

PROTOCOLO MUNICIPAL • v1.0/2026

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO NA EMERGÊNCIA

Reconhecimento • estabilização • neuroproteção • transferência segura



**PREFEITURA DE
ITARIRI**
O NOVO TEMPO

TCE NA EMERGÊNCIA
ATLS 11ª EDIÇÃO

AVALIAR RÁPIDO • TRATAR PRECOCES • EVITAR LESÃO CEREBRAL SECUNDÁRIA • SALVAR VIDAS



**SAÚDE
ITARIRI**

1. PRIMEIROS 10 MINUTOS – XABCDE

X CONTROLE DE HEMORRAGIA EXTERNA
• Compressão e curativo

A VIA AÉREA COM PROTEÇÃO CERVICAL
• Colar cervical
• Via aérea peritranqueal
• JOT se GCS ≤ 8 ou proteção inadequada

B VENTILAÇÃO
• SpO₂ ≥ 94%
• PaCO₂ 35–45 mmHg (evitar hiperventilação mínima)

C CIRCULAÇÃO
• PA sistólica ≥ 100–110 mmHg (PAM ≥ 65 mmHg)
• Evitar hipotensão e hipovolemia
• 2 acessos calibrosos + SF 0,9%

D AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA
• Glasgow e pupilas
• Glicemia 80–180 mg/dL
• Avaliar sinais de herniação

E EXPOSIÇÃO / CONTROLE DE TEMPERATURA
• Expor paciente
• Tapa hipotermia (34–37°C)

2. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR (E)

Espontânea	4
À voz	3
À dor	2
Nenhuma	1

RESPOSTA VERBAL (V)

Orientado	5
Confuso	4
Palavras inapropriadas	3
Sons incompreensíveis	2
Nenhuma	1

RESPOSTA MOTORA (M)

Obedece comandos	6
Localiza dor	5
Retirada à dor	4
Flexão anormal (desorientação)	3
Extensão anormal (desorientação)	2
Nenhuma	1

Score Total: 3 a 15

PUPILAS

- Verificar tamanho, simetria e reatividade

Normal	Midríase	Anisocoria
--------	----------	------------

SINAIS DE ALERTA NEUROLÓGICO

- Piora do nível de consciência
- Vômitos em jato
- Pupilas assimétricas ou midríase
- Convulsões
- Deficit motor focal
- Cefaleia intensa e progressiva
- Bradicardia + HAS + IR (triade de Cushing)

3. CLASSIFICAÇÃO DO TCE

GRAU	GLASGOW	CARACTERÍSTICAS
LEVE	13 – 15	• Perda de consciência < 30 min • Amnésia pós-traumática < 24 h • Deficit neurológico ausente ou transitório
MODERADO	9 – 12	• Perda de consciência 30 min – 24 h • Amnésia pós-traumática > 7 dias • Deficit neurológico presente
GRAVE	≤ 8	• Perda de consciência > 24 h • Amnésia pós-traumática > 7 dias • Deficit neurológico importante

4. INDICAÇÕES DE TOMOGRAFIA (TC)

TCE LEVE – TC IMEDIATA

- Glasgow < 14
- Sinais de fratura de base de crânio
- Vômitos em jato
- Convulsão
- Deficit neurológico focal
- Coagulopatia / uso de anticoagulante
- Idade > 65 anos
- Mecanismo de alta energia

TC EM OBSERVAÇÃO (6–12 h)

- Cefaleia intensa persistente
- Vômitos repetidos
- Amnésia anterógrada
- Queda > 2 m ou > 5 degraus

ACHADOS NA TC

LEVE

- Normal ou alterações mínimas

MODERADO

- Contusão
- HCA/HIS
- Desvio de linha média ≤ 5 mm

GRAVE

- Hematoma extradural
- Hematoma subdural
- Contusão cerebral
- Desvio linha média > 5 mm
- Hemorragia intraventricular
- Edema difuso

5. NEUROWORSENING (DETERIORAÇÃO NEUROLÓGICA)

- Piora súbita do nível de consciência
- Queda ≥ 2 pontos no Glasgow
- Aumento da anisocoria
- Fraqueza ou déficit novo
- Convulsão
- Hipotensão ou hipóxia

