 Feb 5];12:85-109. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/735943>

Kaiser AM, Jiang JK, Lake JP, Ault G, Artinyan A, Gonzalez-Ruiz C, et al. The management of complicated diverticulitis in the role of computed tomography. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2005 Apr [cited 2019 Feb 5]; 100(4):910-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15784040>

Klarenbeek BR, De Korte N, van der Peet DL, Cuesta MA. Review of current classifications for diverticular disease and a translation into clinical practice. *Int J Colorectal Dis* [Internet]. 2012 Sep 17 [cited 2019 Feb 5]; 27(2):207–214. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3267934/>

72. HIPERTENSÃO INTRA-ABDOMINAL^{103,104,105}

Área

Terapia intensiva; Cirurgia abdominal.

Aplicabilidade

Mensurar a pressão intra-abdominal pela via vesical (padrão ouro) em pacientes críticos, com quadros abdominais agudos sem diagnóstico definido.

Hipertensão Intra Abdominal	Definições
Grau I	Elevação patológica da pressão intra abdominal, sustentada ou repetida, ≥ 12 mmHg
Grau II	Pressão intra abdominal 12-15mmHg
Grau III	Pressão intra abdominal 16-20mmHg
Grau IV	Pressão intra abdominal > 25 mmHg
Síndrome compartimental abdominal	Elevação sustentada da pressão intra abdominal > 20 mmHg com disfunção de órgão

*Adaptado de Patel e Connor Jr.¹⁰⁵

Interpretação

A mensuração é adequada para aqueles com dois ou mais fatores de risco (ressuscitação volêmica maciça, politransusão, manejo com cavidade aberta, hipotermia, coagulopatia, síndrome da resposta inflamatória sistêmica, sepse grave ou choque séptico, disfunção hepática com ascite, ventilação mecânica e pressão positiva expiratória final (PEEP) >10 cmH₂O), na triagem para admissão em UTI ou na progressão ou falha de um órgão, quando deve ser verificada a cada 4 a 6 horas, e de hora em hora em disfunções orgânicas graves.

Referências

- Ball CG, Kirkpatrick AW. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome. Scand J Surg [Internet]. 2007 [cited 2019 Feb 5];96(3):197-204. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17966744>
- Cheatham ML. Abdominal compartment syndrome: pathophysiology and definitions. Scand J Trauma Resusc Emerg Med [Internet]. 2009 Mar 2 [cited 2019 Feb 5];17:10. Available from: <https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/1757-7241-17-10>

Patel DM, Connor MJ Jr. Intra-Abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome: An Underappreciated Cause of Acute Kidney Injury. *Adv Chronic Kidney Dis* [Internet]. 2016 May [cited 2019 Feb 11];23(3):160-6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1548559516000471?via%3Dihub>

73. ESCORE DE BALTHAZAR¹⁰⁶

Área

Gastroenterologia.

Aplicabilidade

Avaliar com base nos achados tomográficos gravidade da pancreatite, e, assim, presumir prognóstico.

Graduação	Achado Tomográfico	Pontuação
A	Pâncreas normal	0
B	Aumento focal ou difuso do pâncreas	1
C	Alterações pancreáticas associadas à inflamação pancreática	2
D	Coleção líquida em apenas uma localização	3
E	Duas ou mais coleções e/ou presença de gás dentro ou adjacente ao pâncreas	4

Necrose pancreática – Achado tomográfico	Pontuação
Ausência de necrose	0
Menos de 30% de necrose	2
De 30% a 50% de necrose	4
Mais de 50% de necrose	6

Interpretação

Índice de Gravidade pela Tomografia	Pontuação
Leve	0 – 3
Moderada (6% de mortalidade)	4 – 6
Alto (17% de mortalidade)	7 – 10

Referências

Balthazar EJ, Ranson JH, Naidich DP, Megibow AJ, Caccavale R, Cooper MM. Acute pancreatitis: prognostic value of CT. *Radiology* [Internet]. 1985 Sep [cited 2019 Feb 5];156(3):767-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4023241>

74. ESCORE DE MARSHALL^{107,108}

Área

Pâncreas; Cuidados intensivos.

Aplicabilidade

O escore ajuda a classificar falência de múltiplos órgãos e sistemas, inicialmente estabelecido para pacientes com pancreatite aguda.

Órgão/ Sistema	Score 0	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Respiratorio (PaO ₂ /FiO ₂)	>400	301-400	201-300	101-200	≤100
Renal: (creatinina sérica, micromol/l) (creatinina sérica, mg/dl)	≤134 <1,4	134-169 1,4-1,8	170-310 1,9-3,6	311-439 3,6-4,9	≥440 >4,9
Cardiovascular (pressão sistólica, mm Hg)	>90	<90, fluido responsivo	<90, não fluido responsivo	<90, pH<7,3	<90, pH<7,2

* Escore renal depende da falência renal crônica pre-existente. Não existe correção formal para pacientes com creatinina ≥134 micromol/l ou ≥ 1,4 mg/dl.

Interpretação

Um escore de 2 ou mais em qualquer sistema define a presença de falência orgânica em 1 dos 3 sistemas.

Referências

Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis-2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut [Internet]. 2013 Jan [cited 2019 Feb 5]; 62(1):102-11. Available from: <https://gut.bmj.com/content/62/1/102.long>

Marshall JC, Cook DJ, Christou NV, Bernard GR, Sprung CL, Sibbald WJ. Multiple organ dysfunction score: a reliable descriptor of a complex clinical outcome. Crit Care Med [Internet]. 1995 Oct [cited 2019 Feb 5];23(10):1638-52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7587228>

75. ESCORE MELD^{109,110}

Área

Hepatologia / Transplante.

Aplicabilidade

O *Model for End-stage Liver Disease* (MELD) estratifica e determina prognóstico no paciente com doença hepática. É utilizado para estabelecer a prioridade dos pacientes na lista de transplante hepático.

$$\text{MELD} = 0.957 \times \ln(\text{Creatinina}) + 0.378 \times \ln(\text{Bilirrubina}) + 1.120 \times \ln(\text{INR}) + 0.643$$

* Pacientes em diálise: Cr = 4.0

Interpretação

Escore MELD	Mortalidade
≤ 9	1.9%
10-19	6.0%
20-29	19.6%
30-39	52.6%
≥ 40	71.3%

Referências

Kamath PS, Wiesner RH, Malinchoc M, Kremers W, Therneau TM, Kosberg CL, et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. *Hepatology* [Internet]. 2001 Feb [cited 2019 Feb 5];33(2):464-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11172350>

Wiesner R, Edwards E, Freeman R, Harper A, Kim R, Kamath P, et al. Model for end-stage liver disease (MELD) and allocation of donor livers. *Gastroenterology* [Internet]. 2003 Jan [cited 2019 Feb 5]; 124(1):91-6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016508503500221?via%3Dihub>

76. CLASSIFICAÇÃO DE NYHUS^{111,112,113}

Área

Hérnias.

Aplicabilidade

Classificar as hérnias da região inguinal utilizando critérios anatômicos.

Tipos	Descrição
I	Hérnia indireta, anatomia normal do anel inguinal interno, sem dilatação
II	Hérnia indireta com dilatação do anel inguinal interno, com parede posterior do canal inguinal preservada
III A	Hérnia inguinal direta com defeito no pavimento do canal inguinal
III B	Hérnia inguinal direta e indireta com defeito no pavimento do canal inguinal, com flacidez ou destruição da parede abdominal e desestruturação do triângulo de Hasselbach
III C	Hérnia femoral ou crural com defeito no pavimento do canal inguinal
IV A	Hérnia direta recidivante
IV B	Hérnia indireta recidivante
IV C	Hérnia femoral ou crural recidivante
IV D	Hérnia combinada recidivante
Bilateral	Hérnia inguinal bilateral

Referência

- Miserez M, Alexandre JH, Campanelli G, Corcione F, Cuccurullo D, Pascual MH, et al. The European hernia society groin hernia classification: simple and easy to remember. *Hernia* [Internet]. 2007 Apr [cited 2019 Feb 5];11(2):113-6. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10029-007-0198-3>
- M. P. Simons, T. Aufenacker, M. Bay-Nielsen, J. L. Bouillot, G. Campanelli, J. Conze, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* [Internet]. 2009 Jul 28 [cited 2019 Feb 5];13(4): 343–403. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719730/>
- Nyhus LM. Individualization of hernia repair: a new era. *Surgery* [Internet]. 1993 Jul [cited 2019 Feb 5]; 114(1):1-2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8356511>

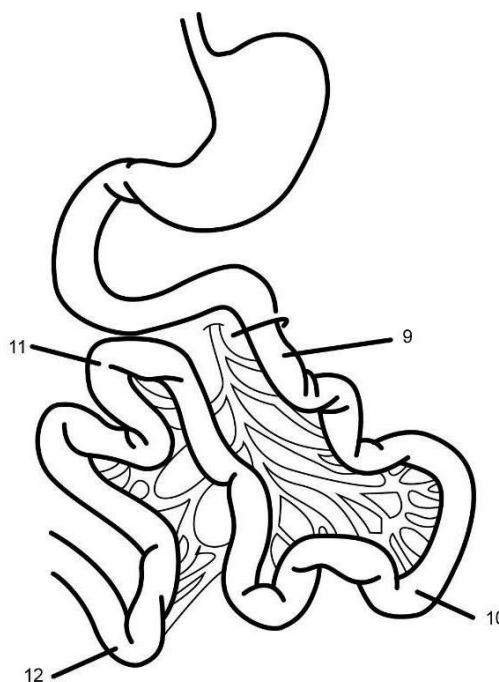
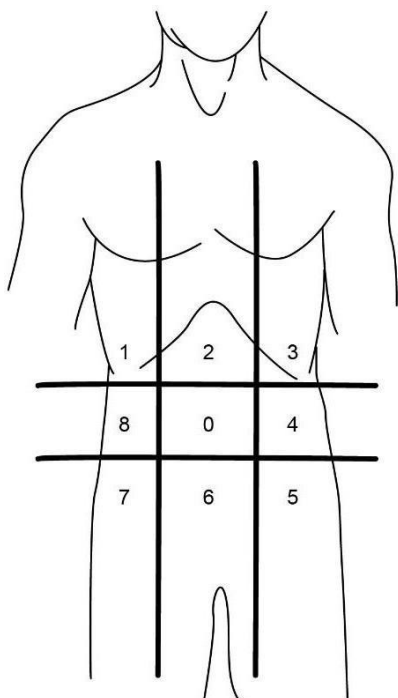
77. ÍNDICE DE CARCINOMATOSE PERITONEAL¹¹⁴

Área

Cirurgia oncológica.

Aplicabilidade

O *Peritoneal Cancer Index* (PCI) é utilizado para o diagnóstico e prognóstico da disseminação peritoneal de câncer invasivo cuja avaliação é realizada durante exploração cirúrgica do abdome e da pelve.



Regiões
0 Central
1 Quadrante superior direito
2 Epigástrico
3 Quadrante superior esquerdo
4 Flanco esquerdo
5 Fossa ilíaca esquerda
6 Pelve
7 Fossa ilíaca direita
8 Flanco direito
9 Jejunó alto
10 Jejunó baixo
11 Íleo proximal
12 Íleo distal

Tamanho da lesão	Pontuação
Sem lesão	0
Lesão até 0.5 cm	1
Lesão até 5 cm	2
Lesão > 5 cm	3

Referências

Jacquet P, Sugarbaker PH. Clinical research methodologies in diagnosis and staging of patients with peritoneal carcinomatosis. *Cancer Treat Res* [Internet]. 1996 [cited 2019 Feb 5];82:359-74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8849962>

Área

Avaliação funcional.

Aplicabilidade

Criada em 1982 por Oken e colaboradores o *Performance Status – Eastern Cooperative Oncology Group* (PS ECOG) é uma medida simples do status funcional. É utilizada como ferramenta prognóstica, como critério de seleção e para ajudar a determinar tratamento oncológico. Pontuação varia de zero a cinco e se relaciona com o escore de Karnofsky.

Escore	Critério	Descrição
0	Assintomático	Totalmente ativo capaz de realizar todas as atividades diárias sem restrição
1	Sintomático mas completamente ambulatorial	Capaz de realizar trabalhos leves
2	Sintomático < 50% na cama	Capaz de realizar cuidados pessoais; incapaz de trabalhar
3	Sintomático > 50% na cama	Capaz apenas de autocuidado
4	Restrito ao leito	Incapaz de autocuidado; confinado a cama/cadeira
5	Morte	

Referências

Buccheri G, Ferrigno D, Tamburini M. Karnofsky and ECOG performance status scoring in lung cancer: longitudinal study of 536 patients from a single institution. *Eur J Cancer* [Internet]. 1996 Jun [cited 2019 Feb 5]; 32A(7):1135-41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8758243>

Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* [Internet]. 1982 Dec [cited 2019 Feb 5];5(6):649-55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7165009>

Oken MM. Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status [Internet]. [place unknown]: MDCalc; [cited 2018 Dez 17]. Available from: <https://www.mdcalc.com/eastern-cooperative-oncology-group-ecog-performance-status#creator-insights>

79. REVISED TRAUMA SCORE^{118,119,120}

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Largamente utilizado nos serviços de emergência. São analisados três parâmetros: avaliação neurológica pela Escala de coma de Glasgow (ECG), avaliação hemodinâmica pela pressão arterial sistólica (PAS) e frequência respiratória (FR). Cada parâmetro avaliado corresponde a um valor na escala de RTS capaz de avaliar morbimortalidade.

Valor Numérico	ECG	PAS (mmHg)	FR (ipm)
4	13-15	>89	10-29
3	9-12	76-89	>29
2	6-8	50-75	6-9
1	4-5	1-49	1-5
0	3	0	0

$$RTS = 0,9368 \times ECG + 0,7326 \times PAS + 0,2908 \times FR$$

Interpretação

O *Revised Trauma Score* (RTS) pode variar de zero a aproximadamente oito, sendo que quanto maior o valor final melhor o prognóstico.

Limitações

Devido a maior constante se referir a ECG, pacientes com traumas neurológicos terão resultados de RTS menor serão classificados como mais graves. No entanto, pacientes com traumas torácico ou abdominal e nível de consciência inicialmente preservado podem ser o RTS superestimado não predizendo a gravidade.

Referências

Champion HR. Revised Trauma Score [Internet]. [place unknown]: MDCalc; [cited 2018 Dec 17]. Available from: <https://www.mdcalc.com/revised-trauma-score#creator-insights>

Champion HR, Sacco WJ, Carnazzo AJ, Copes W, Fouty WJ. Trauma Score. Crit Care Med [Internet]. 1981 Sep [cited 2019 Feb 5];9(9):672-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7273818>

Champion HR, Sacco WJ, Copes WS, Gann DS, Gennarelli TA, Flanagan ME. A revision of the Trauma Score. *J Trauma* [Internet]. 1989 May [cited 2019 Feb 5];29(5):623-9.

80. CLASSIFICAÇÃO DE SAVARY-MILLER^{121,122,123}

Área

Gastroenterologia; Endoscopia digestiva.

Aplicabilidade

Estratificar a gravidade da esofagite.

Tipos	Achado endoscópico
I - Leve	Erosões ou traços vermelhos não confluentes na porção distal do esôfago, podem ser longitudinal, triangular ou oval, podem ser cobertas por fino exsudato branco e serem únicas ou múltiplas
II - Moderada	Erosões múltiplas confluentes, não atingindo toda a circunferência do órgão
III - Intensa	Lesão inflamatória circunferencial, porém sem causar estenose, podendo apresentar eritema, edema, friabilidade e sangramento
IV - Complicada	Lesões crônicas: úlceras, estenoses e/ou úlceras e/ou Esôfago de Barret

Tipos	Achado endoscópico
I	Uma ou mais erosões lineares ou ovaladas em uma única prega longitudinal
II	Várias erosões situadas em mais de uma prega longitudinal, confluyente ou não, mas que não ocupam toda a circunferência do esôfago
III	Erosões confluentes que se estendem por toda a circunferência do esôfago
IV	Lesões crônicas: úlceras e estenose, isoladas ou associadas às lesões nos graus 1 e 3
V	Epitélio colunar em continuidade com a linha Z: circunferencial ou não, de extensão variável, associado ou não a lesões de 1 a 4

Limitações

A Classificação de Savary-Miller é a mais utilizada na estratificação das lesões esofagianas ao endoscópio, porém não promove uma definição clara do dano mucoso na doença do refluxo gastroesofágico. Exames realizados por profissionais diferentes podem ser divergentes, sendo mais conveniente que um mesmo endoscopista avalie a evolução da doença.

