

001

Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Cranioencefálico Leve

Última revisão: 02/07/2014
Estabelecido em: 13/12/2005

Responsáveis / Unidade

Josaphat Vilela de Moraes – Médico | HJXXIII
Rodrigo Moreira Faleiro – Médico | HJXXIII

Colaboradores

João Batista Gomes Soares – Médico | HAC
Ricardo Cipriano da Silva – Médico | HJK

Validadores

Equipe de neurologia do HJXXIII

Revisão (02/07/2014)

Rodrigo Moreira Faleiro – Médico | HJXXIII

Disponível em www.fhemig.mg.gov.br
e intranet

INTRODUÇÃO / RACIONAL

A cada 15 segundos ocorre um caso de traumatismo craneoencefálico(TCE) e em decorrência deste , um paciente morre a cada 12 minutos. Cinquenta por cento destas mortes decorrentes de trauma têm como etiologia o TCE. O TCE será classificado como TCE leve se ao exame neurológico a avaliação pela escala de coma de Glasgow se encontra entre 13 e 15 pontos.

O traumatismo craneoencefálico leve é ocorrência frequente, resulta de trauma na cabeça em decorrência de explosão e/ou aceleração ou desaceleração de forças. Embora em sua maioria benigno pode apresentar sequelas a curto e a longo prazo o que torna o TCE um problema de saúde pública.

Em países industrializados as principais causas de TCE são acidentes de transito incluindo bicicletas e motocicletas (muito comuns no Brasil e se tornaram um grande problema de saúde pública) e os atropelamentos; os acidentes de trabalho e domésticos, e os traumas de esportes e quedas. Entre os idosos o mais comum são as quedas. E entre os jovens os acidentes de transito. Os maiores riscos encontram-se nas faixas etárias abaixo de 5 anos e em idosos acima de 60 anos.

OBJETIVOS

1. Normatizar o atendimento inicial ao paciente vítima de TCE leve, por médicos especialistas ou não especialistas, em unidades da rede hospitalar FHEMIG uniformizando as condutas;
2. Evitar a liberação de pacientes com risco elevado de lesão expansiva intracraniana (LEIC) pós-traumática;
3. Evitar internações desnecessárias de pacientes com baixo risco de LEIC pós-traumática;
4. Reduzir custos com transferências inter-hospitalares e tomografias computadorizadas (TC) do encéfalo desnecessárias;

SIGLAS

ATLS- *Advanced Trauma Life Support*

ECG- Escala de Coma de Glasgow

HEDA- Hematoma Extradural Agudo

HIC- Hipertensão Intracraniana

HJXXIII- Hospital João XXIII - Unidade avançada de trauma neurológico da rede FHEMIG capacitada com neurologistas/ neurocirurgiões e TC do encéfalo para tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes vítimas de TCE

HSAT- Hematoma Sub-araquinóide Traumático

HSDA- Hematoma Subdural Agudo

LCC- Laceração do couro cabeludo

LCR- Líquor Cefalorraquidiano

LEIC- Lesões Expansivas Intracranianas

PIA- Pressão Intra Arterial

PIC- Pressão Intracraniana

PPC- Pressão de Perfusão Cerebral

PIC- Pressão Intracraniana

RX- Radiografia

SIGH- Sistema Integrado de Gestão Hospitalar

TC- Tomografia Computadorizada

TCE- Traumatismo Cranioencefálico

TTIH- Termo de Transferência Inter-Hospitalar

UB- Unidade básica da rede FHEMIG- não capacitado para atendimento neurológico de pacientes vítimas de TCE