CONDUTA IMEDIATA

- ABCDE – corrigir hipoxia, hipotensão, hipoglicemia, distúrbios metabólicos
- Cabeceira 30° e alinhamento cervical
- Avaliar pupilas e Glasgow
- Repetir TC de rotina
- Acionar neurocirurgia

6. MANEJO DO TCE GRAVE

VIA AÉREA

- JOT precoce se GCS ≤ 8
- Pré-oxigenar e sequência rápida

VENTILAÇÃO

- PaCO₂ 35–45 mmHg
- Evitar hiperventilação rotineira
- PaO₂ ≥ 100 mmHg

CIRCULAÇÃO

- PAM ≥ 65 mmHg
- Evitar hipotensão

GABECIA

- Cabeceira 30°
- Pescoço alinhado
- Evitar compressão jugular

SEDACÃO E ANALGESIA

- Manter conforto
- Evitar apnéia e picos hipertensivos

TEMPERATURA

- Manter 36–37,5 °C

GLICEMIA

- Manter 80–180 mg/dL

TERAPIA HIPEROSMOLAR

MANITOL 20%
0,25–1 g/kg EV (em 15–20 min)

OU

NaCl 20%
30 ml EV (em 20 min)

Indicações:

- PIC elevada
- Sinais de herniação
- Edema cerebral

ATENÇÃO

- Evitar:
- Hipotensão
- Hipóxia
- Hipoglicemia excessiva
- Hiperglicemia

7. MEDICAÇÕES ÚTEIS (EXEMPLOS)

MEDICAÇÃO	DOSE	OBSERVAÇÕES
Manitol 20%	0,25 – 1 g/kg EV	PIC elevada / sinais de herniação
NaCl 20%	30 ml EV	Sinais de herniação
Fenitoína	15 – 20 mg/kg EV	Profilaxia convulsões (7 dias)
Levetiracetam	1 – 1,5 g EV	Alternativa à fenitoína
Ácido Tranexâmico	1 g EV (em 10 min)	Considerar até 3 h do trauma
Nordretina	iniciar 0,05 – 0,5 mg/kg/min	Manter PAM ≥ 65 mmHg

* Dose são referências, ajustar conforme protocolo institucional e condições do paciente.

8. INDICAÇÕES NEUROCIRÚRGICAS

- Hematoma extradural com espessura > 15 mm ou desvio de linha média > 5 mm
- Hematoma subdural agudo > 10 mm ou desvio > 5 mm
- Contusão cerebral com efeito de massa
- Fratura afundada
- Deterioração neurológica progressiva
- PIC refratária ao tratamento clínico

9. TRANSFERÊNCIA E MONITORAMENTO

TRANSFERÊNCIA (VAGA ZERO)

- Acionar regulação precoce
- Estabilizar antes do transporte
- Cabeceira 30°, colar cervical
- Manter ventilação, oxigenação e PAM adequadas
- Monitorização contínua
- Informar achados e conduta

MONITORAR SEMPRE

GCS Pupilas Sinais Vitais Diurese Temperatura

AVALIE, DOCUMENTE E REAVALIE SEMPRE. A CONDUTA ADEQUADA PODE SALVAR VIDAS!

RECONHECER • PRIORIZAR • ESTABILIZAR • REAVALIAR • TRANSFERIR

Material construído a partir da transcrição e das imagens fornecidas para o projeto. Conteúdo farmacológico deve ser validado pela padronização institucional antes de uso assistencial.

1. Identificação do documento

ITEM	DEFINIÇÃO
Título	Protocolo Institucional — Trauma Cranioencefálico na Emergência
Versão	1.0 / 2026
Aplicação	Pronto-Socorro / Sala Vermelha
Público	Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem
Fonte-base	Transcrição e material didático fornecidos no projeto — aula de TCE/ATLS 11ª edição
Revisão	Revisar após atualização institucional ou nova diretriz adotada

2. Objetivo

Padronizar o reconhecimento, estabilização, reavaliação e transferência do adulto com suspeita de TCE, com ênfase na prevenção da lesão cerebral secundária e na identificação precoce de deterioração neurológica.

3. Princípios de segurança

- O TCE pode deteriorar após período inicial de aparente estabilidade.
- Hipóxia e hipotensão agravam lesão cerebral secundária.
- Choque em paciente com TCE exige busca de outra fonte hemorrágica/sistêmica.
- Glasgow isolado não substitui pupilas, déficit focal e tendência clínica.
- Estabilizar antes de transporte para TC quando o paciente estiver fisiologicamente instável.