Referências

Engel FC, Ramos AC, Sallet, JA, Tanikawa DYS, Zilberstein B.

Esofagogastroplicadura videolaparoscópica por técnica mista. Rev Col Bras Cir [Internet]. 1999 [cited 2018 Out 18];26(6):341-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v26n6/03.pdf>

Moraes Filho JPP, Hashimoto CL. I consenso brasileiro da doença do refluxo gastroesofágico. [cited 2018 Oct 18]. Available from: http://production.latec.ufms.br/new_pmm/res/complementares/u3_r1.pdf

Savary M, Miller G. The Esophagus. Handbook and Atlas of Endoscopy. Solothurn, Switzerland: Verlag Grassmann; 1978. p.135-42.

81. TRAUMA ASSOCIATED SEVERE HEMORRHAGE (TASH)

Área

Trauma.

Aplicabilidade

Estimar de forma precoce e confiável quando iniciar protocolos maciços de transfusão em pacientes com trauma.^{124,125,126}

Variável	Valor	Pontos
Hemoglobina (mg/dL)	< 7	8
	< 9	6
	< 10	4
	< 11	3
	< 12	2
Pressão arterial sistólica (mmHg)	< 100	4
	< 120	1
Déficit de base	< -10	4
	< -6	3
	< -2	1
Líquido livre intra-abdominal (FAST)	-	3
Fratura de pélvica instável	-	6
Fratura de fêmur	-	3
Frequência cardíaca > 120 bpm	-	2
Sexo masculino	-	1

Interpretação

$$P = 1/[1 + \exp(4.9 - 0.3 \times \text{TASH})]$$

Probabilidade de transfusão maciça

TASH	1-8	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	>24
P (%)	<5	6	8	11	14	18	23	29	35	43	50	57	65	71	77	82	>85

Referências

- Maegele M, Lefering R, Wafaisade A, Theodorou P, Wutzler S, Fischer P, et al. Revalidation and update of the TASH-Score: a scoring system to predict the probability for massive transfusion as a surrogate for life-threatening hemorrhage after severe injury. *Vox Sang* [Internet]. 2011 Feb [cited 2019 Feb 5];100(2):231-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20735809>
- Yücel N. TASH Score (Trauma Associated Severe Hemorrhage) [Internet]. [place unknown]: MDCalc; [cited 2018 Dec18]. Available from: <https://www.mdcalc.com/tash-score-trauma-associated-severe-hemorrhage#creator-insights>
- Yücel N, Lefering R, Maegele M, Vorweg M, Tjardes T, Ruchholtz S, et al. Trauma Associated Severe Hemorrhage (TASH)-Score: probability of mass transfusion as surrogate for life threatening hemorrhage after multiple trauma. *J Trauma* [Internet]. 2006 Jun [cited 2018 Out 18];60(6): 1228-36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16766965>


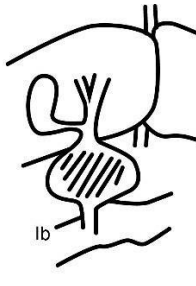

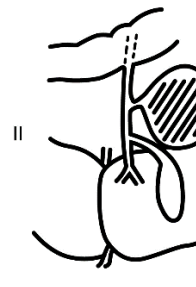

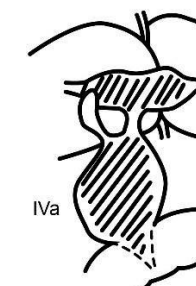
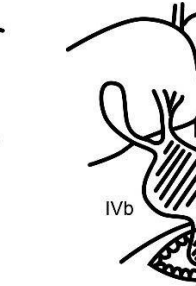

82. CLASSIFICAÇÃO DE TODANI¹²⁷

Área

Vias biliares.

Aplicabilidade

Descrita em 1977, tem como função classificar os diferentes cistos da via biliar.

Tipo	Descrição	Imagem
I	Comum	
Ia	Cisto de Colédoco	
Ib	Dilatação segmentar do colédoco	
Ic	Dilatação difusa ou cilíndrica do colédoco	
II	Divertículo em todo o ducto extra-hepático	
III	Coledococoele	
IVa	Múltiplos cistos nos ductos intra e extra-hepático	
IVb	Múltiplos cistos no ducto extra-hepático apenas	
V	Cisto no ductos intra-hepático (único ou múltiplo)	

Referências

Todani T, Watanabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okajima K. Congenital bile duct cysts: classification, operative procedures, and review of thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg* [Internet]. 1977 Aug [cited 2019 Feb 5]; 134(2):263-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/889044>

83. CLASSIFICAÇÃO DE HÉRNIA PARACOLOSTOMAL¹²⁸

Área

Hérnias.

Aplicabilidade

Classificar as hérnias de parede abdominal secundárias a ostomias, segundo a *European Hernia Society*.

Hérnia Paracolostomal		Pequena ≤ 5 cm	Grande > 5 cm
Hérnia incisional concomitante	Não	I	III
	Sim	II	IV

Interpretação

Após classificar, identificar como hérnia paracolostomal primária (P) ou recidivada (R).

Referências

Kroese LF, Kleinrensink GJ, Lange JF, Gillion JF, Hernia-Club. External Validation of the European Hernia Society Classification for Postoperative Complications after Incisional Hernia Repair: a cohort study of 2,191 patients. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 Feb 5]; 226(3):223-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29224794>

84. ESCALA DE ATLANTA^{129,130}

Área

Gastroenterologia.

Aplicabilidade

Determinar a partir de critérios clínico-laboratoriais gravidade da pancreatite aguda, e, ser útil para avaliação e tratamento das várias complicações identificadas durante o curso da dessa doença.

Severidade	Critérios
Leve	Sem falência orgânica Sem complicações locais ou sistêmica
Moderada	Falência orgânica transitória (<48h) e ou Complicações locais
Grave	Falência orgânica persistente (>48h)

Referências

Bradley EL. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, Ga, September 11 through 13, 1992. Arch Surg [Internet]. 1993 May [cited 2019 Feb 5];128(5):586-90. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8489394>

Thoene RF. The revised Atlanta Classification of acute pancreatitis: its importance of the radiologists and effects on treatment. Radiology [Internet]. 2012 Mar [cited 2019 Feb 5];262(3):751-64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22357880>

85. ESCORE DE CAPRINI: TROMBOEMBOLISMO

VENOSO^{131,132}

Área

Profilaxia em cirurgia.

Aplicabilidade

Escore de estratificação de risco para tromboembolismo venoso em pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos e a partir da estratificação indicação de profilaxia química ou mecânica.

Tabela 1. Fatores de risco

	0 pontos	1 ponto	2 pontos	3 pontos	5 pontos
Idade (anos)	</= 40	41-60	61-74	>/= 75	-
Tipo de cirurgia	-	Mínima	Maior > 45 min, Laparoscópica > 45 min, artroscopia.	-	Artroplastia eletiva de grande articulação de extremidade inferior
Episódios recentes (<1 mês)	Nenhum	Grande cirurgia, sepse, pneumonia, gravidez ou puerpério, grande cirurgia.	Imobilização gessada		Fratura de quadril, pelve ou perna; Infarto; Politrauma; Injúria medular aguda levando a paralisia
Doença venosa ou distúrbios de coagulação	Nenhuma	Varizes; Edema de MMII;	Acesso Venoso Central	História familiar de trombose; Fator V Leiden; Anticoagulante lúpico positivo; Anticorpo anticardiolipina elevado; Trombocitopenia induzida por heparina; Outra trombofilia congênita ou adquirida.	-
Mobilidade	Normal	Paciente em leito hospitalar, descanso no leito.	Acamado > 72h		
História presente ou pregressa	Nenhuma	Doença inflamatória intestinal; IMC >25; ACO;	Neoplasia maligna		

Tabela 2. Recomendações

Escore	Categoria de Risco	Porcentagem de risco	Profilaxia recomendada	Duração de profilaxia
0	Muito baixa	Mínima	Deambulação precoce ou botas pneumáticas.	Durante internamento
1-2	Baixa	Mínima	Botas pneumáticas	Durante internamento
3-4	Moderada	0.7%	Botas pneumáticas	Durante internamento
5-6	Alta	1.8%	Botas pneumáticas E heparina em baixa dose OU heparina de baixo peso molecular	7-10 dias
7-8	Alta	4%	Botas pneumáticas E heparina em baixa dose OU heparina de baixo peso molecular	7-10 dias
>/= 9	Muito alta	10,7%	Botas pneumáticas E heparina em baixa dose OU heparina de baixo peso molecular	30 dias

Interpretação

A partir da pontuação do paciente de acordo com os fatores de risco apresentados na tabela 1, é possível estabelecer um pontuação no escore (tabela 2) e a partir da classificação atribuída determinar a profilaxia recomendada e o tempo de uso da mesma.

Referências

- Bahl V, Hu HM, Henke PK, Wakefield TW, Campbell DA Jr, Caprini JA. A validation study of a retrospective venous thromboembolism risk scoring method. *Ann Surg* [Internet]. 2010 Feb [cited 2019 Feb 5];251(2):344-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19779324>
- Caprini JA, Arcelus JI, Hasty JH, Tamhane AC, Fabrega F. Clinical assessment of venous thromboembolic risk in surgical patients. *Semin Thromb Hemost* [Internet]. 1991 [cited 2019 Feb 5];17 Suppl 3:304-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1754886>

86. ESCORE DE WELLS PARA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA E TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Área

Trombose venosa profunda; Cuidados pós operatórios.

Aplicabilidade

Criada por Wells e colaboradores tem por objetivo avaliar a probabilidade na prática clínica de uma trombose venosa profunda (TVP) (tabela 1), e tromboembolismo pulmonar (TEP) (tabela 2).^{133,134,135,136,137}

Tabela 1. TVP

Características clínicas	Pontuação
Câncer em atividade (tratamento em atividade, dentro dos 6 meses anteriores ou paliativo)	+1
Paresia, paralisia ou imobilização com gesso dos membros inferiores	+1
Imobilização (> 3 dias) ou cirurgia de grande porte (até 4 semanas)	+1
Aumento da sensibilidade ao longo das veias do sistema venoso profundo	+1
Edema (>3 cm) em comparação com membro não afetado (10 cm abaixo da tuberosidade da tíbia)	+1
Edema de panturrilha(cacifo) maior na perna afetada	+1
Veias colaterais superficiais (não varicosas)	+1
Diagnóstico diferencial mais provável	-2

Interpretação

Pontuação	Probabilidade
≥ 3 pontos	Alta
1 a 2	Moderada
0	Baixa

Tabela 2. TEP

Critérios	Pontuação
Sinais clínicos ou sintomas de TVP	+3,0
Diagnóstico alternativo menos provável	+3,0
FC > 100bpm	+1,5
Imobilização ≥ 3 dias consecutivos ou cirurgia nas últimas 4 semanas	+1,5
TVP ou TEP prévios	+1,5

Hemoptise	+1,0
Neoplasia maligna (ativa ou término do tratamento < 6 meses)	+1,0

Interpretação

Pontuação	Risco
Modelo de 3 níveis	
0-1	Baixo risco
2-6	Risco intermediário
>6	Alto risco
Modelo de 2 níveis	
<=4	Improvável
>=5	Provável

Referências

- Anderson DR, Wells PS, Stiell I, MacLeod B, Simms M, Gray L, et al. Thrombosis in the emergency department: use of a clinical diagnosis model to safely avoid the need for urgent radiological investigation. Arch Intern Med [Internet]. 1999 Mar 8 [cited 2019 Feb 5];159(5):477-82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10074956>
- Wells P. Wells' Criteria for Pulmonary Embolism [Internet]. [place unknown]: MDCalc; [cited 2019 Jan 11]. Available from: <https://www.mdcalc.com/wells-criteria-pulmonary-embolism#creator-insights>
- Wells P. Wells' Criteria for DVT [Internet]. [place unknown]: MDCalc; [cited 2019 Jan 11]. Available from: <https://www.mdcalc.com/wells-criteria-dvt#creator-insights>
- Wells PS, Anderson DR, Bormanis J, Guy F, Mitchell M, Gray L, et al. Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. Lancet [Internet]. 1997 Dec 20-27 [cited 2019 Feb 5];350(9094):1795-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9428249>
- Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Stiell I, Dreyer JF, Barnes D, et al. Excluding pulmonary embolism at the bedside without diagnostic imaging: management of patients with suspected pulmonary embolism presenting to the emergency department by using a simple clinical model and d-dimer. Ann Intern Med [Internet]. 2001 Jul 17 [cited 2019 Feb 5];135(2):98-107. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11453709>

87. ESCORE DE SANGRAMENTO DE GLASGOW-BLATCHFORD

Área

Hemorragia digestiva alta.

Aplicabilidade

O escore de sangramento de Glasgow-Blatchford é uma avaliação de triagem que ajuda a identificar quais pacientes com hemorragia digestiva alta são de baixo risco para complicações e poderiam receber alta com segurança e quais necessitam de intervenção clínica e/ou cirúrgica.^{138,139,140}

BUN (mg/dL)

< 18,2	0
18,2 – 22,3	+2
22,4 – 28	+3
28 – 70	+4
> 70	+6

Hemoglobina (g/dL) para homens

> 13	0
12 – 13	+1
10 – 12	+3
< 10	+6

Hemoglobina (g/dL) para mulheres

> 12	0
10 – 12	+1
< 10	+6

Pressão sanguínea sistólica (mmHg)

≥ 110	0
100 – 109	+1
90 – 99	+2
< 90	+3

Outros critérios

Pulso ≥ 100/min	+1
Presença de melena	+1
Associado à síncope	+2
História de doença hepática	+2
Presença de insuficiência cardíaca	+2

Interpretação

- Baixo risco = escore de 0 (0,5% de complicações).
- Escore ≥ 6 = risco de sangramento > 50%.
- Qualquer escore acima, sugere algum tipo de intervenção (transusão, endoscopia ou cirurgia).

Referências

- Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* [Internet]. 2000 Oct 14 [cited 2019 Feb 5]; 356(9238):1318-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11073021>
- Chen IC, Hung MS, Chiu TF, Chen JC, Hsiao CT. Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2007 Sep [cited 2019 Feb 5];25(7):774-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17870480>
- Glasgow Blachford Bleeding Score [Internet]. [place unknown]: MDCalc; [cited 2018 Dec 15]. Available from: <https://www.mdcalc.com/glasgow-blatchford-bleeding-score-gbs>

88. ESCORE DE SANGRAMENTO DE ROCKALL^{141,142,143}

Área

Hemorragia digestiva alta.

Aplicabilidade

O escore de sangramento de Rockall estima a taxa de mortalidade e probabilidade de ressangramento de pacientes com sangramento do trato gastrointestinal superior ativo que realizaram endoscopia digestiva alta.

Idade

< 60 anos	0
60 – 79 anos	+1
≥ 80 anos	+2

Choque

Sem choque (PAs ≥ 100mmHg e FC < 100bpm)	0
Taquicardia (PAs ≥ 100mmHg e FC ≥ 100bpm)	+1
Hipotensão (PAs < 100mHg)	+2

Comorbidades

Sem comorbidades	0
Comorbidades exceto insuficiência renal, insuficiência hepática e/ou neoplasia	+2
Insuficiência renal, insuficiência hepática e/ou neoplasia	+3

Achados endoscópicos

Mallory-Weiss	0
Sem lesão identificada e ou sinais de hemorragia recente	0
Outros diagnósticos	+1
Neoplasia de trato gastrointestinal superior	+2

Achados de hemorragia recente

Não	0
Apenas ponto enegrecido	0
Sangue no trato gastrointestinal superior	+2
Coágulo aderido	+2
Vaso visível ou sangramento em jato	+2

Interpretação

As comorbidades descritas são: insuficiência cardíaca, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus, artrite reumatoide, insuficiência hepática, insuficiência renal, neoplasia, pneumonia, demência, cirurgia de grande porte recente, hipertensão arterial sistêmica, trauma, queimados, sepse, outras doenças cardíacas, outras doenças hepáticas.