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

1. Equipe médica capacitada para avaliação inicial do paciente vítima de trauma, segundo preceitos do *Advanced Trauma Life Support* (ATLS): Cirurgião Geral, Clínico Geral ou Pediatra e equipe de Neurocirurgia;
2. Equipe de enfermagem treinada e orientada para cuidados com o paciente vítima de trauma;
3. Sala de Raio-X e Tomógrafo com técnico treinado para a realização de radiografias, exames de imagem de crânio e coluna cervical;
4. Colar cervical para imobilização;
5. Lanterna com luz forte para exame das pupilas;
6. Veículo e equipe médica e paramédica capacitada para o transporte inter-hospitalar de pacientes vítimas de trauma. Estes pacientes apresentam o risco de rápida deterioração durante o transporte, portanto, o veículo deve conter material e pessoal capacitado para realizar proteção de vias aéreas (inclusive intubação orotraqueal);
7. Medicamentos essenciais: analgésicos, anticonvulsivantes (diazepam, fenitoína), manitol a 20%, anestésicos para intubação orotraqueal (midazolam, fentanil e suxametônio).

ATIVIDADES ESSENCIAIS

1. Admissão do paciente vítima de TCE na sala de emergência pela equipe do trauma ou plantonista, com registro do diagnóstico no campo do SIGH;
2. Aplicar protocolo de atendimento segundo preceitos do ATLS;
3. Realizar exame neurológico mínimo:
 - a. Nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow- ECG);
 - b. Exame do diâmetro pupilar (isocórica/anisocórica);
 - c. Detectar déficits neurológicos grosseiros (paresias/plegias).
4. Realiza propedêutica radiológica se necessário;
5. Classificar o paciente com TCE leve em Risco Aumentado, Risco Moderado e Risco Baixo de apresentar LEIC pós-traumática;
6. Definir uma dentre as quatro condutas específicas:
 - a. Alta hospitalar;
 - b. Observação hospitalar na UB (até 12 horas);
 - c. Encaminhar para o HJXXIII para realização de TC do encéfalo com Termo de Transferência Inter-hospitalar (TTIH) preenchido (**APÊNDICE II**).
Se TC normal, o paciente retornará à unidade de origem para observação hospitalar. Se TC anormal, o paciente deverá manter observação no HJXXIII;
 - d. Encaminhamento direto para internação e conduta especializada por neurocirurgião/neurologista em centro de referência para trauma da rede FHEMIG (HJXXIII).
7. Fornecer e explicar a **FOLHA DE ORIENTAÇÕES** básicas ao paciente vítima de TCE leve ou a seu acompanhante. (**APÊNDICE III**), em caso de alta.

ABORDAGEM GERAL

Inicialmente o paciente deve ser atendido seguindo o princípio de abordagem do ATLS que é a correção em primeiro lugar das condições que mais ameaçam a vida do paciente:

- A.** Vias aéreas pérvias com controle da coluna cervical;
- B.** Respiração e ventilação;
- C.** Circulação com controle da hemorragia;
- D.** Incapacidade, estado neurológico;
- E.** Exposição do paciente/controlar o ambiente (evitar hipotermia).

Durante esta avaliação inicial, após detectados e corrigidos os itens A, B e C, o médico irá avaliar o estado neurológico do paciente através da aplicação da escala de coma de Glasgow, avaliação das pupilas e determinação de déficits motores.

EXAME NEUROLÓGICO

O exame neurológico na sala de emergência deve ser objetivo o suficiente para detectar as principais alterações neurológicas sem, no entanto, retardar o andamento da propedêutica e tratamento de patologias concomitantes. Este exame neurológico inicial deve ser detalhadamente anotado na folha de admissão porque servirá de base para comparação com exames subsequentes, permitindo uma análise quantitativa/qualitativa de melhora ou agravamento do quadro do paciente.

Se o paciente está alerta e cooperativo e não queixa cervicalgia ou limitação à movimentação, pode-se retirar o colar cervical. Se há confusão mental, coma ou qualquer queixa cervical, o colar deve ser mantido até que propedêutica radiológica exclua fraturas ou luxações cervicais.

O exame objetivo consta de avaliação de três itens:

- Nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow);
- Função pupilar;
- Detecção de déficit neurológico motor.