TCE

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

ATLS | 11ª EDIÇÃO



1. AVALIAÇÃO INICIAL – ATLS

A AIRWAY – Via aérea com proteção da coluna cervical
B BREATHING – Oxigenação e ventilação
C CIRCULATION – Controle de hemorragias e perfusão
D DISABILITY – Avaliação neurológica (AVPU / Escala de Glasgow)
E EXPOSURE – Exposição completa e controle de temperatura

2. OBJETIVOS NO TCE GRAVE

• Manter SpO₂ ≥ 94%
 • PA sistólica ≥ 100 mmHg (PAM ≥ 65 mmHg)
 • PPC (Pressão de Perfusão Cerebral) ≥ 60 mmHg
 • PPC = PAM – PIC
 • Glicemia: 80 – 180 mg/dl
 • Temperatura: 36 – 37,5 °C
 • PaCO₂: 35 – 40 mmHg
 • Na⁺: 135 – 145 mEq/L
 • Cabeceira elevada 30°
 • Sedação/analgesia adequadas

EVITAR
 HIPOTENSÃO
 HIPOXIA
 HIPERCAPNIA
 HIPERGLICEMIA
 HIPERTERMIA

3. CLASSIFICAÇÃO DO TCE

GRAU	GLASGOW	CARACTERÍSTICAS
LEVE	13 – 15	• Perda de consciência < 30 min • Amnésia pós-traumática < 24 h • Déficit neurológico ausente ou transitório
MODERADO	9 – 12	• Perda de consciência 30 min – 24 h • Amnésia pós-traumática 24 h – 7 dias • Déficit neurológico presente
GRAVE	≤ 8	• Perda de consciência > 24 h • Amnésia pós-traumática > 7 dias • Déficit neurológico importante

4. EXAMES COMPLEMENTARES

• TC de crânio SEM CONTRASTE – exame de escolha
 • Glicemia capilar
 • Gasometria arterial
 • Hemograma, eletrólitos, coagulograma
 • ECG e RX de tórax (se indicado)

5. INDICAÇÕES NEUROCIRÚRGICAS IMEDIATAS

• Glasgow ≤ 8 após reanimação
 • Hematoma extradural com espessura > 15 mm ou desvio de linha média > 5 mm
 • Hematoma subdural agudo com espessura > 10 mm ou desvio > 5 mm
 • Contusão cerebral com efeito de massa
 • Fratura afundada
 • Deterioração neurológica progressiva
 • Sinais de hipertensão intracraniana refratária ao tratamento

6. MEDICAÇÕES ÚTEIS

MEDICAÇÃO	DOSE	DILUIÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	OBSERVAÇÕES
MANITOL 20%	0,25 – 1 g/kg	–	EV em 15 – 20 min	Reduz PIC
HIPOBÍTICO NaCl 3%	2 – 3 ml/kg	–	EV em 10 – 20 min	Alternativa ao manitol
FENITOINA	15 – 20 mg/kg	Diluir em SF 0,9% (máx. 50 mg/min)	EV	Profilaxia de convulsões
LEVETIRACETAM	1 g	SF 0,9% 100 ml	EV em 15 min	Alternativa à fenitoína
MIDAZOLAM	0,1 – 0,2 mg/kg	–	EV	Sedação / controle de agitação
FENTANIL	1 – 2 mcg/kg	–	EV	Analgésico
ONDANSETRONA	4 – 8 mg	SF 0,9% 10 ml	EV em 2 – 5 min	Antiemético

7. MEDIDAS GERAIS

• Cabeceira a 30°
 • Manter analgesia e sedação
 • Evitar estímulos desnecessários
 • Controle rigoroso de glicemia, temperatura e eletrólitos
 • Drenar LCR: apenas se indicado (NEUROCIRURGIA)
 • Monitorização contínua: PA, FC, SpO₂, PIC (se disponível)

8. SINAIS DE ALERTA

• Piora do nível de consciência
 • Pupilas assimétricas ou midríase
 • Vômitos em jato
 • Convulsões
 • Déficit motor focal
 • Bradicardia + Hipertensão arterial
 → SUGERE HIPERTENSÃO INTRACRANIANA