Taxas de ressangramento e mortalidade

Escore	Ressangramento (%)	Mortalidade (%)
0	4,9	0
1	3,4	0
2	5,3	0,2
3	11,2	2,9
4	14,1	5,3
5	24,1	10,8
6	32,9	17,3
7	43,8	27
≥ 8	41,8	41,1

Referências

Rockall Score for Upper GI Bleeding (Complete) [Internet]. [place unknown]: MDCalc; [cited 2018 Dec 15]. Available from: <https://www.mdcalc.com/rockall-score-upper-gi-bleeding-complete>

Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute uppergastrointestinal haemorrhage. Gut [Internet]. 1996 Mar [cited 2019 Feb 5]; 38(3):316-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8675081>

Vreeburg EM, Terwee CB, Snel P, Rauws EA, Bartelsman JF, Meulen JH, et. al. Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding. Gut [Internet]. 1999 Mar [cited 2019 Feb 5];44(3):331-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10026316>

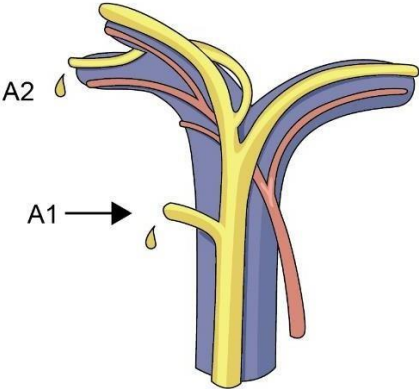
89. CLASSIFICAÇÃO DE HANNOVER¹⁴⁴

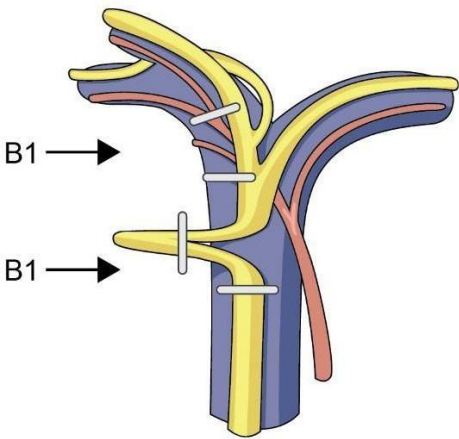
Área

Vias biliares.

Aplicabilidade

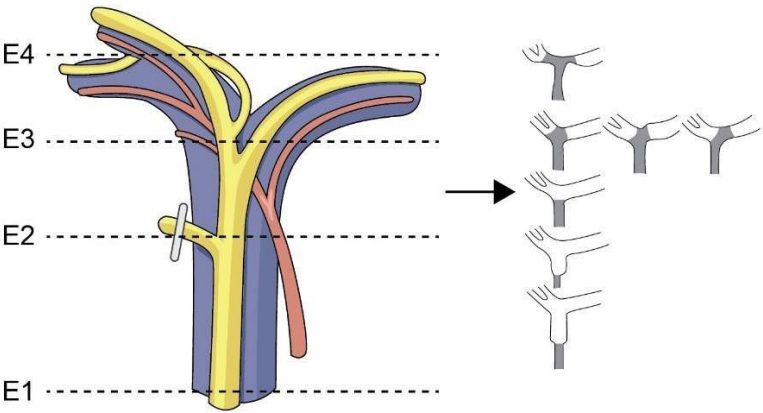
Descrita em 2007, tem como função classificar complicações iatrogênicas da via biliar após colecistectomia em 21 subgrupos.

Tipo	Descrição	Imagem
A	Vazamento periférico de bile	
A1	Vazamento do ducto Cístico	
A2	Vazamento do leito vesicular	

Tipo	Descrição	Imagem
B	Estenose de via biliar sem lesão	
B1	Incompleta	
B1	Completa	

Tipo	Descrição	Imagem
C	Lesão tangencial da via biliar	
C1	Pequena lesão puntiforme (<5mm)	
C2	Lesão extensa (>5mm) abaixo da bifurcação dos hepáticos	
C3	Lesão extensa no nível da bifurcação dos hepáticos	
C4	Lesão extensa acima da bifurcação dos hepáticos	

Tipo	Descrição	Imagem
D	Secção completa da via biliar	
D1	Sem defeito abaixo da bifurcação dos hepáticos	
D2	Com defeito abaixo da bifurcação dos hepáticos	
D3	No nível da bifurcação dos hepáticos	
D4	Acima da bifurcação dos hepáticos	

Tipo	Descrição	Imagem
E	Estenose biliar tardia	 <p>The diagram illustrates the biliary tree with four levels marked by dashed lines: E4 (top), E3, E2, and E1 (bottom). The main duct is yellow, and the hepatic ducts are blue. A small white clip is shown on the main duct at level E2. To the right, a sequence of five diagrams shows different types of biliary stenosis: a single stenosis at E4, stenosis at E3, stenosis at E2, stenosis at E1, and a stenosis at E1 with a stenosis at E2.</p>
E1	Ducto biliar principal curto e circular (<5mm)	
E2	Ducto biliar principal longitudinal (>5mm)	
E3	Bifurcação dos hepáticos	
E4	Ducto biliar direito principal/ ducto biliar segmentar	

	Lesões vasculares (ex. C1d)
d	Artéria hepática direita
s	Artéria hepática esquerda
p	Artéria hepática própria
com	Artéria hepática comum
c	Artéria cística
pv	Veia porta

Reprodução das imagens de BEKTAS et al.

Referências

Bektas H, Schrem H, Winny M, Klempnauer J. Surgical treatment and outcome of iatrogenic bile duct lesions after cholecystectomy and the impact of different clinical classification systems. *Br J Surg* [Internet]. 2007 Sep [cited 2019 Feb 5]; 94(9):1119-27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17497652>

Área

Risco cirúrgico.

Aplicabilidade

P POSSUM ou Escore de Gravidade Operatória e Fisiológica para Enumeração de Mortalidade e morbidade (*Physiological and Operative Severity Score for the Enumeration of Mortality and morbidity de Portsmouth*) é um modelo de previsão de risco cirúrgico, que se baseia em variáveis fisiológicas do doente e variáveis da cirurgia realizada, para avaliar os resultados das intervenções cirúrgicas, as suas complicações. O P é referente a uma atualização dos cálculos de regressão logística para diminuir a superestimação de mortalidade em pacientes de baixo risco. Deve ser aplicado no momento da cirurgia ou logo após.

Parâmetros fisiológicos	1	2	4	8
Idade	<61 anos	61-70 anos	>70 anos	-
Sinais cardíacos	Normal	Diuréticos, digoxina; Angina, hipertensão	Edema periférico; Warfarina;	Aumento de PVC; Cardiomegalia
Sinais respiratórios	Normal	Dispneia aos exercícios; DPOC leve	Dispneia ao subir escadas; DPOC moderada	Dispneia ao repouso; DPOC grave; Fibrose pulmonar
ECG	Normal	-	FA (60 – 90bpm)	Outras alterações
PAS, mmHg	110-130	131-170; 100-109	>170; 90-99	<90
FC, bpm	50-80	81-100; 40-49	101-120	>120; <40
Escala de coma de Glasgow	15	12-14	9-11	<9
Hb, g/dL	13-16	11.5-12.9 ; 16.1-17	10-11.4 ; 17.1-18	<10; >18
Leucócitos x 10¹²/L	4-10	10.1-20; 31.-3.9	>20;<3	-
Uréia mmol/L	<7.5	7.6-10	10.1-15	>15
Na+, mEq/L	>136	131-135	126-130	<126
K+, mEq/L	3.5-5	3.2-3.4; 5.1-5.3	2.9-3.1; 5.4-5.9	<2.9; >5.9
Parâmetros operatórios	1	2	4	8
Porte da cirurgia	Baixo	Médio	Grande	Grande+
Número de procedimentos nos últimos 30 dias	1	2	>2	-
Perda sanguínea (ml)	<100	101-500	501-999	>1000
Contaminação peritoneal	Ausente	Pouca, serosa	Conteúdo purulento localizado	Peritonite fecal, purulenta ou hemoperitônio
Malignidade	Ausente	Neoplasia primária	Metástase linfonodal	Metástase a distância
Caráter da cirurgia	Eletiva	-	Urgência (<24h)	Emergência (<2h)

Equação POSSUM para morbidade:

$$\text{LogR}/(1-R) = -5.91 + 0.16 \times \text{Índice pontuação fisiológica} + 0.19 \times \text{Índice pontuação operatória}$$

Equação P-POSSUM para mortalidade:

$$\text{LogR}/(1-R) = -9.065 + 0.169w \times \text{Índice pontuação fisiológica} \times \text{Índice pontuação operatória}$$

Referências

Copeland GP, Jones D, Walters M. POSSUM: A scoring system for surgical audit. Br J Surg [Internet]. 1991 Mar [cited 2019 Feb 5];78(3):355-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2021856>

POSSUM for Operative Morbidity and Mortality Risk [Internet]. [place unknown]: MDCalc; [cited 2018 Dec 15]. Available from: <https://www.mdcalc.com/possum-operative-morbidity-mortality-risk>

Prytherch DR, Whiteley MS, Higgins B, Weaver PC, Prout WG, Powell SJ. POSSUM and Portsmouth POSSUM for predicting mortality. Physiological and Operative Severity Score for the enumeration of Mortality and morbidity. Br J Surg [Internet]. 1998 Sep [cited 2019 Feb 5];85(9):1217-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9752863>

91. SEGMENTAÇÃO HEPÁTICA DE COUINAUD^{148,149}

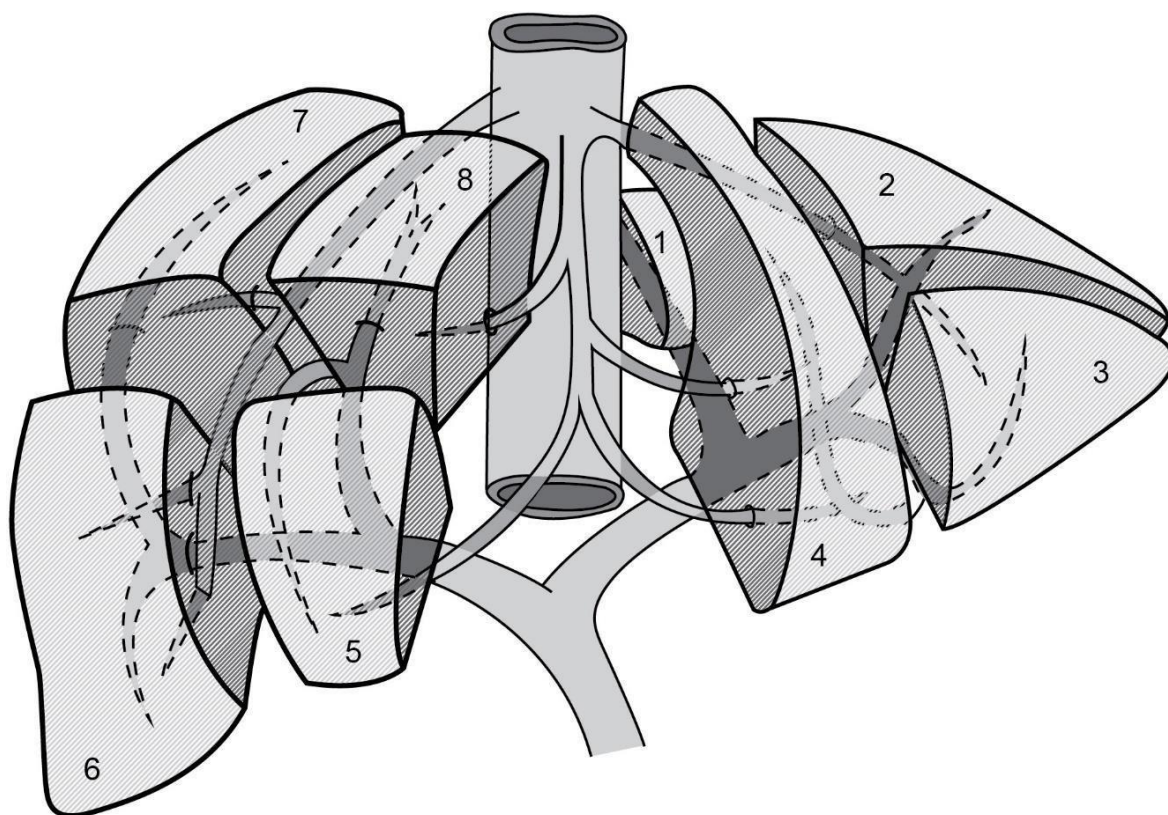
Área

Fígado e vias biliares.

Aplicabilidade

Couinaud, em 1957, demonstrou que a segmentação hepática se baseia na distribuição intraparenquimatosa da tríade portal. Tal conhecimento da segmentação portal e a localização das veias hepáticas é o fundamento anatômico que hoje norteia as ressecções regradas do fígado.

A cisura portal principal, uma linha imaginária que se estende do ponto médio da fossa vesicular até a margem esquerda da veia cava supra-hepática, determina a divisão do fígado em lobos direito e esquerdo e corresponde ao trajeto da veia hepática média. A veia hepática direita divide o setor medial (ou anterior) do lateral (ou posterior) do lobo direito, que por sua vez são constituídos pelos segmentos 5 e 8 e 6 e 7 respectivamente. A linha que divide esses setores e que corresponde ao trajeto da veia hepática direita é chamada de cisura portal direita. A veia hepática esquerda, o correspondente da cisura portal esquerda, subdivide-se em dois ramos. O menor desses ramos drena o setor posterior (segmento 2), enquanto o maior direciona-se ao setor anterior, constituído pelos segmentos 3 e 4. A fissura umbilical, na superfície externa do fígado ajuda a reconhecer os limites entre os dois segmentos do setor anterior, enquanto a cisura portal esquerda marca a transição entre os setores anterior e posterior do lobo esquerdo. Atrás da veia porta e do segmento 4 do lobo esquerdo, localiza-se o segmento 1, que corresponde, na anatomia clássica, ao lobo caudado.



Referências

Couinaud CM. Le foie: études anatomiques et chirurgicales. Paris: Masson; 1957.

Martins ACA, Machado MAC. O acesso glissoniano intra-hepático nas ressecções do fígado. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2008 Feb [cited 2019 Feb 5];35(1):45-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912008000100011&script=sci_abstract&tlng=pt

92. ESCORE SOFA^{150,151}

Área

Cuidados intensivos.

Aplicabilidade

O *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) preditor de mortalidade baseado no grau de disfunção de 6 sistemas orgânicos.