1. Nível de consciência

Escala de Coma de Glasgow (ECG) foi desenvolvida para uniformizar e quantificar o exame neurológico, buscando minimizar a subjetividade. Compreende a pontuação somatória da avaliação da abertura ocular, melhor resposta motora e resposta verbal, variando de 3 a 15 pontos, como se segue:

ABERTURA OCULAR	(1-4)
	4. Espontânea
	3. Ao chamado
	2. À dor
	1. Não abre
MELHOR RESPOSTA MOTORA	(1-6)
	6. Obedece comandos
	5. Localiza estímulo doloroso
	4. Flexão inespecífica
	3. Decorticação
	2. Descerebração
	1. Sem resposta
RESPOSTA VERBAL	(1 – 5)
	5. Orientado
	4. Confuso
	3. Palavras desconexas
	2. Sons incompreensíveis
	1. Sem resposta verbal

Segundo a escala ECG, classifica-se o TCE como:

- Leve (13 -15 pontos);
- Moderado (9 -12 pontos) ou
- Grave (< 8 pontos).
-

Todo paciente com ECG < 8 (TCE grave) deve ser intubado para proteção de vias aéreas.

2. Avaliação pupilar

As pupilas são avaliadas pela simetria e pela resposta à luz. Uma diferença no diâmetro pupilar de mais de 1 mm é considerada anormal. Deve-se excluir trauma ocular direto, próteses, uso de colírios oftalmológicos, amaurose prévia e uso de drogas que podem confundir o resultado do exame.

3. Detecção de déficit neurológico motor

Observar a movimentação espontânea do paciente, em busca de alguma assimetria ou limitação. A detecção desta assimetria pode ser encontrada já no exame da ECG em relação à melhor resposta motora.

O fato do paciente localizar o estímulo doloroso de um lado e descerebrar contralateralmente é de extrema importância e deve ser anotado. Se o paciente está alerta e orientado, podemos ainda quantificar o déficit: não move (0), contrações musculares (1), move na horizontal, mas não vence gravidade (2), vence gravidade (3), vence gravidade e oferece alguma resistência (4), normal (5).

Realizado este exame neurológico sumário e objetivo, já podemos classificar o paciente como TCE leve, moderado ou grave, anotando possíveis assimetrias pupilares e motoras e determinar a propedêutica adequada a ser realizada (ex: TC do encéfalo, RX ou observação apenas). Serão considerados pacientes com TCE leve aqueles com traumatismo craniano comprovado e ECG entre 13 e 15.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA LEIC

Após a classificação de Glasgow deve-se avaliar o risco de desenvolvimento de LEIC conforme os parâmetros abaixo:

RISCO AUMENTADO

1. Idade acima de 65 anos;
2. Intoxicação aguda por álcool ou drogas ilícitas. Síndrome de abstinência alcóolica (Protocolo 016), Intoxicação alcóolica aguda (Protocolo 034), Acolhimento aos usuários de álcool e drogas (Protocolo 027);
3. Uso de anticoagulantes;
4. Criança espancada, gestante, discrasia sanguínea (ex: paciente hemofílico);
5. Fístula líquórica (rino ou otoliquorreia);
6. TCE + trauma de outros sistemas (Politraumatismo) (avaliar protocolo 003 -Trauma Abdominal);
7. Petéquias sugestivas de síndrome de embolia gordurosa;
8. Piora do nível de consciência para ECG < 15 ou surgimento de déficits neurológicos focais;
9. Meningismo;
10. Déficit de acuidade visual;
11. TCE por ferimento de arma branca;
12. Crises sub-entrantes (estado epilético).

RISCO MODERADO

1. Envolvimento em acidente grave, com vítimas fatais. Queixas neurológicas. História não confiável (suspeita de crianças/idosos espancados);
2. Equimose palpebral, retroauricular ou ferida em grande extensão no couro cabeludo;
4. Cefaléia progressiva, vômitos ou convulsão.* (avaliar Protocolo 016)
5. Perda momentânea da consciência;
6. Desorientação temporo-espacial, amnésia retrógrada ou pós-traumática (amnésia lacunar);
7. Síncope pós-traumatismo (síndrome vaso-vagal);
8. Idade < 2 anos (exceto se traumatismo muito trivial);
9. RX do crânio evidenciando fratura.

