



Este Procedimento Operacional deverá ser colocado e classificado em fichário específico o qual deverá ficar permanentemente na SsCO

1. FINALIDADE

Este Procedimento Operacional Padrão tem a finalidade de padronizar as operações de Atendimento Pré-hospitalar de Urgência e Emergência (**APHUE**) para Lesões Cerebrais Traumática.

Tem como objetivo central servir como um roteiro operacional padronizado e ostensivo para estes tipos de evento, principalmente com foco na atuação protocolar dos profissionais de saúde, podendo servir de apoio às demais gestões organizacionais.

2. DEFINIÇÕES BÁSICAS

Lesão cerebral traumática (LCT) é um termo inespecífico que descreve lesões contusas, penetrantes ou por explosão. É frequentemente associada ao trauma multissistêmico, de modo que as lesões são tratadas segundo sua prioridade. A LCT pode ser dividida em duas categorias: primária e secundária.

Lesão cerebral primária é o trauma direto no encéfalo associado a estruturas vasculares que ocorrem no momento da agressão inicial. Lesão cerebral secundária refere-se aos processos contínuos de lesão desencadeados pela lesão primária.

3. AVALIAÇÃO

Sinais de suspeita de lesão cerebral traumática:

- 1) Alteração do nível de consciência (agitação; AVDI= VD ou I; escala de coma de Glasgow <15) – condição principal;
- 2) Convulsão;
- 3) Alteração do diâmetro pupilar.

4. INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

Poucas intervenções terapêuticas encerram benefício prognóstico (sobrevida com bom resultado neurológico) para vítimas de lesão cerebral traumática. A literatura sugere que as únicas medidas eficazes até o momento são as que visam manter as funções vitais que garantam:

- pressão normal de oxigênio no sangue/encéfalo;
- pressão normal de gás carbônico(CO₂) no sangue para evitar vasodilatação cerebral (no caso de hipercapnia) e piora de hipertensão intracraniana, tanto quanto vasoconstrição (hipocapnia) e isquemia;
- ausência de hipoglicemia;
- oferta normal de fluxo de sangue (oxigênio) ao encéfalo.

Assim sendo, **a prioridade é manter “ABC” adequados**, sempre monitorar **oximetria de pulso** (alvo: entre 94 e 98%, tanto quanto possível).



Deve-se, após garantido o ABC, medir a glicemia capilar (se possível). Caso < 60g/dl (se Glasgow < 13, considerar hipoglicemia abaixo de 70g/dl), infundir 25g glicose (100 ml de glicose a 25% é preferível para evitar perda do acesso venoso periférico por flebite) IV em bolus. Reavaliar a glicemia capilar em 5 minutos. Se a vítima for **usuária de hipoglicemiante oral** (glibenciamida, glimepirida, clorpropamida, metformina, glitazonas, glicazida, glipizida e etc.), **reavaliar a glicemia capilar a cada 5 min** e, se necessário, repetir o bolus de glicose na mesma dose.

Em caso de **convulsão**:

A maioria das convulsões é autolimitada. **Se persistir mais de 1 minuto** em suspeita de lesão cerebral traumática:

- 1) manter ABC monitorados e garantidos;
- 2) monitorar **oximetria de pulso** (alvo: entre 94 e 98%, tanto quanto possível);
- 3) anticonvulsivante (**ASE avançada apenas**) – se o paciente ainda não teve indicação de intubação orotraqueal (Glasgow >8), preparar antes da infusão, material para intubação orotraqueal, já que haverá sedação.

Seguir o esquema abaixo:

- a) midazolam 5mg IV em *bolus* ou 10mg IM (caso não haja acesso venoso);
- b) se continuar a convulsão, repetir 5mg de midazolam IV/IM a cada 5 minutos, até a resolução da convulsão ou máximo acumulado de 15mg IV ou 20mg IM;
- c) para vítimas visivelmente gestantes ou até 2 semanas pós parto, infundir 4mg de sulfato de magnésio IV (em 10 minutos) ou 8mg IM (4mg em cada glúteo), caso não haja acesso venoso;
- d) caso persista a convulsão, contatar COGS para orientação.

5. BIBLIOGRAFIA

Prehospital Trauma Life Support (PHTLS). 8th edition. National Association of Emergency Technicians (NAEMT).

Maine EMS Prehospital Treatment Protocols. December 1, 2015. Acessível em <http://www.maine.gov/ems>.