	Variáveis	Pontuação
Índice PaO ₂ /FiO ₂	≥ 400	0
	300-399	+1
	200-299	+2
	100-199 e ventilação mecânica	+3
	< 100 e ventilação mecânica	+4
Plaquetas (x 10 ³)	≥ 150	0
	100-150	+1
	50-99	+2
	20-49	+3
	< 20	+4
Escala de Coma de Glasgow	15	0
	13-14	+1
	10-12	+2
	6-9	+3
	< 6	+4
Bilirrubina (mg/dL)	< 1.2	0
	1.2-1.9	+1
	2.0-5.9	+2
	6.0-11.9	+3
	≥ 12	+4
Pressão Arterial Média ou necessidade de droga vasoativa	Sem hipotensão	0
	PAM < 70 mmHg	+1
	Dopamina ≤ 5 ou dobutamina	+2
	Dopamina > 5, epinefrina ≤ 0.1 ou noradrenalina	+3
	Dopamina > 15, epinefrina > 0,1 ou noradrenalina > 0,1	+4
Creatinina (mg/dL)	< 1,2	0
	1,2-1,9	+1

	2,0-3,4	+2
	3,5-4,9	+3
	≥ 5,0 ou diurese < 200 mL/24h ou hemodiálise	+4

Interpretação

Escore SOFA	Mortalidade – escore inicial	Mortalidade – maior escore
0-1	0.0%	0.0%
2-3	6.4%	1.5%
4-5	20.2%	6.7%
6-7	21.5%	18.2%
8-9	33.3%	26.3%
10-11	50.0%	45.8%
12-14	95.2%	80%
>14	95.2%	89.7%

Referências

Ferreira FL, Bota DP, Bross A, Mélot C, Vincent JL. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. JAMA [Internet]. 2001 Oct [cited 2019 Feb 5];286(14):1754-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11594901>

Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonça A, Bruining H et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Med [Internet]. 1996 Jul [cited 2019 Feb 5];22(7):707-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8844239>

93. CLASSIFICAÇÃO DE MALLAMPATI^{152,153,154}

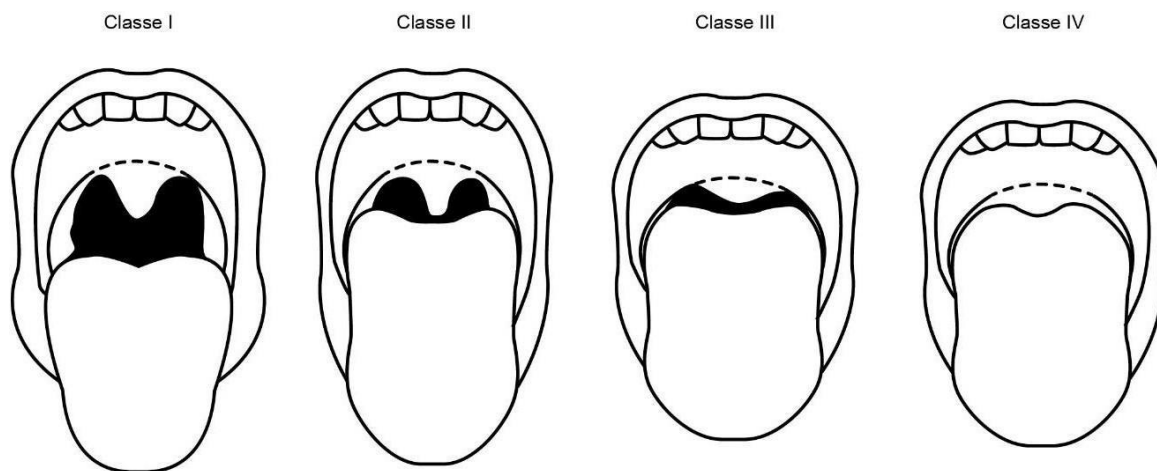
Área

Anestesiologia.

Aplicabilidade

Criada em 1985 por Mallampati e colaboradores e modificada em 1987 por Samsom e Young, a Classificação Mallampati tem por objetivo prever o grau de dificuldade em estabelecer uma via aérea para o paciente. Com o paciente sentado, com a boca totalmente aberta e língua protraída, o examinador fica em frente ao nível dos olhos sendo observada a visualização ou não do palato mole, úvula e pilares.

Classes	Estruturas Visualizadas
I	Palato mole, fauces, úvula e pilares
II	Palato mole, fauces e úvula
III	Palato mole e base da úvula
IV	Palato mole não totalmente visível



Interpretação

As classes I e II tem via aérea considerada fácil e as classes III e IV geralmente apresentam uma via aérea difícil.

Limitações

Apesar de fácil aplicabilidade, apresenta especificidade de 95,7%, sensibilidade de 27,1% e acurácia de 80,3%, sendo que seu uso isoladamente pode apresentar elevado número de falsos negativos.

Referências

- Khan ZH, Kashfi A, Ebrahimkhani E. A comparison of the upper lip bite test (a simple new technique) with modified mallampati classification in predicting difficulty in endotracheal intubation: a prospective blinded study. *Anesth Analg* [Internet]. 2003 Feb [cited 2019 Feb 5];96(2):595-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12538218>
- Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD, Desai SP, Waraksa B, Freiberger D, et al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: a prospective study. *Can Anaesth Soc J* [Internet]. 1985 Jul [cited 2019 Feb 5];32(4):429-34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4027773>
- Samsoon GL, Young JR. Difficult tracheal intubation: a retrospective study. *Anaesthesia* [Internet]. 1987 May [cited 2019 Feb 5];42(5): 487-90. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3592174>

94. ESCORE MODIFICADO DE DEMEESTER¹⁵⁵

Área

Gastroenterologia.

Aplicabilidade

Avaliar a gravidade da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Pode ser utilizado na avaliação pré e pós-operatória da fundoplicatura.

Pontuação	Disfagia	Pirose	Regurgitação
0	Nenhum	Nenhum	Nenhum
1	Episódios ocasionais	Episódios ocasionais	Episódios ocasionais
2	Líquidos para alívio dos sintomas	Episódios frequentes que requerem tratamento	Previsível pela postura
3	Impactação que requer atenção médica	Interferência com atividades diárias	Interferência com atividades diárias

Interpretação

Quanto maior o valor do escore, pior a gravidade da DRGE.

95. ESCALA DE SEDAÇÃO DE RAMSAY^{156,157,158}

Área

Cuidados intensivos; Neurologia.

Aplicabilidade

Descrita em 1964, a escala é umas das mais antigas na avaliação da profundidade de sedação. Revisões recentes de sedação em terapia intensiva revelam que apesar de subjetividade na aferição, essa classificação apresenta boa confiabilidade e concordância entre examinadores.

Escore	Definição
1	Ansioso, agitado ou inquieto
2	Cooperativo, orientado e tranquilo
3	Responde apenas a comandos
4	Pronta resposta a estímulo glabellar leve ou auditivo alto
5	Resposta lenta a estímulo glabellar leve ou auditivo alto
6	Sem resposta a estímulo glabellar leve ou auditivo alto

Referências

Newton T, Pop I, Duvall E. Sedation scales and measures: a literature review. SAAD Dig [Internet]. 2013 Jan [cited 2019 Feb 5];29:88-99. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23544226>

Ramsay MA, Savege TM, Simpson BR, Goodwin R. Controlled Sedation with Alphaxalone-Alphadolone. Br Med J [Internet]. 1974 Jun [cited 2019 Feb 5];2(5920):656-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4835444>

Sessler CN, Grap MJ, Ramsay MAE. Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. Crit Care [Internet]. 2008 [cited 2019 Feb 5];12(Suppl 3):S2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2391268/>

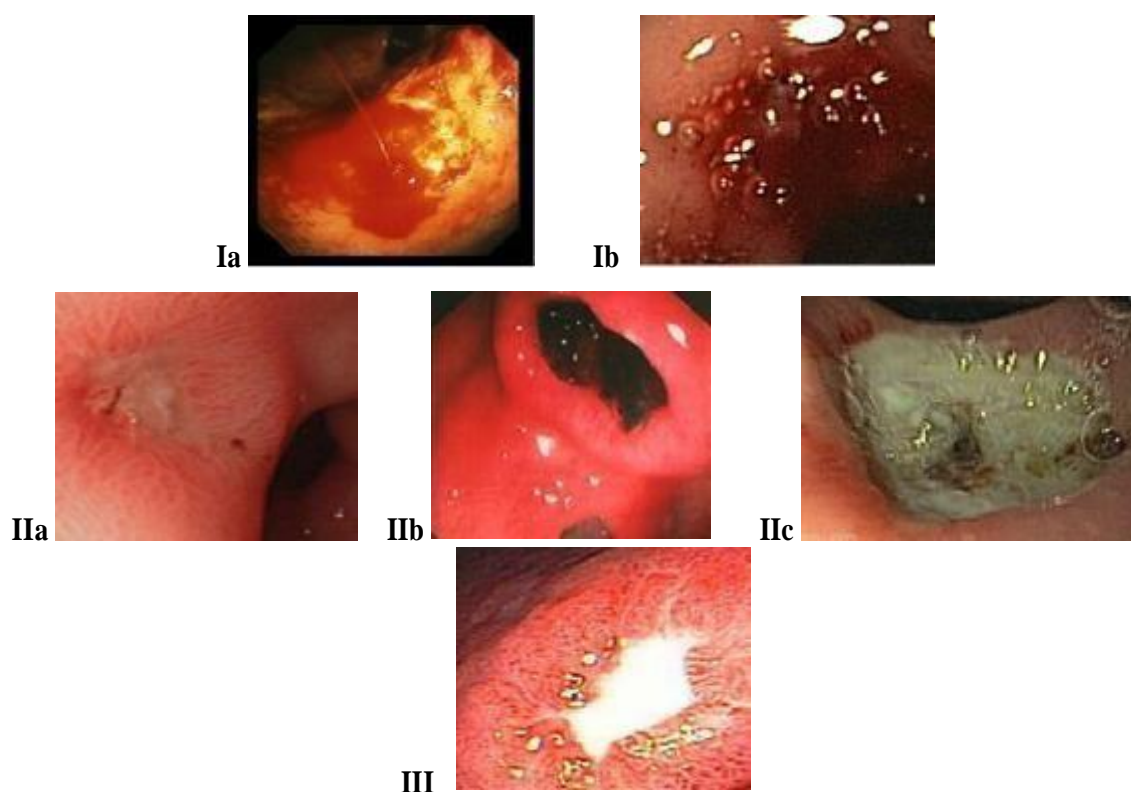
96. CLASSIFICAÇÃO DE FORREST^{159,160}

Área

Gastroenterologia.

Aplicabilidade

Atualmente a mais utilizada para classificar a aparência endoscópica de úlceras pépticas sangrantes e, assim, estratificar risco de ressangramento e mortalidade. Essa classificação tem uma associação mais forte com úlceras gástrica que duodenais.



Adaptado de KIM, J. S.; PARK, S. M.; KIM B. W.¹⁶⁰

Interpretação

Classificação	Característica endoscópica	Risco de ressangramento
Ia	Sangramento em jato	90-100%
Ib	Sangramento em babação	80%
IIa	Vaso visível sem sangramento	40-60%
IIb	Vaso com coágulo aderido	20-25%
IIc	Cobertura plana de hematina	13%
III	Base clara com fibrina	5%

Referências

Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* [Internet]. 1974 Aug [cited 2019 Feb 5]; 2(7877):394-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4136718>

Kim JS, Park SM, Kim BW. Endoscopic Management of Peptic Ulcer Bleeding. *Clin Endosc* [Internet]. 2015 Mar [cited 2019 Feb 5];48(2): 106–111. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4381136/>

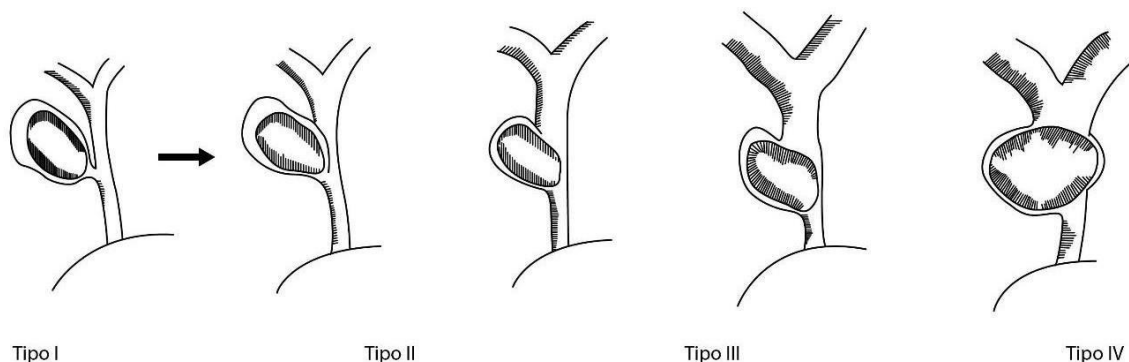
97. CLASSIFICAÇÃO DE CSENDES^{161,162,163}

Área

Fígado e vias biliares.

Aplicabilidade

Descrita inicialmente em 1989 por Csendes, divide a classificação da síndrome de Mirizzi em 5 tipos, com base em graus de envolvimento do ducto biliar na formação de fístula colecistobiliar. Isso fornece orientação para a cirurgia apropriada uma vez que tipos mais complexos se correlacionam com abordagens mais complexas e maiores riscos de lesões iatrogênicas.



Interpretação

Tipo	Característica
I	Compressão extrínseca do ducto hepático comum por um cálculo impactado no infundíbulo ou ducto cístico da vesícula biliar
II	Presença de fístula colecistobiliar, com erosão do ducto hepático comum anterior ou lateral parede por um cálculo impactado, onde a fístula envolve menos de 1/3 da circunferência do ducto hepático comum
III	Presença de fístula colecistobiliar com erosão da parede do ducto hepático envolvendo até 2/3 da sua circunferência
IV	Presença de fístula colecistobiliar com destruição completa da parede do ducto hepático comum
V	Presença de fístula colecistoduodenal

Referências

Beltran MA, Csendes A. Mirizzi syndrome and gallstone ileus: an unusual presentation of gallstone disease. *J Gastrointest Surg* [Internet]. 2005 May-Jun [cited 2019 Feb 5];9(5):686-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15862264>

Csendes A, Díaz JC, Burdiles P, Maluenda F, Nava O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: A unifying classification. *Br J Surg* [Internet]. 1989 Nov [cited 2019 Feb 5];76(11):1139-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2597969>

Seah WM, Koh YX, Cheow PC, Chow PKH, Chan CY, Lee SY, et al. A Retrospective Review of the Diagnostic and Management Challenges of Mirizzi Syndrome at the Singapore General Hospital. *Dig Surg* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 5];35:491-7. Available from: <https://www.karger.com/Article/Abstract/484256>

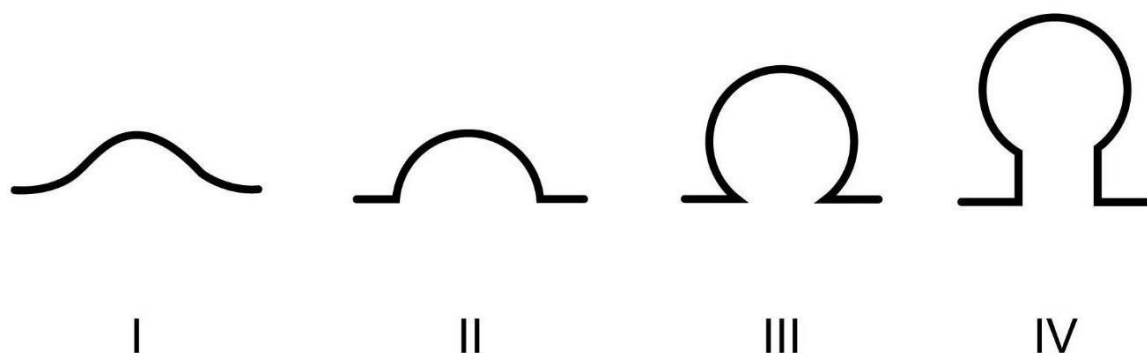
98. CLASSIFICAÇÃO DE YAMADA^{164,165}

Área

Gastroenterologia.

Aplicabilidade

Proposta em 1966 para classificação para lesões gástricas elevadas (polipoides) com base em suas características macroscópicas vistas à endoscopia digestiva alta. Apesar de usada como preditor de risco de malignidade, a aparência endoscópica dos pólipos gástricos pode ser variável e sua distinção enganosa.



Tipo	Característica
I	Ligeiramente elevado
II	Séssil (cupuliforme)
III	Subpediculado
IV	Pediculado

Referências

Vatansever S, Akpınar Z, Alper E, İpek S, Yazıcıoğlu N, Ekinci N, et al. Gastric polyps and polypoid lesions: retrospective analysis of 36650 endoscopic procedures in 29940 patients. *Turk J Gastroenterol* [Internet]. 2015 Mar [cited 2019 Feb 5];26(2):117-22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25835108>

Yamada T, et al. Evaluated Lesion of the Stomach: Stomach and Intestine. *Stom Int*. 1966;1(2):145–150.