RISCO BAIXO

1. TCE por mecanismo de trauma de pequena intensidade, assintomático, exame físico geral normal e sem alterações neurológicas. RX de crânio, se realizado, normal;
2. Sinais ou sintomas mínimos;
3. Cefaléia leve, não progressiva;
4. Tontura, vertigem temporária;
5. Hematoma subgaleal (HSG) ou laceração do couro cabeludo (LCC) pequena, com RX de crânio normal.

PROPEDÊUTICA

A radiografia de crânio é método de triagem eficiente. Em pacientes com trauma leve, sem perda de consciência e que se encontram com exame neurológico normal _ mas com sinais externos de trauma craniano, o RX deve ser realizado. É necessário avaliar as incidências AP, perfil e Towne do Rx de crânio .

Se o exame radiográfico for normal, o médico deverá decidir se o paciente pode ser observado no hospital ou liberado com orientações(Anexo III).

Mas se houver fratura craniana, a TC do encéfalo deverá ser realizada e, portanto, este paciente deverá ser encaminhado para o Hospital João XXIII com o Termo de Transferência Inter-hospitalar adequadamente preenchido(Anexo III)

Desta maneira, reserva-se a tomografia do encéfalo apenas para os pacientes que:

- Perderam a consciência no momento do trauma;
- Escala de Coma de Glasgow abaixo de 14, ou
- Apresentem alterações no RX de crânio .

Após avaliação inicial e realização de RX, quando necessário, o médico deve definir entre as seguintes possibilidades:

1. Alta Hospitalar;
2. Observação na UB (até 12 horas) seguida de alta hospitalar, nos casos que evoluem sem complicações;
3. Encaminhar para HJXXIII para realização de TC do encéfalo. (Anexo II)

A tomografia pode ser solicitada com janela óssea (para melhor se detectar fraturas) e eventualmente com contraste venoso. Basicamente hematomas apresentam-se hiperdensos à TC do encéfalo; e imagens hipodensas são suspeitas de infarto e edema.

**TC normal está indicado retorno à Unidade encaminhante.
TC alterada deve permanecer no HJXXIII para avaliação
e tratamento adequado.**

CONSIDERAÇÕES TERAPÊUTICAS

Os pacientes vítimas de TCE devem ser observados de maneira rigorosa por uma equipe treinada. De preferência esta observação deve ser iniciada na sala de politraumatizados até propedêutica e estabilização do quadro, ou encaminhado à unidade de terapia intensiva, se indicado.

Posição:

Preferencialmente estes pacientes devem ser posicionados com cabeceira elevada (30 graus) para melhorar o retorno venoso e com isto evitar HIC. Em caso de vômitos, posicionar lateralmente para evitar aspiração de secreções.

Observação:

Sinais vitais e neurológicos devem ser reavaliados de hora em hora ou de 2 em 2 horas. Qualquer anormalidade deve ser prontamente relatada.

Sonda vesical de demora e sonda nasogástrica nos pacientes comatosos. Dieta suspensa.

Analgésicos/Antitérmicos/Antieméticos:

Administração de dipirona e metoclopramida de rotina, pois sabe-se que a dor, hipertermia e apenas um episódio de vômito pode aumentar a PIC e ser até o evento precipitante de uma piora neurológica.

Proteção da mucosa gástrica:

O paciente vítima de TCE está sob risco de desenvolver úlcera de stress, e por isto administração de ranitidina oral ou venosa de 12/12 horas.

Anticonvulsivante:

É administrado de rotina como prevenção de crises convulsivas naquelas lesões sabidamente irritativas do sistema nervoso, por exemplo, as contusões cerebrais, HSDA, fratura com afundamento, trauma penetrante, HSAT, entre outras. É administrado para tratamento de qualquer paciente, independente da lesão, que tenha apresentado um episódio de crise convulsiva após o trauma.