**EM CASO DE DÚVIDA OU DETERIORAÇÃO
ACIONAR NEUROCIRURGIA**

4. Fluxo dos primeiros 10 minutos

ETAPA	AÇÃO MÍNIMA	GATILHO DE ESCALONAMENTO
X	Controlar hemorragia externa importante	Sangramento persistente/choque
A	Avaliar patência; proteção cervical; aspirar se necessário	Via aérea não protegida/deterioração
B	Oxigenação e ventilação; corrigir hipóxia	Falência ventilatória/necessidade de IOT
C	PA, perfusão, acessos; procurar hemorragia extracraniana	Hipotensão/choque
D	Glasgow E/V/M, pupilas, força, glicemia	Queda do Glasgow, anisocoria, déficit
E	Exposição e temperatura	Lesões associadas/hipotermia

- Comparar força/movimentação de membros.
- Inspeccionar e palpar couro cabeludo.
- Pesquisar sinais indiretos de fratura de base do crânio.
- Repetir avaliação após qualquer intervenção ou mudança clínica.



- Registrar Glasgow total e componentes.
- Registrar tamanho e reatividade pupilar bilateral.

6. Classificação e destino

7. TCE leve — TC e observação

CLASSIFICAÇÃO	GLASGOW	CONDUTA
Leve	13–15	Aplicar critérios de TC; observar; alta apenas se critérios de segurança preenchidos.
Moderado	9–12	TC + avaliação neurológica; Sala Vermelha; reavaliação seriada; transferência conforme achados/evolução.
Grave	≤8	Ressuscitação, proteção de via aérea, monitorização, TC após estabilização e referência neurocirúrgica.

7.1 Solicitar/viabilizar TC quando houver critério da fonte

AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DO TCE

AVALIAÇÃO PUPILAR



- ANISOCORIA
- FOTORREATIVIDADE

INSPEÇÃO E PALPAÇÃO



- AFUNDAMENTO
- PERFURAÇÕES
- CREPTAÇÕES
- ABAULAMENTOS

AVALIAÇÃO DE FORÇA MUSCULAR



GRAU	RESPOSTA
V	Normal
IV	Vence resistência externa moderada
III	Vence gravidade
II	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade
I	Contração débil, sem movimento
0	Contração não perceptível

⚠️ ATENÇÃO

FRATURA “OCULTA” (BASE DO CRÂNIO)



- SINAL DO GUAXINIM
- SINAL DA BATALHA
- RINORREIA
- OTORREIA
- OTORRAGIA
- PARALISIA FACIAL



IDENTIFICAR RAPIDAMENTE AS ALTERAÇÕES
PODE PREVENIR COMPLICAÇÕES E **SALVAR VIDAS!**



- Glasgow abaixo do normal/basal
- Idade avançada conforme critério adotado
- Coagulopatia/antiagregação/anticoagulação
- Cefaleia, vômitos, convulsão
- Déficit focal ou memória recente alterada
- Sinais de fratura de base
- Intoxicação que comprometa avaliação
- Mecanismo de alta energia ou trauma significativo

7.2 Observação

Na ausência de indicação imediata de TC, manter observação e reavaliação neurológica seriada conforme capacidade local. Alta somente com estabilidade, acompanhante responsável, compreensão dos sinais de alerta e possibilidade de retorno imediato.

8. TCE moderado

CONDUZINDO PACIENTE COM TCE

TCE LEVE (ECG **15 a 13**)




QUANDO **SOLICITAR TC?**

COM OU SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA
OU AMNÉSIA PÓS-TRAUMÁTICA

- E.C. Glasgow < 15
- IDADE > 60 ANOS 
- SINAIS DE TRAUMA ACIMA DA CLAVÍCULA
- COAGULOPATIA OU PLAQUETOPENIA
- CEFALEIA 
- VÔMITOS 
- INTOXICAÇÃO POR ÁLCOOL OU DROGAS
- DÉFICIT DE MEMÓRIA DE CURTO PRAZO
- CONVULSÃO PÓS-TRAUMÁTICA
- DÉFICIT FOCAL
- SINAIS DE FRATURA DE BASE DE CRÂNIO
- EJEÇÃO DO VEÍCULO 
- ATROPELAMENTO 
- QUEDA > 5 DEGRAUS OU > 1 METRO



SEM INDICAÇÃO
IMEDIATA DE TC

=




OBSERVAÇÃO

6 a 12 horas

24 horas



AVALIE, DOCUMENTE E ORIENTE!