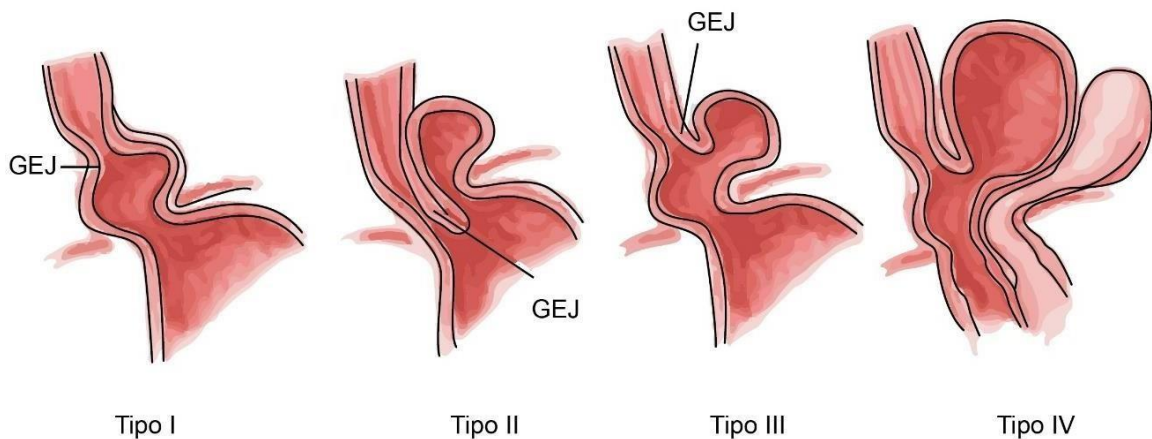
99. CLASSIFICAÇÃO DE HILL^{166,167,168,169}

Área

Gastroenterologia.

Aplicabilidade

Avaliação endoscópica da válvula gastroesofágica que apresenta correlação com a doença do refluxo gastroesofágica e permite o adequado planejamento terapêutico.



Interpretação

Tipo	Definição	Descrição
I	Hérnia por deslizamento	Cárdia deslocada na direção longitudinal, acima do hiato esofágico
II	Hérnia paraesofágica	Deslocamento de partes do esôfago, defeitos maiores do hiato e cárdia subfrênica
III	Hérnia mista	Axial e paraesofágica
IV	Herniação de outros órgãos além do estômago	Deslocamento de órgãos abdominais

Referências

Hansdotter I, Björ O, Andreasson A, Agreus L, Hellström P, Forsberg A, et al. Hill classification is superior to the axial length of a hiatal hernia for assessment of the mechanical antireflux barrier at the gastroesophageal junction. *Endoscopy Int Open* [Internet]. 2016 Mar [cited 2019 Feb 5]; 4(3):E311-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27004249>

Hill LD, Chapman KW, Morgan EH. Objective evaluation of surgery for hiatus hernia and esophagitis. *J Thorac Cardiovasc Surg* [Internet]. 1961 Jan [cited 2019 Feb 5];41:60-74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13714296>

Hill LD, Joel AT. Paraesophageal Hernia. *Arch Surg* [Internet]. 1968 [cited 2019 Feb 5];96(5):735-44. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/article-abstract/567002>

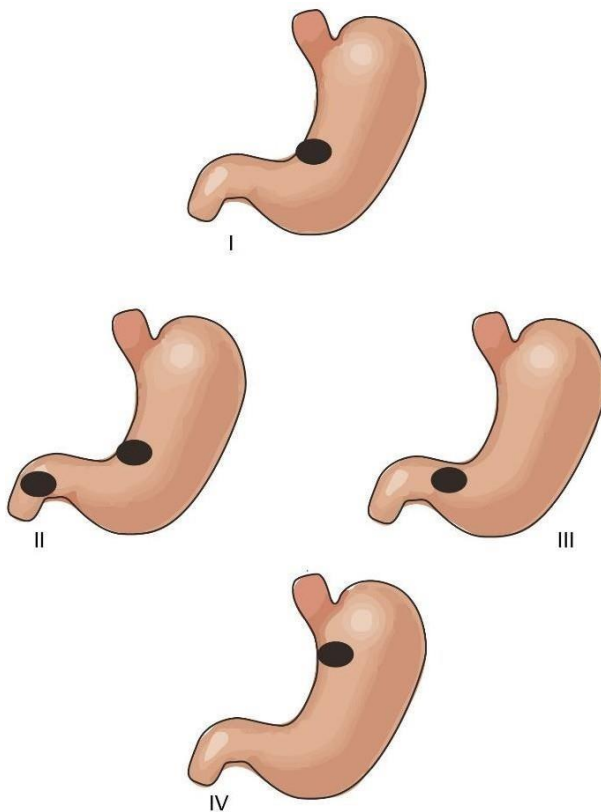
100. CLASSIFICAÇÃO DE JOHNSON MODIFICADA^{170,171,172}

Área

Gastroenterologia.

Aplicabilidade

Descrita inicialmente em 1965, objetiva definir as características das úlceras gástricas em relação à secreção ácida com base em sua topografia. Dessa forma, permite uma melhor programação terapêutica.



Interpretação

Tipo	Localização	Hipersecreção ácida
I	Pequena curvatura	Não
II	Pequena curvatura associada a úlcera duodenal	Sim
III	Pré-pilórica	Sim
IV	Estômago proximal	Não
V	Qualquer localização	Não (AINES)

Referências

Brunnicardi FC, Anderson DK, Biliar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE. Schwartz Tratado de Cirurgia. 9. Ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2013.

Johnson HD. Gastric ulcer: classification, blood group characteristics, secretion patterns and pathogenesis. Ann Surg [Internet]. 1965 Dec [cited 2019 Feb 5];162(6):996-1004. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1477018/>

Kempenich J. W, Sirinek KR. Acid Peptic Disease. Surg Clin North Am [Internet]. 2018 Oct [cited 2019 Feb 5];98(5):933-44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30243454>

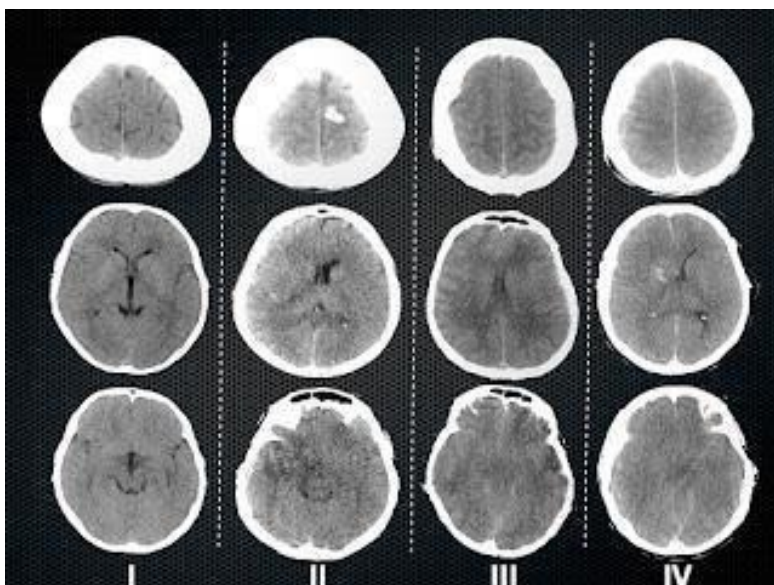
101. CLASSIFICAÇÃO DE MARSHALL^{173,174}

Área

Trauma; Neurocirurgia.

Aplicabilidade

Proposta em 1991 para traumatismo crânio-encefálico, baseia-se em informações coletadas da tomografia de crânio inicial e a relação direta desses achados com a taxa de mortalidade. Guarda boa correlação com a predição de mortalidade precoce em pacientes com lesão traumática moderada a grave.



Retirado de <http://neurointensivismo.blogspot.com/2012/01/classificacao-marshall.html>

Interpretação

Categoria	Definição	Mortalidade
I	Tomografia sem patologias visíveis	9,6%
II	Cisternas presentes; desvio de linha média 0-5mm; ausência de lesões >25mL	13,5%
III	Cisternas comprimidas ou ausentes; desvio de linha média 0-5mm; ausência de lesões > 25mL	34%
IV	Desvio de linha média > 5mm; ausência de lesões > 25mL	56,2%

Referências

Deepika A, Prabhuraj AR, Saikia A, Shukla D. Comparison of predictability of Marshall and Rotterdam CT scan scoring system in determining early mortality after traumatic brain

injury. *Acta Neurochir* [Internet]. 2015 Nov [cited 2019 Feb 5];157(11):2033-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26374440>

Marshall LF, Marshall SB, Klauber MR., van Berkum CM, Eisenberg HM, Jane JA, et al. A new classification of head injury based on computerized tomography. *J Neurosurg* [Internet]. 1991 Nov [cited 2019 Feb 5];75:S1-S66. Available from: <https://thejns.org/view/journals/j-neurosurg/75/Supplement/article-pS14.xml>

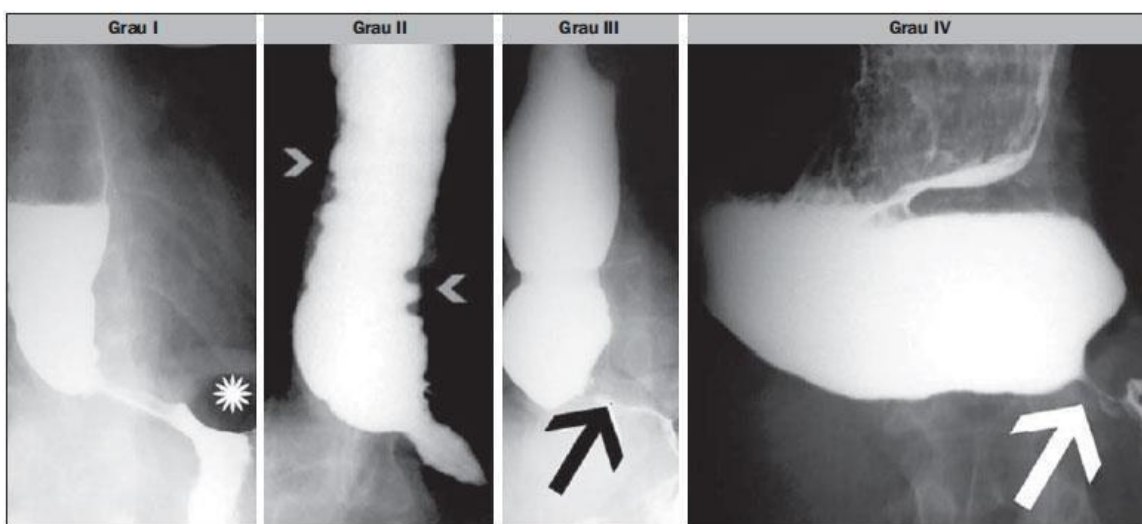
102. CLASSIFICAÇÃO DE REZENDE E MASCARENHAS^{176,177}

Área

Gastroenterologia.

Aplicabilidade

Classificação com o objetivo de situar os diferentes aspectos radiológicos dentro do ciclo evolutivo da lesão. Essa classificação é praticável e os achados radiográficos mais frequentes em graus mais avançados de lesão.



Adaptado de ABUD et al.¹⁷⁵

Interpretação

Grau	Dilatação	Descrição
I	Até 4cm	Diâmetro normal; retenção do meio de contraste e presença de ar na parte superior do esôfago;
II	4 – 7cm	Moderado aumento de diâmetro; atividade motora incoordenada. Observa-se a presença de restos alimentares obstruindo parcialmente a transição esofagogástrica
III	7 – 10cm	Grande aumento de diâmetro; esôfago hipotônico, com reduzida atividade motora
IV	>10cm	Além da dilatação, observa-se alongamento do esôfago, que se dobra sobre a cúpula diafragmática (dolicoesôfago). As falhas de enchimento correspondem às presenças de restos alimentares ou de um carcinoma associado, comprovado à endoscopia

Referências

- Abud TG, Abud LG, Vilar VS, Szejnfeld D, Reibschaid S. Alterações radiológicas encontradas no megaesôfago chagásico em radiografias simples de tórax e esofagogramas. *Radiol Bras* [Internet]. 2016 Nov-Dez [cited 2019 Feb 5];49(6):358-62. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rb/v49n6/pt_0100-3984-rb-20150141.pdf
- Oliveira GC, Lopes LR, Andreollo NA, Braga NS, Coelho Neto JS. Tratamento cirúrgico do megaesôfago no Hospital de Clínicas da UNICAMP - fatores associados a melhores ou a piores resultados. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2009 Jul-Aug [cited 2019 Feb 5];36(4):300-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n4/a05v36n4.pdf>
- Rezende JM, Lauer KL, Oliveira AR. Aspectos clínicos e radiológicos da aperistalsis do esôfago. *Rev Bras Gastroenterol* [Internet]. 1960 [cited 2019 Feb 5];12:247-62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000099&pid=S0037-8682200500060000500027&lng=pt

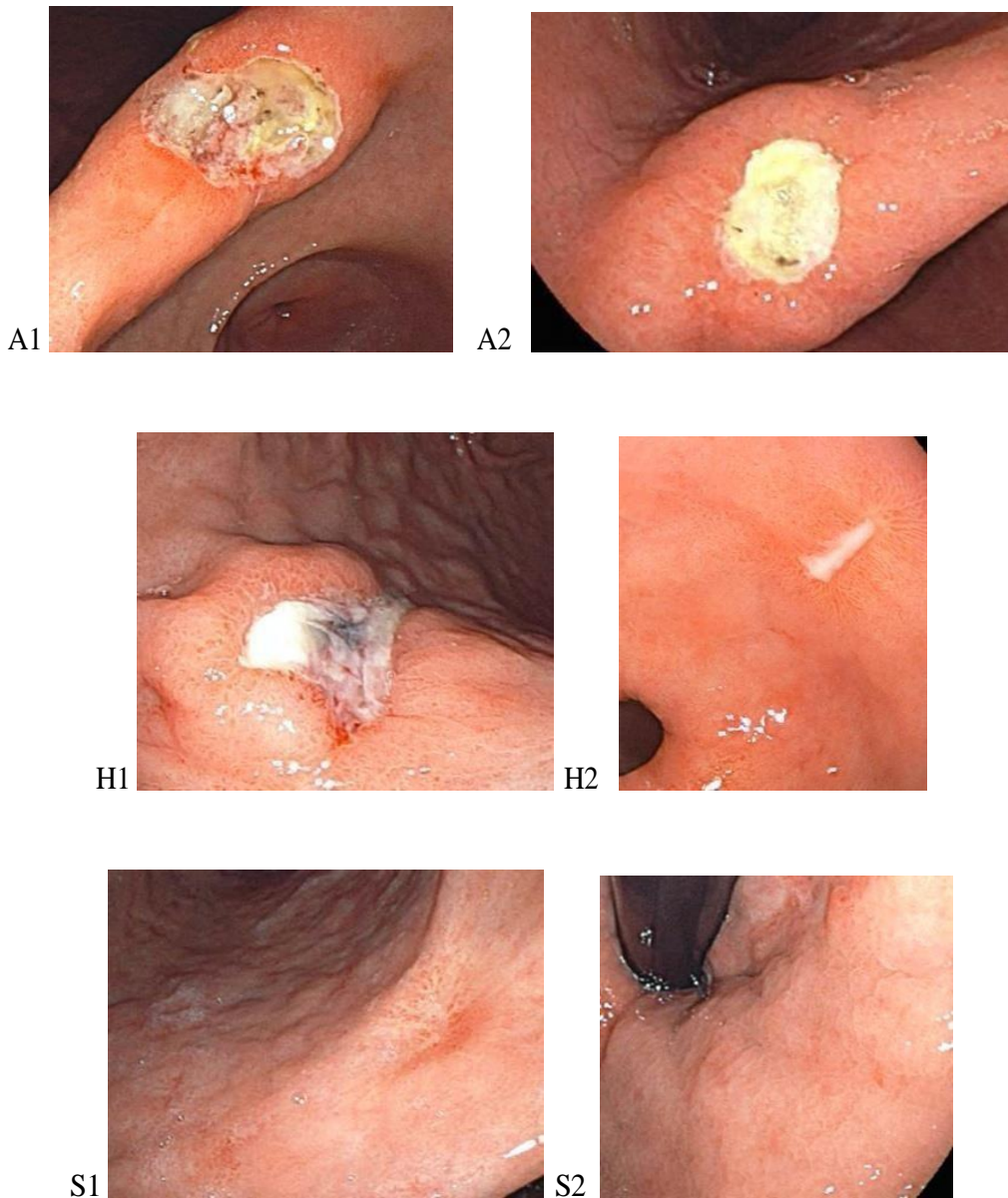
103. CLASSIFICAÇÃO DE SAKITA^{178,179}

Área

Gastroenterologia.