A fenitoína (250 mg/5 ml) é administrada de rotina. Administra-se uma dose de ataque de 15-20 mg/kg e manutenção de 5 mg/ kg dia, de 8/8 horas. Para atendimento à crise inicial é indicado diazepam 10 mg EV, com atenção à possibilidade de depressão respiratória.

Manitol:

É um agente hiperosmolar que reduz de maneira transitória a PIC. Não deve ser administrado em pacientes com hipotensão arterial.

Atualmente reservamos seu uso como medida de urgência para um paciente que chega à sala de emergência com sinais iminentes de herniação cerebral e que ainda vai submeter-se à propedêutica. Neste caso, administra-se na dose de 0,25 a 1g/Kg, em bolus.

Corticóide não é indicado no paciente com TCE.

Hiperventilação:

Pode ser utilizada em pacientes internados no CTI com monitoramento de PIC e PIA para se calcular a PPC com o objetivo de diminuir a PCO cerebral com consequente vasoconstrição e diminuição da PIC. Utilizando cateter de bulbo de jugular é possível medir a diferença de O₂ que entra no compartimento craniano (gasometria arterial) e que sai pela jugular (saturação de O₂ jugular – SJO). Com isto podemos otimizar a hiperventilação de modo a evitar a isquemia cerebral. Não deve ser realizada empiricamente pois esta vasoconstrição pode ser maléfica a ponto de causar isquemia cerebral.

INDICAÇÃO de TC , de CTI e MONITORIZAÇÃO da PIC**Critérios para Indicação de TC:**

Glasgow < 15 e presença de déficit neurológico; sinais de fratura no RX crânio; cefaleia/vômitos persistentes. Glasgow 15 mas com história de perda da consciência > 5 minutos no momento do trauma.

Indicação de CTI:

- Glasgow < 12;
- Pós-operatório de cirurgia craniana (exceto afundamento craniano e HEDA);
- Deterioração neurológica progressiva;
- Trauma sistêmico grave
- Necessidade de monitorização de PIC.

Indicação para monitorização da PCI:

- Glasgow ≤ 8, independente do achado tomográfico;
- Pós-operatório de contusão cerebral, HSDA ou hematoma cerebral;
- Pós-operatório de HEDA se o paciente não acordar após 6 horas;
- Glasgow 9 -13 se TC com sinais de HIC, lesão intraparenquimatosa ou desvio de linha média > 5 mm;
- Glasgow 8 -12 se:
 - Necessita sedação para trauma sistêmico grave ou;
 - Trauma torácico que necessite ventilação mecânica prolongada.

TIPOS DE MONITORIZAÇÃO DE PIC:

Subdural – Richmond Parenquimatoso – Fibra óptica cateter intraventricular.

ITENS DE CONTROLE

1. Avaliar os pedidos de TC do encéfalo na unidade referência de trauma da rede FHEMIG (HJXXIII);
2. Número de pacientes com TCE atendidos conforme este protocolo e que sofreram complicações pós-traumáticas – Notificação Obrigatória
3. Número de internações com o diagnóstico de TCE no SIGH;
4. Percentual de TC de encéfalo em vítima de TCE alcoolizado;