A CONDUTA ADEQUADA SALVA VIDAS.



- Manter em área monitorizada.
- Solicitar/viabilizar TC de crânio.
- Acionar avaliação neurológica/neurocirúrgica conforme rede.
- Evitar hipóxia e hipotensão.
- Reavaliar Glasgow e pupilas em intervalos curtos e após intervenções.
- Antecipar IOT se houver perda de proteção da via aérea ou deterioração progressiva.

9. Neuroworsening — emergência dentro da emergência

CONDUZINDO PACIENTE COM TCE

TCE MODERADO (ECG 12 a 9)



SOLICITAR TC + AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA



ATENÇÃO: REAVALIAÇÃO SERIADA



**NÃO AGRAVAR
A CONDIÇÃO**



IMOBILIZAÇÃO CERVICAL



SUORTE VENTILATÓRIO



SATURAÇÃO DE O₂

94 - 98%



**IOT SE NÃO PROTEÇÃO
DA VIA AÉREA**



QUANDO SUSPEITAR DE NÃO PROTEÇÃO DE VIA AÉREA?

- ECG ≤ 8 (PACIENTE PREVIAMENTE HÍGIDO)
- ACÚMULO DE SECREÇÃO/SALIVA EM OROFARINGE
- AUSÊNCIA DE TOSSE E/OU NÁUSEAS
- RESPIRAÇÃO RUIDOSA



SUORTE HEMODINÂMICO



PAM > 80 mmHg

SFO₂ 9% OU C.H.

~~RL ou SG 5%~~



**AVALIE, DOCUMENTE E ORIENTE!
A CONDUTA ADEQUADA SALVA VIDAS.**



SINAL	AÇÃO
Queda rápida do Glasgow	ABCDE imediato + preparar via aérea + acelerar TC/neurocirurgia
Anisocoria nova/progressiva	Tratar como deterioração intracraniana até prova em contrário
Déficit focal novo	Reavaliar e acelerar imagem/especialista
Convulsão	Tratar crise e investigar progressão da lesão
Bradicardia + hipertensão + alteração respiratória	Suspeitar hipertensão intracraniana avançada/herniação

10. TCE grave

CONDUZINDO PACIENTE COM TCE

TCE MODERADO (ECG 12 a 9)



ATENÇÃO



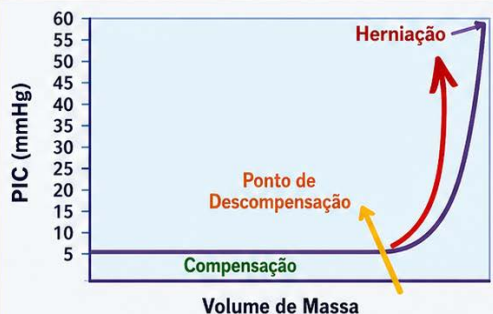
NEUROWORSENING



**DETERIORAÇÃO NEUROLÓGICA
RÁPIDA E PROGRESSIVA**

**REBAIXAMENTO RÁPIDO, DÉFICIT FOCAL,
ALTERAÇÃO PUPILAR, TRÍADE DE CUSHING
(↓ FC, ↑ PA, IRREGULARIDADE RESPIRATÓRIA)**

CURVA DE VOLUME-PRESSÃO INTRACRANIANA



**TC DE CRÂNIO – CORTE AXIAL
(Janela para parênquima)**



**IDENTIFICAR NEUROWORSENING PRECOCEMENTE
PODE PREVENIR HÉRNIA E SALVAR VIDAS!**



10.1 Via aérea

- IOT quando Glasgow ≤ 8 ou proteção inadequada da via aérea, conforme avaliação clínica.
- Pré-oxigenar e preparar plano A/B/C de via aérea.
- Manter proteção cervical durante manejo.

10.2 Ventilação

- Evitar hipóxia.
- Buscar normoventilação; hiperventilação não é rotina.
- Hiperventilação temporária é medida de resgate em

deterioração/herniação, conforme protocolo médico.

10.3 Circulação

- Evitar hipotensão.
- Usar cristalóide isotônico e hemoderivados quando indicados pelo contexto hemorrágico.
- Se persistir hipotensão apesar de ressuscitação adequada, considerar vasopressor conforme protocolo institucional e causa do choque.