Aplicabilidade

Descrita em 1971, define o ciclo evolutivo das úlceras gástricas e permite seu estadiamento em 3 estágios (ativo, cura, cicatrização), com base em suas características endoscópicas.



Adaptado de CHOI.

Interpretação

Estágio	Manifestação
Ativo	
A1	Mucosa circundante edemaciada, sem epitélio de regeneração
A2	Regressão do edema circundante, bordas bem definidas, presença de epitélio de regeneração. Anel eritematoso e fundo recoberto por fibrina
Cura	
H1	Adelgaçamento do revestimento de fibrina e epitélio de regeneração até base da úlcera. Redução do gradiente entre borda e base da úlcera. Redução do diâmetro da lesão
H2	Menor defeito e epitélio de regeneração cobre maior parte da úlcera. Redução de fibrina
Cicatrização	
S1	Ausência de fibrina e base da úlcera completamente revertida por epitélio de regeneração (cicatriz vermelha)
S2	Hiperemia reduzida a cor da mucosa circundante (cicatriz branca)

Referências

- Choi MH. The Endoscopic Diagnosis of Peptic Ulcer Disease. Korean J Helicobacter Up Gastrointest Res [Internet]. 2014 Mar [cited 2019 Feb 5];14(1):6-12. Available from: <https://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.7704/kjhugr.2014.14.1.6&vmode=PU>
BREADER
- Sakita T, Oguro Y, Takasu S, Fukutomi H, Miwa T. Observations on the healing of ulcerations in early gastric cancer. The life cycle of the malignant ulcer. Gastroenterology [Internet]. 1971 May [cited 2019 Feb 5];60(5):835-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5581326>

104. CLASSIFICAÇÃO DE BISMUTH (LESÃO IATROGÊNICA DAS VIAS BILIARES)¹⁸⁰

Área

Cirurgia hepatobiliar.

Aplicabilidade

Descreve a altura da lesão iatrogênica da via biliar em relação ao hilo hepático, oferecendo diferentes opções cirúrgicas de tratamento

Grau	Descrição
I	Estenose do hepático comum, distando mais que 2 cm da carina
II	Estenose do hepático comum, distando menos que 2 cm da carina
III	Estenose Hilar, não existindo resíduo de ducto hepático. A confluência está intacta
IV	Estenose hilar, com perda da comunicação entre os ductos hepáticos direito e esquerdo
V	Envolvimento de ducto aberrante setorial direito, com ou sem lesão da via biliar principal

Referências

Janargin WR, Blumgart L. Benign biliary stricture: surgery of the liver, biliary tract and pancreas. 4th ed. [place unknown: publisher unknown]; 2007. p.634.

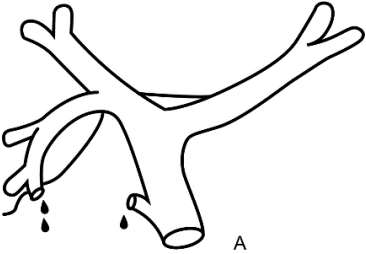
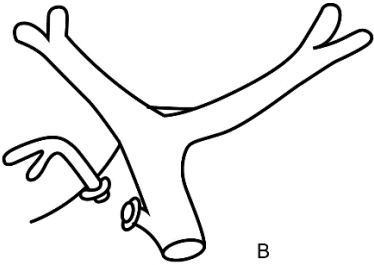
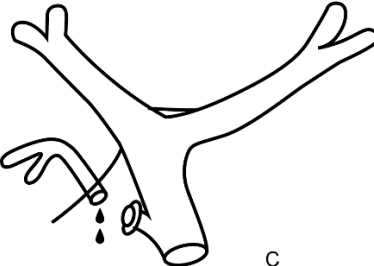
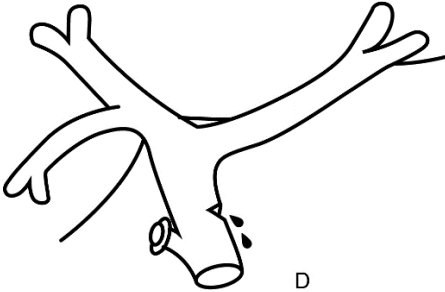
105. CLASSIFICAÇÃO DE STRASBERG¹⁸¹

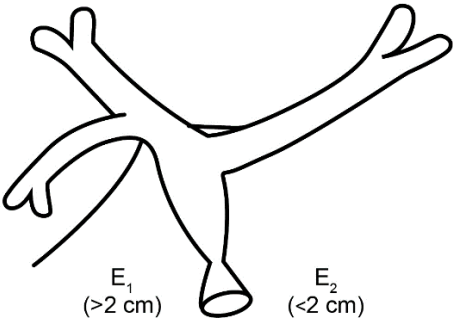
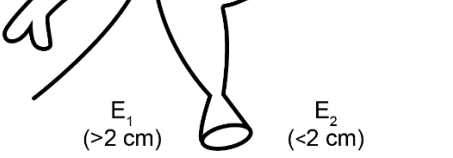
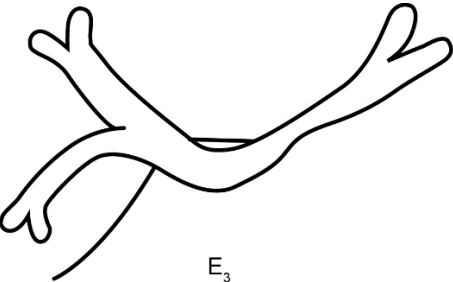
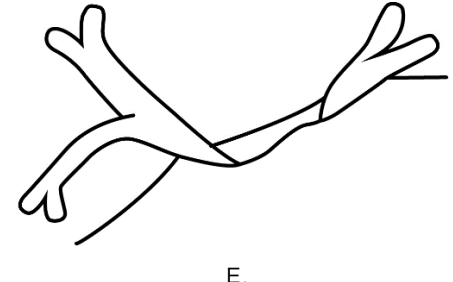
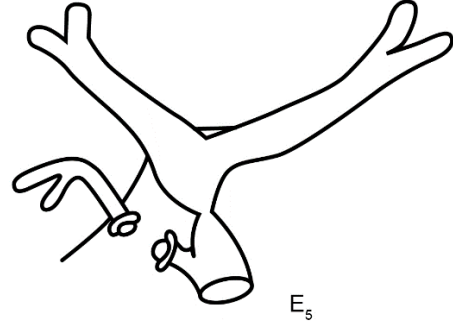
Área

Vias biliares.

Aplicabilidade

Descrita em 1995, é uma adaptação da classificação de Bismuth e tem como função classificar os diferentes tipos de lesões de vias biliares na colecistectomia videolaparoscópica.

Tipo	Descrição	Imagem
A	Vazamento do ducto cístico ou de pequeno ducto em leito da vesícula biliar.	
B	Oclusão do ducto do segmento posterior direito.	
C	Vazamento do ducto do segmento posterior direito seccionado.	
D	Vazamento do ducto hepático comum sem grande perda de tecido.	

E	E1: Secção do ducto hepático comum com estenose a mais de dois centímetros da confluência	
	E2: Secção do ducto hepático comum com estenose a menos de dois centímetros da confluência	
	E3: Estenose do hilo com comunicação entre os ductos esquerdos e direitos	
	E4: Estenose do hilo com separação entre os ductos esquerdos e direitos	
	E5: Estenose do ducto biliar comum e do ducto do segmento posterior direito	

Referências

Strasberg SM, Hertl M, Soper NJ. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. J Am Coll Surg [Internet]. 1995 Jan [cited 2019 Feb 5];180(1):101-25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8000648>

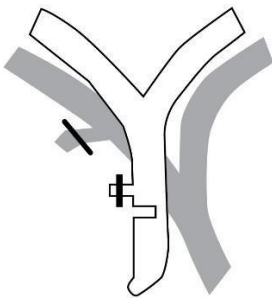
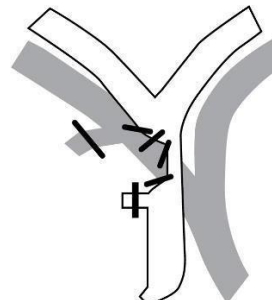
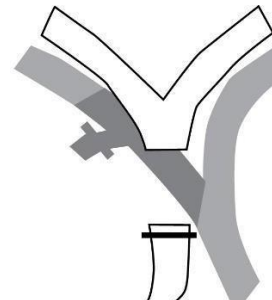
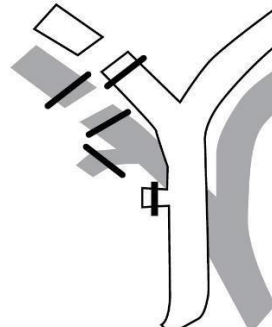
106. CLASSIFICAÇÃO DE STEWART-WAY¹⁸²

Área

Vias biliares.

Aplicabilidade

Descrita em 2007, tem como função classificar os diferentes tipos de lesões de vias biliares.

Tipo	Descrição	Imagem
I	Quando o ducto biliar comum é confundido com o cístico, mas o erro é percebido antes da secção do mesmo.	
II	Quando são utilizados cliques ou cautério muito próximo do ducto biliar comum.	
III	Quando o ducto biliar comum é confundido com o cístico, e ele é excisado.	
IV	Quando há lesão do ducto hepático direito, seja por ser confundido com o cístico ou por lesão durante a dissecação.	

Referências

Stewart L, Domingez CO, Way LW. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: a sense making analysis of operative reports. Mosier K, Fischer U, editors. Proceedings of the 8th International NDM Conference; 2007 Jun. Pacific Grove, CA.

107. ESCORE DE DULK^{183,184}

Área

Colon e reto.

Aplicabilidade

Predizer risco de deiscência de anastomose colorretal e tentar reduzir mortalidade.

Escore de DULK avaliado a cada 24h	Pontos
Temperatura >38°C	1
FC >100	1
FR >30	1
Oligúria (diurese <700 ml/d)	2
Agitação ou letargia	2
Deterioração clínica	2
Ileoparalítico	2
Gastroparesia	2
Evisceração	2
Dor abdominal outra que não seja da ferida	2
Leucocitose (>5%) ou aumento PCR (>5%)	1
Elevação de ureia ou creatinina >5%	1
Nutrição enteral	1
Nutrição parenteral	2

* Pacientes em nutrição parenteral e enteral, considerar apenas pontuação da nutrição enteral.

Interpretação

Pontos	Conduta
≤3	Acompanhar
4-7	Reavaliação e exames laboratoriais em 12h
≥8	Tomografia de abdome com contraste retal. Se positivo, tratar. Se negativo, reavaliar e exames laboratoriais após 12h

Limitações

Pacientes com estomias têm quadro com manifestação clínica e laboratorial mais branda, devendo ser considerado na avaliação do escore.

Referências

- den Dulk M, Noter SL, Hendriks ER, Brouwers MA, van der Vlies CH, Oostenbroek RJ, et al. Improved diagnosis and treatment of anastomotic leakage after colorectal surgery. *Eur J Surg Oncol* [Internet]. 2009 Apr [cited 2019 Feb 5];35(4):420-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18585889>
- Martin G, Dupré A, Mulliez A, Prunel F, Slim K, Pezet D. Score for the early diagnosis of anastomotic leakage following elective colorectal surgery. *J Visc Surg* [Internet]. 2015 Feb [cited 2019 Feb 5];152(1):5-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25577712>

DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como objetivo a criação de um material didático, de rápido e fácil acesso que garantisse em qualquer momento e em qualquer lugar a consulta de escalas e escores em cirurgia.

Foi visto que escalas são ferramentas médicas muito utilizadas na prática cirúrgica, porém, muitas vezes, utilizadas de forma inadequada devido a interpretações errôneas. Como na medicina existem inúmeras classificações é comum que haja dúvida durante um cenário clínico onde se precisa utilizar alguma delas, principalmente se o profissional não a utiliza de forma rotineira. Assim, se o médico não tiver a informação de forma objetiva e rápida, o risco de nortear condutas não necessariamente as mais adequadas aumenta, o que pode afetar negativamente o desfecho clínico do paciente.

Além disso, a assistência à saúde requer agilidade do profissional em raciocinar clinicamente e adotar condutas, tornando necessário sintetizar os conteúdos no intuito de deixá-los mais simples, acessíveis e de fácil compreensão.

Portanto, a criação do e-Book, resultado do presente projeto, pretende amenizar essas dificuldades. No cenário prático, essa ferramenta poderá ser utilizada a beira do leito, durante uma reunião clínica ou atendimentos no ambulatório facilitando a estratificação da gravidade do quadro clínico do paciente e agilizando a elaboração do plano terapêutico adequado para o caso.

Optou-se que a publicação fosse feita em forma de e-Book pois esta ferramenta apresenta benefícios os quais ratificam o objetivo desse projeto: tem como característica a possibilidade da aquisição facilitada, já que o leitor pode comprar o produto através da internet, e a vantagem de poder ser utilizado em diversos aparelhos eletrônicos como notebooks, tablets e smartphones.¹⁸⁵ Além disso, após a aquisição do material, o conteúdo ficará salvo no dispositivo do leitor, possibilitando a realização de consultas rápidas mesmo sem o sinal de internet.

Mesmo após a escolha das tabelas e classificações de acordo com a sua importância, aplicabilidade e decisão do orientador, não foi possível reunir todas as classificações existentes neste material, visto que há uma imensidão de conteúdos abordados pela área cirúrgica e o fato de muitas delas estarem em desuso. Assim, em decisão conjunta entre os colaboradores do projeto, optou-se por limitar o número de tópicos aos descritos.

CONCLUSÃO

O trabalho realizado em conjunto com estudantes, médicos residentes e preceptores resultou na elaboração de um material didático amplo, prático e de utilidade imediata que será oferecida para aquisição como e-Book em sites de livros online. Será uma ferramenta útil para a disseminação de conhecimento e com isso, poderá contribuir para a o aprimoramento, de forma mais segura, da assistência à saúde.

Futuramente, poderá ser feita uma análise do real benefício do presente trabalho na prática clínica e possíveis aprimoramentos que por ventura sejam necessários, levando em consideração a agilidade dos recursos tecnológicos em promover melhorias e surgimento de novos conhecimentos científicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Descartes, René. Discurso Sobre o Método, 1637.
2. Bacon, Francis. The proficiencie and advancement of learning divine and humane, 1605.
3. Piedade, Maria Antonietta. Introdução à teoria da classificação. Rio de Janeiro: Interciência, 1977.
4. Masur, H. Scales and scores in neurology: Qualification of neurological deficits in Research and practice. Thieme.
5. Moore, EE; Malangoni MA; Cogbill TH; et al. Organ Injury Scaling VII: Cervical vascular, peripheral vascular, adrenal, penis, testis, and scrotum. J Trauma 523:424, 1996.
6. Moore, EE; Cogbill, TH; Jurkovich, GJ; et al. Organ injury scaling III: Chest wall, abdominal vascular, ureter, bladder and urethra. J Trauma 33:337, 1992.
7. Moore, EE; Malangoni, MA; Cogbill, TH; et al. Organ injury scaling IV: Thoracic vascular, lung, cardiac, and diaphragm. J Trauma 36:226, 1994.
8. Moore, EE; Shackford, SR; Pachter, HL; et al. Organ injury scaling: Spleen, liver, and kidney. J Trauma. 29:1664, 1989.
9. Moore, EE; Cogbill, TH; Jurkovich, GJ; et al. Organ injury scaling V: Spleen and liver (1994 revision). J Trauma 38:323, 1995.
10. Moore, EE; Jurkovich, GJ; Gregory J; et al. Organ injury scaling VI: Extrahepatic biliary, esophagus, stomach, vulva, vagina, uterus (nonpregnant), uterus (pregnant), fallopian tube, and ovary. J Trauma 1069:1070, 1995.
11. Moore, EE; Cogbill, TH; Malangoni, MA; et al: Organ injury scaling II: Pancreas, duodenum, small bowel, colon, and rectum. J Trauma 30:1427, 1990.
12. States, J.D. The Abbreviated and the Comprehensive Research Injury Scales.
13. AIS 2015 Released. Association for the advancement of automotive medicine. Disponível em: <<https://www.aaam.org/ais-2015-released>>. Acesso em: 05 jun 2018.