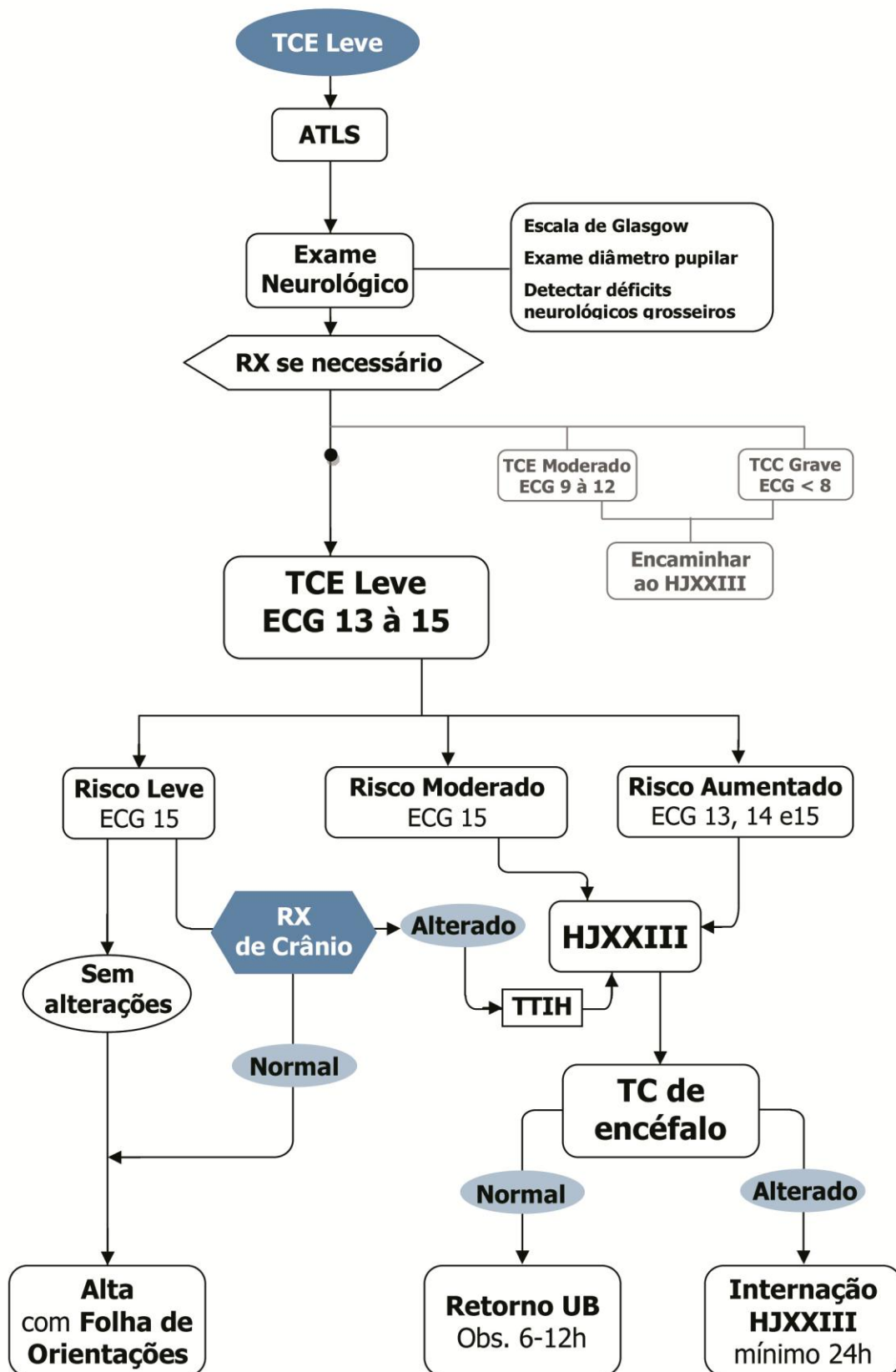
5. Número de pacientes/acompanhantes que receberam a Folha de Orientação sobre o número total de diagnósticos de TCE leve.