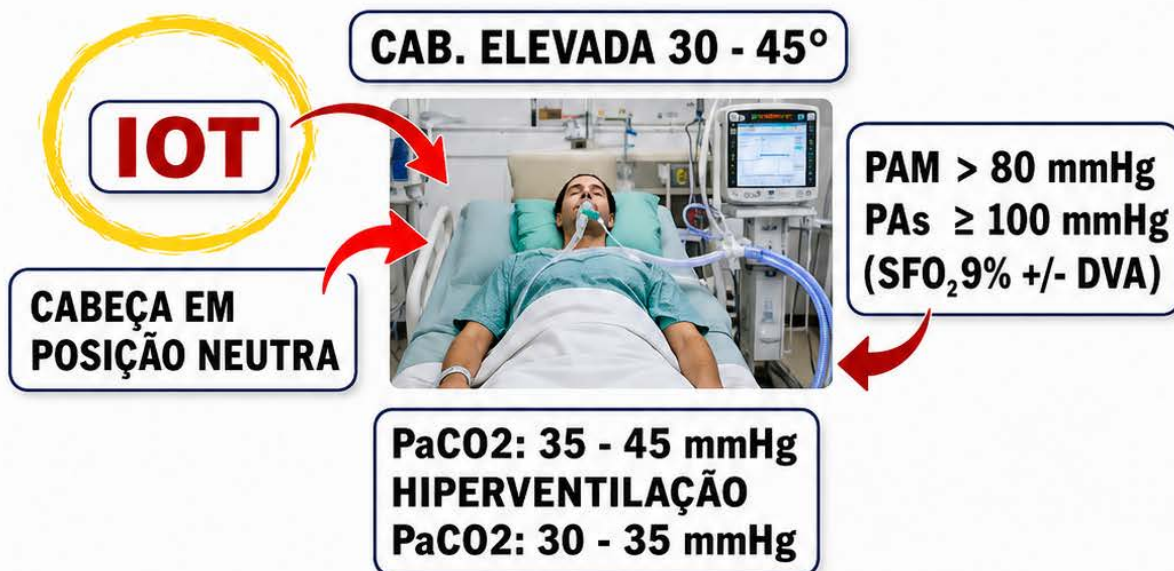
10.4 Posição e cuidados gerais

- Cabeça neutra; cabeceira elevada quando clinicamente possível.
- Analgesia/sedação adequadas após IOT.
- Controle de temperatura, glicemia e eletrólitos.
- Monitorização contínua.

11. Terapias adjuvantes apresentadas na fonte

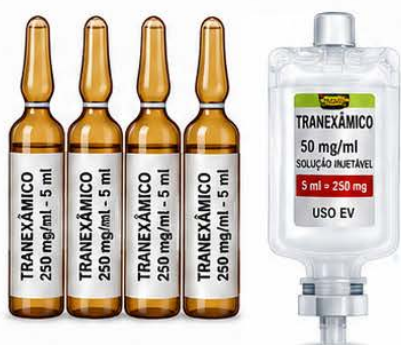
CONDUZINDO PACIENTE COM TCE

TCE GRAVE (ECG ≤ 8)



ÁCIDO TRANEXÂMICO

(TCE MOD/GRAVE ATÉ 3 h)



AC. TRANEX. 4 AMPOLAS (1g)
+ SFO₂ 9% 100 ml EV EM 10 MIN
+ 1g EV EM 8h (12 microgotas/min)
OU
2g EV EM 20 MINUTOS



**MANEJO RÁPIDO, SEGURO E BASEADO EM EVIDÊNCIAS
PODE AUMENTAR AS CHANCES DE SOBREVIDA
E MELHOR RECUPERAÇÃO NEUROLÓGICA!**



ALERTA FARMACOLÓGICO Este protocolo não transforma automaticamente as prescrições didáticas da fonte em padronização municipal. Dose, concentração, diluição, via e velocidade devem ser validadas pela farmácia/protocolo institucional antes da implantação.

