

	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO		Rotina Nº: 083-008
	Título: Assistência em TCE		Implantada: 01/07/09
	Setor: Emergência		Versão: 1
	Responsável: Sérgio S. Pinto Silva.		Alterada: 02/07/2009

Público Alvo: Médicos do Corpo Clínico e Enfermagem.

Objetivo: Esta rotina aplica-se a padronizar e orientar a equipe de enfermagem no atendimento a TCE

Referência: Não consta

Descrição do Protocolo:

D - Disability (incapacidade)

Classificar o TCE de acordo com a gravidade da lesão:

- 1)TCE leve (glasgow 15)
 - baixo risco
 - médio risco
 - alto risco

Fatores que aumentam o risco do TCE leve: dados da história: alcoolismo, drogas que alteram a coagulabilidade, epilepsia, idade avançada, presença de lesões em partes moles (hematomas e equimoses), história do trauma (pesquisar a violência do ocorrido).

- 2)TCE moderado (glasgow 9 a 14)
- 3)TCE grave (glasgow 3 a 8)

	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO	Rotina Nº: 083-008
	Título: Assistência em TCE	Implantada: 01/07/09
	Setor: Emergência	Versão: 1
	Responsável: Sérgio S. Pinto Silva.	Alterada: 02/07/2009

Escala de coma de Glasgow

Área de avaliação	Escore
Abertura Ocular espontânea a estímulo verbal a estímulo doloroso sem resposta	4 3 2 1
Melhor resposta motora Obedece a comandos Localiza dor Flexão normal Flexão Anormal Extensão Sem resposta	6 5 4 3 2 1
Resposta verbal Orientado Confuso Palavras Inapropriadas Sons Incompreensíveis Sem Resposta	5 4 3 2 1

Observações Importantes:

1) A diminuição do nível de consciência só deve ser atribuída ao TCE se o paciente não estiver em choque não tratado

2) O TCE isolado não produz choque, salvo em estágios terminais.

3) No paciente portador de TCE grave é importante que a estabilização pulmonar e volêmica sejam rapidamente alcançadas para evitar a lesão secundária

4) Não pesquisar "Movimentod de Olhos de Boneca" em pacientes com suspeita de lesão de cervicalo.

Elaborado por: Sérgio S. P. Silva
Revisado por: Sílvio Martins

Aprovado por: Miki Mochizuki

Próxima Revisão:
01/07/2010

	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO		Rotina Nº: 083-008
	Título: Assistência em TCE		Implantada: 01/07/09
	Setor: Emergência		Versão: 1
	Responsável: Sérgio S. Pinto Silva.		Alterada: 02/07/2009

5) No TCE grave, em pacientes em choque há indicação de LPD na pesquisa do foco de sangramento.

Abordagem do TCE leve (Glasgow 15)

-97% evoluem com melhora

-TC de crânio deve ser indicada:

Perda de consciência por mais de 5 minutos

Amnésia

Cefaléia Grave

Glasgow < 15

Déficit neurológico focal atribuível ao cérebro

-Se o paciente estiver alerta, em bom estado geral, deve ser orientado e ao seu acompanhante a observação por 24hs na sua residência. Fornecer instruções por escrito de retorno caso haja as alterações do formulário.

Abordagem do TCE moderado (Glasgow 9 a 14)

Promover a estabilização cardiopulmonar para prevenir o agravamento do quadro

Repouso estrito no leito, transporte de maca quando necessário, se necessário, deixar familiar responsável “vigiando” o paciente.

TC de crânio

Contactar o neurocirurgião

Observar em UTI

Reavaliação neurológica a cada 2/2hs

TC de crânio a cada 12 a 24hs caso a TC inicial estiver alterada ou se houver piora neurológica

Abordagem do TCE grave (ECG < 8)

Elaborado por: Sérgio S. P. Silva
Revisado por: Sílvio Martins

Aprovado por: Miki Mochizuki

Próxima Revisão:
01/07/2010

	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO	Rotina Nº: 083-008
	Título: Assistência em TCE	Implantada: 01/07/09
	Setor: Emergência	Versão: 1
	Responsável: Sérgio S. Pinto Silva.	Alterada: 02/07/2009

Avaliação primária e ressuscitação

Evitar hipotensão ou hipóxia. Realizar ABCDE:

A) Via aérea definitiva com ventilação assistida. Usar succinilcolina ou veruconium

B) Tratar possíveis lesões torácicas que comprometam a ventilação

C) Tratar hipotensão e choque. Indica-se LPD em paciente comatoso em choque na pesquisa do foco sangrante. Excluir choque neurogênico, tamponamento cardíaco ou o pneumotórax hipertensivo.

D) Após sanados o A, B e C, fazer glasgow o reflexo pupilar ao estímulo luminoso.

E) Expor o paciente com prevenção da hipotermia.

Exames auxiliares à avaliação primária: monitor, gasometria arterial, RX de tórax AP e bacia na sala de emergência, sondagem gástrica e urinária.

Avaliação secundária e tratamento clínico

TC de crânio de urgência, repetir a cada 12 a 24 hs

Manter normovolemia com Ringer Lactato aquecido a 39 graus celsius

Mante normocapnia com PaCO₂ > 35mmhg

Manitol 1 g/kg em bolus após tratado ou descartado hipotensão.

Furosemida 0,3 a 0,5mg/kg após tratado ou descartado hipotensão.

Fenitoina: 1g na velocidade de 50 mg/min depois manter com 100mg a cada 8 hs.

Diazepan EV para controle agudo das crises.