REFERÊNCIAS

	Grau de Recomendação/Nível de Evidência
1. Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. Suporte avançado de vida no trauma (SAVT – ATLS). 8a Ed. Chicago: 2008.	D
2. Rimel RW, Giordani B, Barth JT, <i>et at.</i> Moderate head injury: completing the clinical spectrum of brain trauma. <i>Neurosurgery</i> 1982; 11: 344-51.	B
3. Siang JNKH. High-risk mild head injury. <i>J Neurosurgery</i> 1997; 87: 234-8.	B
4. Masters SJ, McClean PM, Arcarese JS, <i>et at.</i> Skull X-ray examinations after head trauma. <i>N Engl Med</i> 1987; 316: 84.	D
5. Andrade AF, Ciquini JrO, Figueiredo EG, <i>et at.</i> Diretrizes do atendimento ao paciente com traumatismo cranioencefálico. <i>Arq Bras de neurocir</i> , 1999; 18: 131-76.	D
6. Valadka AB, Narayan RK. Emergency room management of the head injured patient. In: Narayan RK, Wilberger JE, Povlishok JT, editors. <i>Neurotrauma</i> . New York: McGraw-Hill; 1996. p. 119-35.	D
7. Braakman R. Survey and follow-up of 225 consecutive patients with a depressed skull fracture. <i>J Neurol Neurosurg Psychiatric</i> 1972; 35: 395-402.	
8. Cooper PR. <i>Head Injury</i> . Third edition. Williams & Wilkins, Baltimore, 1993.	
9. Greenberg MS. <i>Handbook of Neurosurgery</i> , third edition. Lakeland, Greenberg Graphics, 1994.	
10. Jennett B. <i>Epilepsy after non-missile head injuries</i> . London, A William Heinemann Medical Books, 1975.	
11. Jennett B, Miller JD, Braakman R. Epilepsy after nonmissile depressed skull fracture. <i>J Neurosurg</i> , 1974; 41: 208-216.	
12. López M. <i>Emergências Médicas</i> , quinta edição, Rio de Janeiro, Guanabara, 1989: 714-726.	
13. <i>Manual de Suporte Avançado de Vida no Trauma – ATLS</i> . Colégio Americano de Cirurgiões. Oitava edição, 2008.	
14. Master SJ, MacClean PM, Arcarese JS, <i>et al.</i> Skull X-ray examinations after head trauma. <i>N Engl. Med</i> 1987: 316-84.	
15. Merrit HH. <i>A textbook of Neurology</i> . Philadelphia, Lea and Febiger, 1973; 841.	
16. Narayan RK, Wilberger JE, Povlishock JT. <i>Neurotrauma</i> . McGraw-Hill, 1995.	
17. Rimel RW, Giordani B, Barth JT, <i>et al.</i> Moderate head injury: completing the clinical spectrum of brain trauma. <i>Neurosurgery</i> , 1982: 11: 344-51.	
18. Braakman R. Survey and follow-up of 225 consecutive patients with a depressed skull fracture. <i>J Neurol Neurosurg Psychiatric</i> 1972; 35: 395-402.	
19. Cooper PR. <i>Head Injury</i> . Third edition. Williams & Wilkins, Baltimore, 1993.	

- 20.Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery, third edition. Lakeland, Greenberg Graphics, 1994.
-
- 21.Jennett B. Epilepsy after non-missile head injuries. London, A William Heinemann Medical Books, 1975.
-
- 22.Jennett B, Miller JD, Braakman R. Epilepsy after nonmissile depressed skull fracture. J Neurosurg, 1974; 41: 208-216.
-
- 23.López M. Emergências Médicas, quinta edição, Rio de Janeiro, Guanabara, 1989: 714-726.
-
- 24.Manual de Suporte Avançado de Vida no Trauma – ATLS. Colégio Americano de Cirurgiões. Oitava edição, 2008.
-
- 25.Master SJ, MacClean PM, Arcarese JS, et al. Skull X-ray examinations after head trauma. N Engl. Med 1987: 316-84.
-
- 26.Merrit HH. A textbook of Neurology. Philadelphia, Lea and Febiger, 1973; 841.
-
27. Narayan RK, Wilberger JE, Povlishock JT. Neurotrauma. McGraw-Hill, 1995.
-
28. Rimel RW, Giordani B, Barth JT, et al. Moderate head injury: completing the clinical spectrum of brain trauma. Neurosurgery,1982: 11: 344-51.
-
29. Stávale MA. Bases da terapia intensiva neurológica. São Paulo, 1 ed, Santos 1996.