TERAPIA	CENÁRIO DESCRITO NA FONTE	OBSERVAÇÃO OPERACIONAL
Ácido tranexâmico	TCE moderado/grave precoce, dentro da janela discutida	Confirmar elegibilidade e esquema institucional
Anticonvulsivante	TCE grave/penetrante e grupos selecionados	Confirmar fármaco, dose de ataque e manutenção
Salina hipertônica/manitol	Suspeita de hipertensão intracraniana/herniação	Usar como ponte sob prescrição e monitorização; confirmar concentração disponível

12. Indicações de acionamento neurocirúrgico/regulatório imediato

- Deterioração neurológica progressiva.
- Glasgow grave após ressuscitação.
- Anisocoria nova ou sinais de herniação.
- Déficit focal importante.
- Fratura deprimida/penetrante.
- Hematoma intracraniano com efeito de massa ou desvio de linha média na TC.
- Hipertensão intracraniana suspeita/refratária.

13. Transferência inter-hospitalar

ANTES DE SAIR	DURANTE O TRANSPORTE
Via aérea segura e tubo fixado	Monitorizar PA, FC, SpO ₂ e ventilação
ntes	Manter sedoanalgesia e oxigênio
Hemorragia/choque abordados	Reavaliar deterioração
TC/imagens e exames disponíveis enviados	Ter plano para hipotensão/convulsão
SBAR e aceite/regulação documentados	Registrar eventos e intervenções

14. SBAR mínimo para regulação

- S — mecanismo, horário, situação atual e motivo da transferência.
- B — comorbidades, anticoagulantes/antiagregantes, álcool/drogas, Glasgow inicial.
- A — Glasgow seriado, pupilas, déficits, sinais vitais, TC e lesões associadas.
- R — necessidade de neurocirurgia/TC/UTI e urgência do transporte.

15. Critérios de alta do TCE leve

- Avaliação neurológica estável e sem deterioração durante observação.
- Sem critério pendente de TC/avaliação especializada conforme protocolo adotado.
- Sintomas controlados.
- Acompanhante responsável disponível.
- Orientações escritas sobre sinais de alarme e retorno imediato.

16. Sinais de retorno imediato

- Sonolência crescente ou dificuldade para despertar.
- Confusão, comportamento anormal ou piora do nível de consciência.
- Vômitos repetidos.
- Convulsão.
- Fraqueza, fala alterada ou déficit focal.
- Cefaleia progressiva/intensa.
- Anisocoria ou alteração visual nova.
- Sangramento/saída de líquido por nariz ou ouvido.

17. Checklist da Sala Vermelha

PRESCRIÇÃO

APÓS 30 MINUTOS, PACIENTE LETÁRGICO E
POUCO RESPONSIVO. ECG 9 (2 / 2 / 5)

FC: 78 bpm FR: 12 irpm

PA: 170 x **107** mmHg SATO₂: 94%

2/2

EMERGÊNCIA + MOV + GLICEMIA

1. DIETA ZERO

80kg

2. SF 0,9% **500ml EV** - (manter acesso)

3. FENTANIL **1ml em 9ml de AD EV em 1 min**

4. ETOMIDATO **8ml (16 mg)**

5. SUCCINILCOLINA **100 mg**

=> DILUIÇÃO: 2 frs + AD 20ml

=> DOSE: **12 ml EV**

6. SVD

Exames: HMG, Na, K, UREIA,
CREATININA, TAP

! ATENÇÃO

PRESCRIÇÃO

7. *NORA 4 mg --- **2** AMPOLAS

SG5% ----- **92** ml EV BIC **5** ml/h

8. MIDA **50 mg** - **3 FRASC (30 ml)**

FENTA **500 mcg** - **2 FRASC (20 ml)**

SF 0,9% 100 ml (EV) **5** microgotas/min

9. AC. TRANEX **8 AMP. (2 g)**

SF 0,9% 100 ml (EV) **20 min**

10. FENITOÍNA **250 mg**

Diluição: 6 ampolas em SF 0,9% 500 ml

(EV) em 1 hora

11. NaCl 20% **30 ml**

(EV) em 20 min

! ATENÇÃO

ITEM	OK
XABCDE concluído	
Glasgow E/V/M registrado	
Pupilas registradas	
Glicemia realizada	
Hipóxia corrigida	
Hipotensão corrigida/investigada	
Indicação de TC definida	
Neuroworsening pesquisado	
Via aérea protegida quando indicada	
Neurocirurgia/regulação acionada	
Transferência preparada	

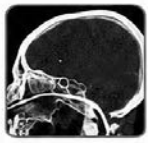
18. Anexo didático — caso clínico da fonte

CONDUZINDO PACIENTE COM TCE

PROFILAXIA ANTICONVULSIVANTE

→ **TCE GRAVE (ECG $\leq$ 8)**

→ **TCE PENETRANTE**



No TCE fechado moderado, as indicações incluem:

- Fratura de crânio deprimida;
- Hematoma subdural (HSD);
- Contusão cortical;
- Hematoma extradural (epidural);
- Hematoma intracerebral;
- Ocorrência de convulsão nas primeiras 24 horas após o trauma.