14. Pereira Júnior GA, et al. Trauma severity indices. Simpósio: TRAUMA I. Ribeirão Preto. v. 32, p. 237-250, jul/set 1999.
15. Knaus, W.A, et al. APACHE II: a severity of disease classification system. Critical Care Medicine. Washington, v. 13, n. 10, p. 818–29, 1985.
16. APACHE II Score. MDCALC, 2018. Disponível em: <<https://www.mdcalc.com/apache-ii-score>>. Acesso em: 20 nov 2018.
17. Saklad M. Grading of patients for surgical procedures. Anesthesiology [Internet]. 1941 May [cited 2019 feb 04]; (2): 281-284.
18. Doyle, D.J.; Garmon. E.H. American Society of Anesthesiologists Classification (ASA Class). Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441940/>>. Acesso em: 17 dez 2018.
19. ASA Physical Status/ASA Classification. MDCALC, 2018. Disponível em: <<https://www.mdcalc.com/asa-physical-status-asa-classification>>. Acesso em: 20 nov 2018.
20. Lovett, J.M; Brú, C; Bruix, J. Prognosis of Hepatocellular Carcinoma: The BCLC staging classification. SEMINARS IN LIVER DISEASE. Barcelona. v. 19.
21. Wu, B.U., et al. The early prediction of mortality in acute pancreatitis: a large population-based study. BMJ Journals. Boston, V.57, n. 12, p. 1698-703, 2008.
22. Tenner, S., et al. American College of Gastroenterology Guideline: Management of acute pancreatitis. The American Journal of Gastroenterology. New York, v. 108, p. 1400–1415, 2013.
23. BISAP Score for Pancreatitis Mortality. MDCALC, 2018. Disponível em: <<https://www.mdcalc.com/bisap-score-pancreatitis-mortality>>. Acesso em: 20 nov 2018.
24. Bismuth, H; Corlette, MB. Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver. Surg Gynecol Obstet 1975; 140: 170-8.

25. Suarez-Munhoz, MA; Fernandez-Aguilar, JL; Sanchez-Perez, B; Perez-Daga, JÁ; Garcia-Albiach, B; Pulido-Roa, Y et al. Risk factors and classifications of hilar cholangiocarcinoma. *World J Gastrointest Oncol*. [Internet]. 2013 jul [cited 2019 feb 11]; 5(7): 132-8.
26. Valero, V; Cosgrove, D; Herman, JM; Pawlik, TM. Management of perihilar cholangiocarcinoma in the era of multimodal therapy. *Expert review of gastroenterology & hepatology*. 2012; 6(4): 481-495.
27. Strasberg, SM et al. The Brisbane 2000 Terminology of Liver Anatomy and Resections. *HPB Surg* 2000; 2:333–9.
28. Strasberg, SM et al. Nomenclature of hepatic anatomy and resections: a review of the Brisbane 2000 system. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2005; 12: 351-5.
29. Ferraz, AA; Torres, OJ; Martins, AC. Cirurgia Hepática. In: Petroianu, A. *Clínica Cirúrgica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. Atheneu, 2010.
30. Khorana, AA; Kuderer, NM; Culakova, E; Lyman, GH; Francis, CW. Development and validation of a predictive model for chemotherapy-associated thrombosis. *Blood*, v.111, n.10, p. 4902-4907, 2008.
31. Dutia, M; White, R.H; Wun, T. Risk assessment models for cancer-associated venous thromboembolism. *Cancer*, v.118, n.14, p. 3468-3476, 2012.
32. MDCALC. Khorana risk score for venous thromboembolism in cancer patients. Disponível em: <<https://www.mdcalc.com/khorana-risk-score-venous-thromboembolism-cancer-patients>> Acesso em: 28 dez 2018.
33. Murphy, MF; Walls, RM. The difficult and failed airway. In: Walls, RM. (Ed.). *Manual of emergency airway management*. Chicago: Lippincott Williams and Wilkins, 2000. p. 31–39.
34. Reed, MJ. Can an airway assessment score predict difficulty at intubation in the emergency department? *Emergency Medicine Journal*, v.22, n.2, p. 99–102, 2005.
35. Armstrong, D. et al. The endoscopic assessment of esophagitis: a progress report on observer agreement. *Gastroenterology*, v.111, n.1, p. 85-92, 1996.

36. Lundell, LR. et al. Endoscopic assessment of esophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles Classification. *Gut*, v.45, n.2, p. 172-180, 1999.
37. MDCALC. Los Angeles (LA) grading of esophagitis. Disponível em: <<https://www.mdcalc.com/los-angeles-la-grading-esophagitis> > Acesso em: 28 dez 2018.
38. Shea, JD. Pressure sores. Classification and management. *Clin Orthop*, n. 112, p. 89-100, 1975.
39. Teasdale, G; Jennett, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*, v.304, n. 7872, p. 81-84, 1974.
40. Jennett, B; Teasdale, G. Aspects of coma after severe head injury. *Lancet*, v. 309, n. 8017, p. 878-881, 1977.
41. Middleton, PM. Practical use of the Glasgow Coma Scale; a comprehensive narrative review of GCS methodology. *Australas Emerg Nurs J*, v.15, n. 3, p. 170-183, 2012.
42. Teasdale, G. et al. The Glasgow Coma Scale at 40 years: standing the test of time. *The Lancet Neurology*. v. 13, n. 8, p. 844 – 854, 2014.
43. MDCALC. Glasgow Coma Scale/Score (GCS). Disponível em: <<https://www.mdcalc.com/glasgow-coma-scale-score-gcs>> Acesso em: 28 dez 2018.
44. Brennan, P.M; Murray, G.D; Teasdale, G.M. Simplifying the use of prognostic information in traumatic brain injury. Part 1: The GCS-Pupils score: an extended index of clinical severity. *J Neurosurg*, v. 128, n. 6, p. 1612–1620, 2018.
45. GCS Website. What is the Glasgow Coma Scale pupils score? Disponível em: <<https://www.glasgowcomascale.org/what-is-gcs-p/>> Acesso em: 22 dez 2018.
46. Lankisch, P.G; Weber-Dany, B; Hebel, K. et al. The harmless acute pancreatitis score: a clinical algorithm for rapid initial stratification of nonsevere disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*, v. 7, n. 6, p. 702-705, 2009.

47. Oskarsson, V; Mehrabi, M; Orsini, N. et al. Validation of the harmless acute pancreatitis score in predicting nonsevere course of acute pancreatitis. *Pancreatology*, v. 11, n. 5, p. 464-468, 2011.
48. MDCALC. Harmless Acute Pancreatitis Score (HAPS). Disponível em: <<https://www.mdcalc.com/harmless-acute-pancreatitis-score-haps> > Acesso em: 28 dez 2018.
49. Clavien, PA; Sanabria, JR; Strasberg, SM. Proposed classification of complications of surgery with examples of utility in cholecystectomy. *Surgery* 111, 5, 518-26, 1992.
50. Dindo, D; Demartines, N; Clavien, P A. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Annals of surgery* 240, 2, 205-13, 2004.
51. Lauren, P. The two histological main types of gastric carcinoma: diffuse and so-called intestinal-type carcinoma. *Acta Pathologica et Microbiologica Scandinava*, 64: 31-49, 1965.
52. Howson, CP; Hiyama, T. & Wynder, EL. The decline of gastric cancer: epidemiology of an unplanned triumph. *Epidemiologic Reviews*, 8: 127, 1986.
53. Crew, KD; Neugut, AI. Epidemiology of gastric cancer. *World J Gastroenterol*, 21; 12(3): 354-62, 2006.
54. Okuda, K; Ohtsuki, T; OBATA H, et. al. Natural history of hepatocellular carcinoma and prognosis in relation to treatment: study of 850 patients. *Cancer* 1985; 918-28.
55. American Society For Gastrointestinal Endoscopy. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach and colon. *Gastrointestinal endoscopy*, Paris, 58, 6, 2003.
56. Dennison, AR. et al. The management of hemorrhoids. *Am J Gastroenterol*, 84:475-81, 1989.
57. Balasubramaniam, S; Kaiser, AM. Management options for symptomatic hemorrhoids. *Curr Gastroenterol Rep*, 5:431-7, 2003.

58. Murakami, T. Pathomorphological diagnosis: definition and gross classification of early gastric cancer. *Gann monogr Cancer Research*, 1971.
59. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd english edition. *Gastric Cancer*, 14, 101-112. Kyoto, 2011.
60. Goldman, L; Caldera, DL; Nussbaun, SR; Southwick, FS; Krogstad, D; Murray, B. et al. Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac surgical procedures. *N Engl J Med*, v. 297, n. 16, p. 845-850, 1977.
61. Gilbert, K; Larocque, BJ; Patrick, LT. Prospective evaluation of cardiac risk indices for patients undergoing noncardiac surgery. *Ann Intern Med*, v. 133, n. 5, p. 356-359, 2000.
62. Gallo, C. et al. A new prognostic system for hepatocellular carcinoma: A retrospective study of 435 patients. *Hepatology* (1998), 28: 751-755.
63. Gihep. CLIP scoring system for HCC. Disponível em: <http://gihep.com/calculators/hepatology/clip/>. Acesso em: 02 ago 2018.
64. Rosenblatt, WH; Sukhupragarn W. Airway management. In: *Clinical Anesthesia*, 6th ed, Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, et al (eds), Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia 2009. p. 751.
65. Gormicam, SP. Crams scale: Field triage of trauma victims. *Ann Emer Med* 1982; 11: 132-135.
66. Ornato, J; Milinek, EJ; Craren, EJ, Nelson, N. (2005). Ineffectiveness of the trauma score and the CRAMS scale for accurately triaging patients to trauma centers. *Annuals of Emergency Medicine*, 14, 1061-1064.
67. Mazzaferro, V; Regalia, E; Doci, R. et al. Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis. *N Engl*. 14; 334(11): 693-9, 1996.
68. Fox, AN; Brown Jr, R. Is the patient a candidate for liver transplantation? *Clinics in Liver Disease*. 16(2): 435-448, 2002.

69. Vincenzo, M. Milan criteria for liver transplantation. MDCALC. Disponível em: <<https://www.mdcalc.com/milan-criteria-liver-transplantation>>. Acesso em: 20 ago 2018.
70. Conn, H; Lieberthal, M. The hepatic coma syndromes and lactulose. Baltimore. Williams and Wilkins. 77:6, 1360, 1979.
71. Conn, HO. Quantifying the severity of hepatic encephalopathy. In: Conn HO, ed. Hepatic encephalopathy: syndromes and therapies. Bloomington. Illinois: Medi Ed Press. 13–26. 1994.
72. Ferenci, P. Hepatic Encephalopathy Grades/Stages. MDCALC. Disponível em <<https://www.mdcalc.com/hepatic-encephalopathy-grades-stages#creator-insights>> . Acesso em 20 set 2018.
73. Dukes, CE. The classification of cancer of the rectum. J Pathol 1932;35: 323-32.
74. Gervaz, P. et al. Dukes B colorectal cancer: distinct categories and clinical outcome based on proximal or distal tumor location. Dis Colon Rectum 2001. 44 (3): p 364-373.
75. Alvarado, A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. Ann Emerg Med. v. 15, p. 557–564, 1986.
76. Alvarado score for acute appendicitis. MDCALC, 2018. Disponível em: <<https://www.mdcalc.com/alvarado-score-acute-appendicitis>>. Acesso em: 20 nov 2018.
77. Apfel, CC et al. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. Anesthesiology. Wuerzburgv, 91, n. 3, p. 693-700, 1999.
78. Dalila, V et al. Náusea e vômito no pós-operatório: validação da versão em português da escala de intensidade de náuseas e vômitos pós-operatórios. Rev. Bras. Anesthesiol. Porto, v.63, n. 4, p. 340-346, 2013.
79. Baker, SP et al. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. J Trauma, v. 14(3), p. 187-96, 1974.

80. Beverland, DE; Rutherford, WH. An assessment of the validity of the injury severity score when applied to gunshot wounds. *Injury*, v. 15(1), p. 19-22, 1983. Injury Severity Score (ISS). MD Calc. Disponível em: <<https://www.mdcalc.com/injury-severity-score-iss>>. Acesso em: 15 dez 2018.
81. Injury Severity Score (ISS) [Internet]. [place unknown]: MDCALC; [cited 2018 Dec 15]. Available from: <<https://www.mdcalc.com/injury-severity-score-iss>>.
82. Kohler, L; Sauerland, S; Neugebauer, E. Diagnosis and treatment of diverticular disease: results of a consensus development conference. The Scientific Committee of the European Association for Endoscopic Surgery. *Surg Endosc*. v. 13, p. 430-436, 1999.
83. McDermott, FD, et. al., Systematic review of preoperative, intraoperative and postoperative risk factors for colorectal anastomotic leaks. *Br J Surg*, v. 102, p. 462-479, 2015.
84. Ranson, JH; Rifkind, KM; Turner, JW. Prognostic signs and nonoperative peritoneal lavage in acute pancreatitis. *Surg Gyne Ob*. p. 143:209, 1976.
85. Eachempati, SR; Hydo, LJ; Barie, PS. Severity scoring for prognostication in patients with severe acute pancreatitis: Comparative analysis of the ranson score and the APACHE III score. *Arch Surg*. v. 137(6), p. 730-736, 2002.
86. Ransons Criteria. MDCALC. Disponível em <<https://www.mdcalc.com/ransons-criteria-pancreatitis-mortality>>. Acesso em: 15 dez 2018.
87. Sessler, CN; Grap, MJ. Multidisciplinary management of sedation and analgesia in critical care. *Seminars in respiratory and critical care medicine*, v. 22, n. 2, p. 211-226, 2001.
88. Ely, EW; Truman, B. Monitoring sedation status over time in icu - patients reliability and validity of the richmond agitation-sedation scale (rass). *JAMA*, v. 289, n. 22, p. 2983-2991, jun. 2003.
89. Siewert, JR; Holscher AH; Becker, K. Cardia cancer: Attempt at a therapeutically relevant classification *Cirurg*. v. 58, p. 25-32, 1987.

90. Rudiger, SJ; Feith, M; Werner, M. Adenocarcinoma of the esophagogastric junction: Results of surgical therapy based on anatomical/topographic classification in 1,002 consecutive patients. *Ann Surg.* v. 232, p. 353-361, 2000.
91. Bassi, C; Dervenis, C; Butturini, G; Fingerhut, A; Yeo C; Izbicki, J et al. Postoperative pancreatic fistula: An international study group (ISGPF) definition. *Surgery* [Internet]. 2005 jul [cited 2019 feb 5]; 138(1):8-13. ⁹¹ Available from: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039606005002291?via%3Dihub>>.
92. Bassi, C; Marchegiani, G; Dervenis, C; Sarr, M; Abu Hilal, M; Adham, M et al. The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After. *Surgery* [Internet]. 2017 mar [cited 2019 Feb 5]; 161(3):584-591. ⁹² Available from: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039606016307577?via%3Dihub>>.
93. Fong, Y; Fortner, J; Sun, RL; Brennan, MF; Blumgart, L. Clinical score for predicting recurrence after hepatic resection for metastatic colorectal cancer: Analysis of 1001 consecutive cases. *Ann Surg.* 1999 sep; 230(3): 309-18; discussion 318-21.
94. Kim, S; Grucela, A. Fong clinical risk score for colorectal cancer recurrence. Disponível em: <https://www.mdcalc.com/fong-clinical-risk-score-colorectal-cancer-recurrence>. Acesso em: 05 jul 2018.
95. Wijidicks, E; Bamlet, WR; Maramatton, BV; Manno, EM; McClelland, RL. Validation of a new coma scale: The FOUR Score. *Ann Neurol* 2005; 58: 585-593.
96. Rowley, G; Fielding K. Reliability and accuracy of the Glasgow Coma Scale with experienced and inexperienced users. *Lancet* 1991; 337(8740): 535-538.
97. Frankel, HL; Hancock DO; Hyslop, G. The value of postural reduction in the initial management of closed injuries of the spine with paraplegia and tetraplegia. *Paraplegia.* 1969;7: 179-92.
98. Simons, MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 2009;13: 343-403.
99. Gilbert, AI. Gilbert classification of inguinal hernia: An anatomic and functional tool. *Expert Meet On Hernia Surgery* 1995, Karger p. 44-47.
100. Hinchey, EJ; Schaal, G; Richards, GK. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. *Adv Surg* 1978; 12: 85-109.