Fluxograma de Atendimento



APÊNDICE II

Termo de Transferência Inter-Hospitalar – TTIH

TCE | AVC | Abdome Agudo | Trauma Abdominal | Eclampsia

Hospital de origem: _____ Data: ___/___/___ Hora ___:___

Nome do Paciente _____ Nº do registro _____

Diagnóstico Neurológico _____

Outros Diagnósticos _____

Foi observado o protocolo? () Sim () Não

Motivo clínico da transferência baseado na observação do protocolo:

História sumária e dados vitais:

PA ___/___ mmHg Pulso ___ bpm FR ___ irpm Glasgow _____

SAÍDA

Médico autorizador: _____ CRM: _____

Contato feito pelo autorizador no destino: _____ CRM: _____

Assinatura e carimbo do Autorizador:

Nome, nº de registro profissional e assinatura do Assistente Social ou profissional responsável pelo transporte: _____

Ambulância: ()SAMU ()FHEMIG-UTI ()FHEMIG BÁSICA

Hora contato: ___:___ Hora saída: ___:___ Hora chegada: ___:___

CHEGADA

Hora da chegada HJXXIII: ___:___

Exame: USA () TC () Angiografia()

• Outro: _____

Laudo sumário (radiologista ou médico assistente): _____

Nome, CRM e carimbo do médico avaliador:

RETORNO

Hora saída: HJXXIII: ___:___ Hora chegada à origem: ___:___

Nome, CRM e carimbo médico que recebeu na origem:

Nome, CRM e carimbo do médico que recebeu na origem:

APÊNDICE III

Folha de Orientação ao Paciente

Até o momento não foi constatada, através dos exames realizados, qualquer evidência de que o trauma deste paciente tenha sido significativo para que ele permaneça em observação ou admitido neste hospital, e portanto, será LIBERADO. Entretanto, novos sinais, sintomas e complicações podem ocorrer horas, dias e semanas ou até meses após o traumatismo. As primeiras 48 horas são as mais críticas. É aconselhável que este paciente permaneça em companhia de alguém confiável pelo menos durante este período.

O paciente deverá retornar ao hospital especializado (HJXXIII) imediatamente, se parecerem os seguintes sinais e sintomas abaixo relacionados:

1. Dor de cabeça persistente que não melhora com analgésicos comuns;
2. Sonolência excessiva ou insônia;
3. Irritabilidade, ansiedade ou labilidade emocional;
4. Desmaio, fraqueza, diminuição da força nas pernas, na metade do corpo ou formigamento nas pernas ou na metade do corpo;
5. Dificuldade de falar ou entender, de memória ou concentração;
6. Modificações de personalidade ou comportamento;
7. Confusão mental ou piora progressiva da consciência;
8. Náuseas ou vômitos persistentes, tonturas ou convulsão;
9. Diminuição da audição, da visão ou intolerância à luz;
10. Movimento estranho dos olhos, visão dupla;
11. Alteração da respiração, das batidas do coração ou febre (acima de 37,8°C);
12. Perda de líquido claro ou sangue pelo ouvido ou nariz;
13. Alteração do tamanho ou forma das pupilas;
14. Depressão ou agressividade;
15. Dor na nuca ou durante movimentos do pescoço;
16. Dificuldades de realizar suas atividades domésticas ou no emprego.

O paciente pode continuar usando as medicações prescritas pelo seu MÉDICO, porém **não use** sedativos, ou remédios para dormir, xaropes para tosse ou outros que possam produzir sono. **Não tome bebidas alcoólicas pelo menos nas próximas 48 horas.** Durante o sono peça para ser acordado frequentemente (2 a 3 vezes), para que se possa avaliar a presença dos sinais acima descritos.

Assinatura e carimbo médico

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____.

Ciente: _____

Assinatura e nº de registro do paciente/responsável