FENITOÍNA
ATAQUE: 15-20mg/Kg EV
MANUTENÇÃO: 5 - 7 mg/Kg/dia
EV/VO 2-3 DOSES/DIA POR 7 DIAS



SE HIPERTENSÃO INTRACRANIANA

SOLUÇÃO HIPEROSMOLAR



MANITOL 20%
5ml/Kg EV EM
10-15' 4/4h

OU



NaCl 20%
30 ml EV EM
10-20'



AVALIE, DOCUMENTE E MONITORE!
A CONDUTA ADEQUADA PODE SALVAR VIDAS

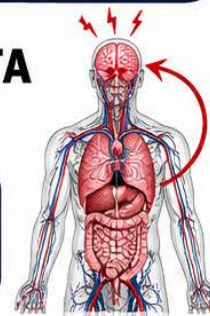


CHECKLIST MÉDICO NA PRÁTICA TCE

X A B C D E LESÃO DIRETA **X** INDIRETA

INTENSIDADE DO TCE

- ECG
- PUPILAS
- FORÇA MUSCULAR
- PUPILAS
- INSPEÇÃO
- PALPAÇÃO



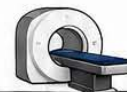
➔ **TCE LEVE (ECG 15 a 13)**

SOLICITAR TC?



➔ **TCE MODERADO (ECG 12 a 9)**

SOLICITAR TC + AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA



➔ **TCE GRAVE (ECG ≤ 8)**



IOT

CAB. ELEVADA

CABEÇA EM POSIÇÃO NEUTRA

PAM > 80 mmHg
PAs ≥ 100 mmHg
(SFO₂ 9% +/- DVA)

- AC. TRANEXÂMICO
- ANTICONVULSIVANTE
- SOLUÇÃO HIPEROSMOLAR

ÁCIDO TRANEXÂMICO



AC. TRANEX. 4 AMPOLAS (1g)
+ SFO₂ 9% 100 ml EV EM 10 MIN
+ 1g EV EM 8h (12 microgotas/min)
OU
2g EV EM 20 MINUTOS



SOLUÇÃO HIPEROSMOLAR



MANITOL 20%
250 ml
5ml/Kg EV EM
10-15' 4/4h

OU



NaCl 20%
30 ml EV EM
10-20'



AVALIE, DOCUMENTE E MONITORE!
A CONDUTA ADEQUADA PODE SALVAR VIDAS



CASO CLÍNICO



SINAIS VITAIS



FC
106 bpm



FR
18 irpm



PA
130 x 85 mmHg



SATO₂
97%



**PACIENTE LENIELDYSON ARAGÃO,
VÍTIMA DE AGRESSÃO NA CABEÇA
HÁ 30 MINUTOS.
FERIMENTO PROFUNDO COURO CABELUDO.**



FC:
106 bpm



FR:
18 irpm



PA:
130 x 85 mmHg



SATO₂:
97%



**AVALIE, MONITORE E DOCUMENTE.
ATENÇÃO E RAPIDEZ PODEM SALVAR VIDAS!**



USO EDUCACIONAL As imagens de prescrição reproduzem o caso didático da fonte. Não substituem prescrição individual nem padronização farmacêutica institucional.

19. Indicadores sugeridos

INDICADOR	META LOCAL A DEFINIR
% TCE com Glasgow documentado em componentes	
% TCE com pupilas documentadas	
% TCE moderado/grave com glicemia registrada	
Tempo até acionamento da regulação em neuroworsening	
% transferências com SBAR completo	
Eventos de hipotensão/hipóxia evitáveis durante permanência/transporte	

20. Fonte e governança

Fonte primária deste documento: transcrição e imagens fornecidas pelo usuário no projeto TCE na Emergência. O conteúdo foi reorganizado em formato institucional, preservando a lógica e os conceitos apresentados na fonte. Antes da publicação oficial, recomenda-se validação multiprofissional local, especialmente das tabelas de medicamentos, concentrações e fluxos de regulação.