

4. DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO

4.1 ABORDAGEM DA CRISE CONVULSIVA

• Diagnóstico diferencial

| Síncope | Enxaqueca |
|--|--|
| Distúrbios psicológicos <ul style="list-style-type: none">• Crise psicogénica• Ataque de pânico• Hiperventilação | Acidente isquémico transitório <ul style="list-style-type: none">• AIT da artéria basilar |
| Alterações metabólicas <ul style="list-style-type: none">• Coma alcoólico• Delirium tremens• Hipoglicémia• Hipóxia• Drogas psicoactivas | Patologia do sono <ul style="list-style-type: none">• Narcolepsia/ cataplexia• Mioclonia benigna do sono |
| | Distúrbios do movimento <ul style="list-style-type: none">• Mioclonia não epiléptica• Tiques• Coreatetose paroxística |

• Classificação das crises epilépticas

- **Focais/parciais:** Despolarização cortical anormal limitada a uma área/hemisfério cerebral; tradução motora convulsiva mais frequente nas extremidades.

- Simplex: sem perda de consciência
- Complexas: com alteração do estado de consciência (podem progredir para generalizada)

Por vezes com pródromos ("aura") pela despolarização localizada, o que não se verifica numa crise generalizada primária.

- **Generalizadas:** origem em ambos os hemisférios cerebrais → disparo recíproco do tálamo e córtex cerebral; sem início focal detectável (sem aura).

- Tónico-clónicas (mais frequentes) - com perda de consciência
- Ausência (crianças) - com perda de consciência
- Atónicas
- Mioclónicas

• **Estado de mal epiléptico:** Crises epilépticas contínuas OU crises distintas repetitivas com perda de consciência no período pós-ictal. Pode ser convulsivo (EMECCG) ou não-convulsivo. Duas definições possíveis:

- Actividade epiléptica durante mais de 15-30 minutos - definição “clássica”
- Duração que leva à necessidade de terapêutica aguda (EMECCG \approx 5 min) - definição “clínica”
- Emergência médica (lesão neuronal irreversível) = terapêutica médica imediata

• Etiologia

Com história prévia de convulsões: níveis subterapêuticos de anticonvulsivante, interações medicamentosas, stress, privação de sono, etc. Episódio inaugural:

- Doença do SNC: AVC, neoplasia, trauma, hipóxia, MAV
- Infecção: meningite, encefalite, abscesso cerebral, etc.
- Causas Metabólicas: Alts. glicémia, desequilíbrio iónico (Na^+ , Ca^{2+}), encefalopatia hepática
- Toxicidade: Etanol (abuso ou privação), cocaína, fármacos (isoniazida, teofilina)

Anamnese é fundamental; exame objectivo e MCDTs frequentemente normais

| Em <u>todos</u> os casos | Se crise recorrente ou suspeita de doença sistémica | Situações pontuais |
|--|--|--|
| Glicémia | Hemograma | ECG com tira de ritmo |
| Oximetria de pulso/ GSA | Bioquímica com ionograma, função renal, enzimas de lise celular | Monitorização ECG se alterações da condução ou evidência de disritmia |
| Doseamento de anti-epilépticos (se medicado com estes fármacos) | Corpos cetónicos na urina | Doseamento de medicamentos/drogas potencialmente tóxicas |
| | TC-CE se não houver diagnóstico prévio | |
| | PL se suspeita de infecção | |
| | EEG se não recupera a consciência entre crises | |
| | RX Tórax se suspeita de infecção respiratória e/ou aspiração | |

• Terapêutica

| | |
|--|--|
| Airway <ul style="list-style-type: none"> • Permeabilizar via aérea • Alinhar cabeça/pescoço (drenagem de secreções) • Proteger cabeça (mordedura de língua) • Colocar via oro ou nasofaríngea • Considerar indicações para entubação traqueal em caso de crise prolongada | Hipoglicémia: corrigir de imediato <ul style="list-style-type: none"> • Glicose 50% 50mL • Tiamina 100mg ev (alcooolismo, des-nutrição) Intoxicação isoniazida: Piridoxina 50-200mg ev Eclâmpsia e porfíria: MgSO ₄ 4-6mg ev 15min |
| <u>Breathing</u> <ul style="list-style-type: none"> • O₂ suplementar por MAD (12-15L/min) | Monitorizar: <ul style="list-style-type: none"> • Oximetria pulso • PA • ECG (contínuo) • Glicémia • GSA • Temperatura corporal |
| <u>Circulation</u> <ul style="list-style-type: none"> • Garantir dois acessos vasculares | |

• Interromper convulsão

| | |
|--|---|
| Fase inicial (0 - 10/30 min) | <u>1ª linha: EV</u> <ul style="list-style-type: none"> • Lorazepam 0.1mg/Kg (2mg/min) • Diazepam 0.15mg/kg (5-10mg/min) • (+ fenitoína 18mg/kg - sempre noutra acesso) Prática: 1 ampola 2mL em 8cc SF = 10mg DZP/10cc = 1mg/mL <ul style="list-style-type: none"> • Doente sem acessos: • Diazepam 0.5mg/kg rectal • Midazolam mg/kg nasal ou 10mg mucosa oral |
| Estado de mal (10/30 - 60 min) | <u>2ª linha:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Fenitoína 15-30mg ev a 50mg/min → 300-400mg/dia • Máx. 1000mg, nunca em soro dextrosado • Prática: 4 ampolas em 100cc SF a correr > 30min. <ul style="list-style-type: none"> • Valproato 15mg/kg ev em 15min → 15-25mg/kg/dia • Hepatotóxico (contraindicado na insuf. hepática) • Levetiracetam bólus 500-2000mg em 30-60min → 1000-1500mg bid • Fenobarbital 20-30mg/kg ev em 10 min. |

| | |
|---|---|
| Estado de mal refractário (>60 min) | <u>Transferência para UCI</u> EOT + monitorização <u>3ª linha (anestésica):</u> Tiopental Propofol Midazolam |
|---|---|