101. Klarenbeek, BR; De Korte, N; Van Der Peet, DL et al. Review of current classifications for diverticular disease and a translation into clinical practice. *Int J Colorectal Dis.* 2012; 27: 207-14.
102. Kaiser, AM et. al. The management of complicated diverticulitis in the role of computed tomography. *Am J Gastroenterol.* 2005. v. 100(4) p. 910-907.
103. Ball, CG; Kirkpatrick, AW. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome. *Scand J Surg.* 2007; 96(3): 197-204. Review.
104. Cheatham, ML. Abdominal compartment syndrome: Pathophysiology and definitions. In: *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2009; 17:10. Review.
105. Patel, DM; Connor, MJ Jr. Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome: An underappreciated cause of acute kidney injury. *Adv Chronic Kidney Dis [Internet].* 2016 may [cited 2019 feb 11]; 23(3):160-6.
106. Balthazar, EJ et al. Acute pancreatitis: prognostic value of CT. *Radiology.* New York, v. 156 n. 1 p. 767-772, 1985.
107. Marshall, JC et al. Multiple organ dysfunction score: A reliable descriptor of a complex clinical outcome. *Crit Care Med.* 1995 oct;23(10): 1638-52
108. Banks, PA et al. Classification of acute pancreatitis—2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gastroenterology.* aug 2013; 124: 102-111.
109. Kamath, PS; Wiesner, RH; Malincoc, M; Kremers, W et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. *Hepatology.* 33(2): 464-470, 2001.
110. Wiesner, R. United Network For Organ Sharing Liver Disease Severity Score Committee et al. Model for end-stage liver disease (MELD) and allocation of donor livers. *Gastroenterology.* 124(1), 91-96, jan 2003.
111. Nyhus, LM. Individualization of hernia repair: a new era. *Surgery* 1993; 114: 1-2.

112. Miserez, M et al., The European hernia society groin hernia classification: simple and easy to remember. *Hernia*, 2007. 11(2): p. 113-6.
113. Simons, MP et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*, 2009. 13(4): p. 343-403.
114. Jacquet, P; Sugarbaker, PH. Clinical research methodologies in diagnosis and staging of patients with peritoneal carcinomatosis. *Cancer treatment research*, 82, 359-374, 1996.
115. Oken, MM; Creech, RH; Torney, DC et al. Toxicity and response criteria of the Eastern cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol*. 5(6):649-55, 1982.
116. Buccheri, G; Ferrigno, D; Tamburini, M et al. Karnofsky and ECOG performance status scoring in lung cancer: longitudinal study of 536 patients from a single institution. *Eur J Cancer*, 32A(7): 1135-41, 1996.
117. Oken, MM. Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status. MDCALC. Disponível em <<https://www.mdcalc.com/eastern-cooperative-oncology-group-ecog-performance-status#creator-insights>>. Acesso em: 17 dez 2018.
118. Champion, HR; Sacco, WJ; Carnazzo, AJ et al. Trauma Score. *Crit Care Med*. 9(9): 672-6, 1981.
119. Champion, HR; Sacco, WJ; Copes, WS et al. A revision of the Trauma Score. *J Trauma*. 29(5): 623-9, 1989.
120. Champion, HR. Revised Trauma Score. MDCALC. Disponível em <<https://www.mdcalc.com/revised-trauma-score#creator-insights>>. Acesso em: 17 dez 2018.
121. Engel, FC; Ramos AC; Sallet, JÁ; Tanikawa, DYS; Zilberstein, B. Esofagogastroduodenoscopia videolaparoscópica por técnica mista. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. Vol XXVI. n. 6-341-345. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v26n6/03.pdf>>. Acesso em: 28 out 2018.
122. Moraes Filho, JPP; Hashimoto, CL. I Consenso Brasileiro da Doença do Refluxo Gastroesofágico. Disponível em:

<http://production.latec.ufms.br/new_pmm/res/complementares/u3_r1.pdf>. Acesso em: 28 out 18.

123. Savary, M; Miller, G. The Esophagus. Handbook and Atlas of Endoscopy. Solothurn, Switzerland: Verlag Grassmann, 1978; pp. 135-42.
124. Yücel, N; Lefering, R; Maegele, M et al. Trauma associated severe hemorrhage (TASH)-Score: Probability of mass transfusion as surrogate for life threatening hemorrhage after multiple trauma. *J Trauma*. 60(6): 1228-36, 2006.
125. Maegele, M; Lefering, R; Wafaisade, A et al. Revalidation and update of the TASH-Score: a scoring system to predict the probability for massive transfusion as a surrogate for life-threatening hemorrhage after severe injury. *Vox sang*. 100(2): 231-8, 2011.
126. Yücel, N. TASH Score (Trauma Associated Severe Hemorrhage) [Internet]. [place unknown]: MDCALC; [cited 2018 dec18].
127. Todani, T; Watanabe, Y; Narusue, M et al. Congenital bile duct cysts: Classification, operative procedures, and review of thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg*. 1977; 134:263-9.
128. Kroes, LF et al. External validation of the European Hernia Society classification for postoperative complications after incisional hernia repair: A cohort study of 2,191 Patients. *J Am Coll Surg*. 226:223 e 229; 2014
129. Bradley, EL. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta-GA. *Arch Surg*. v. 128, n. 5, p. 586-590. 1993
130. Thoene, RF. The revised Atlanta Classification of acute pancreatitis: Its importance of the radiologists and effects on treatment. *Radiology*. San Francisco, v. 262, n. 3, p. 751-764. mar. 2012.
131. Caprini, JA et al. Clinical assessment of venous thromboembolic risk in surgical patients. *Semin Thromb Hemost*. 1991;17 Suppl 3: 304-12.
132. Bahl, V et al. A validation study of a retrospective venous thromboembolism risk scoring method. *Ann Surg*. 2010;251(2): 344-50.

133. Wells, PS; Anderson, DR; Bormanis, J. et al. Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. *Lancet*. 1997; 350:1795-8, 1997.
134. Anderson, DR; Wells, PS; Stiell, I et al. Thrombosis in the emergency department: use of a clinical diagnosis model to safely avoid the need for urgent radiological investigation. *Arch Intern Med*. 1999; 159: 477-82, 1999.
135. Wells, PS; Anderson, DR; Bormanis, J et al. Excluding pulmonary embolism at the bedside without diagnostic imaging: Management of patients with suspected pulmonary embolism presenting to the emergency department by using a simple clinical model and d-dimer. *Ann Intern Med*. 17; 135(2): 98-107, 2001.
136. Wells, PW. Criteria for pulmonary embolism. MDCALC. Disponível em <<https://www.mdcalc.com/wells-criteria-pulmonary-embolism#creator-insights>>. Acesso em: 11 jan 2019.
137. Wells, PW. Criteria for DVT. MDCALC. Disponível em <<https://www.mdcalc.com/wells-criteria-dvt#creator-insights>>. Acesso em: 11 jan. 2019.
138. Blatchford, O et al. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet*, 2000.
139. Chen, IC; Hung, MS; Chiu, TF. Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *Am J Emerg Med*. v. 25(7): p. 774-9, 2007.
140. Glasgow Blachford Bleeding Score.MDCALC. Disponível em: <<https://www.mdcalc.com/glasgow-blatchford-bleeding-score-gbs>>. Acesso em: 15 dez 2018.
141. Rockall, TA; Logan, RF; Devlin, HB. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut*. v. 38(3), p. 316-21, 1996.
142. Vreeburg, EM; Terwee, CB et al. Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding. *Gut*. v. 44, p. 331-335, 1999.

143. Rockall Score. MD Calc. Disponível em: <<https://www.mdcalc.com/rockall-score-upper-gi-bleeding-complete>>. Acesso em: 15 dez 2018.
144. Bektas, H; Schrem, H; Winny, M; Klempnauer, J. Surgical treatment and outcome of iatrogenic bile duct lesions after cholecystectomy and the impact of different clinical classification systems. *Br J Surg* (2007), 94: 1119-1127.
145. Copeland, GP; Jones, D; Walters, M. POSSUM: A scoring system for surgical audit. *Br J Surg* (1991), 78: 355-360.
146. Prytherch, DR; Whiteley, MS; Higgins, B; Weaver, PC; Prout, WG; Powell, S. J. POSSUM and Portsmouth POSSUM for predicting mortality. *Br J Surg* (1998), 85: 1217-1220.
147. POSSUM for Operative Morbidity and Mortality Risk. MDCALC. Disponível em: <<https://www.mdcalc.com/possum-operative-morbidity-mortality-risk>>. Acesso em: 15 dez 2018.
148. Couinaud, CM. *Le foie: Études anatomiques et chirurgicales*. Paris: Masson, 1957.
149. Martins, ACA; Machado, MAC. O acesso glissoniano intra-hepático nas ressecções do fígado. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 45-50, feb 2008.
150. Vincent, JL; Moreno, R; Takala, J et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. *European Society of Intensive Care Medicine*. 22, 707-710, 1996.
151. Ferreira, FL; Bota, DP; Bross, A; Melot, C; Vincent, JL. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *JAMA*, 286 (14): 1754-1758, out. 2001.
152. Mallampati, RS; Gatt, SP; Gugino, LD et al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: A prospective study. *Can Anaesth Soc J* 32:429, 1985.
153. Samsom, GLT; Young, JRB. Difficult tracheal intubation a retrospective study. *Anaesthesia*, 42(5): 487-90, 1987.

154. Khan, Z; Ebrahimkhani, E. A comparison of the upper lip bite test (a simple new technique) with modified Mallampati classification in predicting difficulty in endotracheal intubation: A prospective blinded study. *Anesth Analg.*; 96: 595-9, 2003.
155. Demeester, TR; Johnson, LF; Joseph, GJ et al. Patterns of gastroesophageal reflux in health and disease. *Ann Surg* 1976; 184: 459-66.
156. Ramsay, MAE; Savege, TM; Simpson, BRJ; Goodwin, R. Controlled sedation with alphaxalone-alphadolone. *British Medical Journal*, 2, 656-659, 1974.
157. Sessler, CN; Grap, MJ.; RAMSAY, M. A. E. Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. *Critical Care*, 12 (Suppl 3): S2, 2008.
158. Newton, T.; Duvall, E. Sedation scales and measures - a literature review. *Digest*, vol.29, jan 2013.
159. Forrest, JAH; Finlayson, NCD; Shearman, DJC. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *The Lancet*, Royal Infarmaryr, Edinburg, 1974.
160. Kim, JS; Park, SM; Kim BW. Endoscopic management of peptic ulcer bleeding. *Clin Endosc*, Incheon, Korea , 48: 106-111, 2015.
161. Csendes, A; Diaz, JC; Burdiles, P; Maluenda, F; Nava, O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: A unifying classification. *British Journal of Surgery*, 76(11): 1139–1143, 1989.
162. Beltran, M; Csendes, A. Mirizzi syndrome and gallstone ileus: An unusual presentation of gallstone disease. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 9(5), 686–689, 2005.
163. Seah, WM; Koh, YX; Cheow, PC; Chow, PKH; Chan, CY; Lee, SY; Ooi LLPJ; Chung, AYP; Goh, BKP. A retrospective review of the diagnostic and management challenges of Mirizzi syndrome at the Singapore General Hospital. *Digestive Surgery*, 35(6): 491-497, 2018.
164. Yamada, T et al. Evaluated lesion of the stomach: *Stomach and intestine. Stomach and Intestine (Tokyo)*, v. I. n. 2, 145–150, 1966.

165. Vatansever, S; Akpınar, Z; Alper, E; İpek, S; Yazıcıoğlu, N; Ekinçi, N; Ünsal, B. Gastric polyps and polypoid lesions: Retrospective analysis of 36650 endoscopic procedures in 29940 patients. *Turk J Gastroenterol*, 26: 117-22, 2015.
166. Sugarbaker, DJ; Bueno, R; Krasna, MU; Mentzer, SJ; Zellos, L. Adult Chest Surgery.
167. Hill, LD; Joel, AT. Paraesophageal hernia. *Archives of Surgery*, 96(5), 735, Seattle, 1968.
168. Hill, LD; Chapman, KW; Morgan, EH. Objective evaluation of surgery for hiatus hernia and esophagitis. *J Thorac Cardiovasc Surgery*, 41:60-74, 1961.
169. Hansdotter, I; Björ, O; Andreasson, A. Hill classification is superior to the axial length of a hiatal hernia for assessment of the mechanical antireflux barrier at the gastroesophageal junction. *Endoscopy International Open*, 04: E311–E317, 2016.
170. Brunnicardi, FC; Anderson, DK; Biliar, TR; Dunn, DL; Hunter, JG; Pollock, RE. *Schwartz Tratado de Cirurgia*. 9. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2013.
171. Johnson, HD. Gastric ulcer: Classification, blood group characteristics, secretion patterns and pathogenesis. *Annals of Surgery*, 162(6): 996-1004, 1965.
172. Kempenich, JW; Sirinek, KR. Acid peptic disease. *surgical clinics of North America*, 98(5), 933–944, 2018.
173. Marshall, LF; Marshall, SB; Klauber, MR; Clark, MVB; Eisenberg, H.M; Jane, JA; Foulkes, MA. A new classification of head injury based on computerized tomography. *Journal of Neurosurgery*, S14–S20, 1991.
174. Deepika, A; Prabhuraj, AR; Saikia, A; Shukla, D. Comparison of predictability of Marshall and Rotterdam CT scan scoring system in determining early mortality after traumatic brain injury. *Acta Neurochirurgica*, 157(11), 2033–2038, 2015.
175. Rezende, JM; Lauer, KL; Oliveira, AR. Aspectos clínicos e radiológicos da aperistalsis do esôfago. *Revista Brasileira de Gastroenterologia*, 12:247-262, 1960.
176. Oliveira, GC; Lopes, LR; Andreollo, NA; Braga, NS; Neto, JSC. Tratamento cirúrgico do megaesôfago no Hospital de Clínicas da UNICAMP: Fatores associados a melhores ou a piores resultados. *Rev. Col. Bras. Cir.*, vol.36, n. 4, Rio de Janeiro, jul/ago 2009.

177. Abud, TG; Abud, LG; Vilar, VS; Szejnfeld, D; Reibschaid, S. Alterações radiológicas encontradas no megaesôfago chagásico em radiografias simples de tórax e esofagogramas. *Radiol Bras*, nov/dez; 49(6): 358–362, 2016.
178. Sakita, T; Oguro, Y; Takasu, S; Fukutomi, H; Miwa, T. Observations on the healing of ulcerations in early gastric cancer. The life cycle of the malignant ulcer. *Gastroenterology*. 60(5): 835-9, may 1971.
179. Choi, MH. Department the endoscopic diagnosis of peptic ulcer disease. *Korean J Helicobacter Up Gastrointest Res*, 14(1): 6-12, Korean, mar 2014.
180. Janargin WR, Blumgart L. Benign biliarty stricture: surgery of the liver, biliary tract and pAncreas. 4th ed. [place unknown: publisher unknown]; 2007. p. 634.
181. Strasberg, SM; Hertl, M; Soper, NJ. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll Surg* 1995; 180: 101-125.
182. Stewart, L; Domingez, CO; Way, LW. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: A sense making analysis of operative reports. Mosier K, Fischer U, editors. *Proceedings of the 8th International NDM Conference*; 2007 Jun; Pacific Grove, CA: 2007.
183. Den Dulk, M; Noter, SL; Hendriks, ER; Brouwers, MA; Van der Viles, CH; Oostenbrock, RJ et al. Improved diagnosis and treatment of anastomotic leakage after colorectal surgery, *Eur J Surg Oncol*. 2009 apr; 35(4): 420-6.

184. Martin, G et al. Score for the early diagnosis of anastomotic leakage following elective colorectal surgery, *J Visc Surg.* 2015 feb; 152(1): 5-10.
185. Procópio, E. O livro na era digital: O mercado editorial e as mídias digitais. São Paulo: Giz Editorial, 2010.