

2. REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Coma é o estado de falta de responsividade total ou quase total, no qual não é possível induzir uma ação do paciente dotada de propósito.

Estupor é um estado de redução da vigília no qual é possível obter uma resposta do paciente aos estímulos vigorosos.

Letargia é um estado no qual a vigília está diminuída mas é mantida apenas com estimulação leve.

Pode ser dividido em dois grupos de acordo com a causa:

- a) Disfunção difusa do SNC por causas tóxicas ou metabólicas.
- b) Estrutural: pode ser dividida em hemisférica e supratentorial.

b. QUADRO CLÍNICO

A história é muito importante para estabelecer o diagnóstico.

A causa pode ser evidente nos casos de TCE – Traumatismo crânio encefálico, parada cardíaca ou intoxicação exógena conhecida.

As características clínicas devem ser avaliadas:

circunstâncias e progressão dos sintomas neurológicos;

sintomas que antecederam o quadro (confusão, fraqueza muscular, cefaléia, febre, convulsões, zumbido, diplopia ou vômitos);

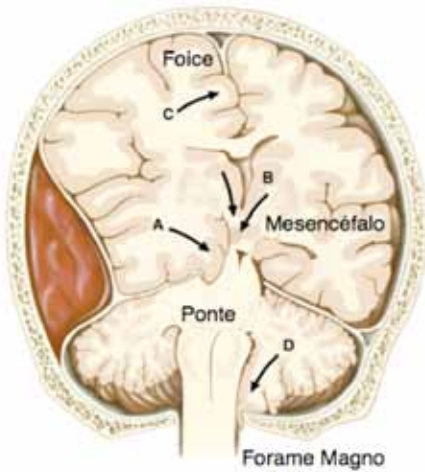
uso de medicações, drogas ilícitas ou álcool;

doenças prévias como insuficiência hepática ou renal, cardiopatia ou doença pulmonar.

Coma de início súbito sugere hemorragia cerebral e desenvolvimento progressivo sugere causa metabólica ou tumor.

Em causas tóxicas, geralmente ocorre a ausência de achados focais, as pupilas são pequenas e reativas a luz.

Coma resultante de lesões hemisféricas apresenta-se geralmente com hemiparesia progressiva e assimetria de reflexos. Ocorre desvio conjugado do olhar para o lado da lesão. Coma resultante de causas infratentoriais é súbito, associado a postura de descerebração e perda de reflexos pupilares.



Tipos de herniação do SNC.

A herniação do *uncus* (A) ocorre no mesencéfalo, resultando em midríase ipsilateral (comprometendo o III par craniano) e hemiparesia com Babinski no lado oposto. A *herniação central transtentorial* (B) resulta, inicialmente, em pupilas mióticas e letargia (por comprometimento do mesencéfalo superior) e pode progredir para a postura de descerebração e parada respiratória (comprometimento de ponte e medular). A herniação hemisférica através da *foíce* (C) pode resultar em comprometimento motor contra lateral associado ao desvio conjugado do olhar para o lado da lesão. A herniação das amígdalas através do *forame magno* (D) resulta em parada respiratória por compressão medular.

c. CONDUTA

Avaliar o nível de consciência.

Realizar exame neurológico e procurar por sinais de localização.

Desobstruir vias aéreas: se o paciente apresentar respiração espontânea utilizar manobra manual de abertura observando cuidados com a coluna cervical caso indicado (possibilidade de trauma).

Manter a permeabilização da via aérea com cânula orofaríngea.

Avaliar a respiração.

Administrar oxigênio 10 a 15 litros por minuto através de máscara com reservatório em pacientes apresentando respiração adequada.

Assistir caso necessário a ventilação com bolsa e máscara, utilizando oxigênio suplementar.

Avaliar a circulação.

Estabilizar a coluna vertebral, em caso de trauma.

Inserir cateter em veia periférica calibrosa em extremidade superior.

Verificar sinais vitais, inclusive temperatura corporal.

Iniciar infusão de solução cristalóide para manter veia (7 gotas por minuto).

Evitar soluções glicosadas ou hipotônicas exceto se indicado pelos exames de laboratório.

Determinar a glicemia capilar, gasometria arterial, dosagem de uréia, creatinina e eletrólitos.

Administrar glicose caso a glicemia capilar se encontre abaixo de 60 mg% ou na impossibilidade de se dosar a glicemia capilar, administrar 50 ml de solução glicosada a 50%, com 25 g de tiamina antes da glicose.

Intubar o paciente caso o mesmo esteja incapaz de proteger sua via aérea e adaptar paciente ao ventilador mecânico (Glasgow \leq 8).

Monitorizar com oxímetro de pulso, cardioscópio e pressão arterial não invasiva.

Manter a saturação da hemoglobina em níveis superiores a 92% ou a PaO₂ acima de 80 mmHg se possível.

Corrigir hipotensão arterial caso necessário utilizando o protocolo de atendimento ao choque.

Iniciar antibióticos IV caso haja suspeita de septicemia.

Tratar de forma conservadora a hipertensão arterial, mantendo a PAM entre 100 a 110 mmHg caso sejam empregados medicamentos com ação hipotensora, devido ao risco de isquemia cerebral.

Administrar antagonista caso indicado (suspeita de intoxicação por opiáceo ou por benzodiazepínico) conforme Tabela de medicamentos.

Aquecer passivamente pacientes hipotérmicos com cobertores.

Resfriar pacientes apresentando hipertermia.

Efetuar cateterismo vesical de vítimas inconscientes.

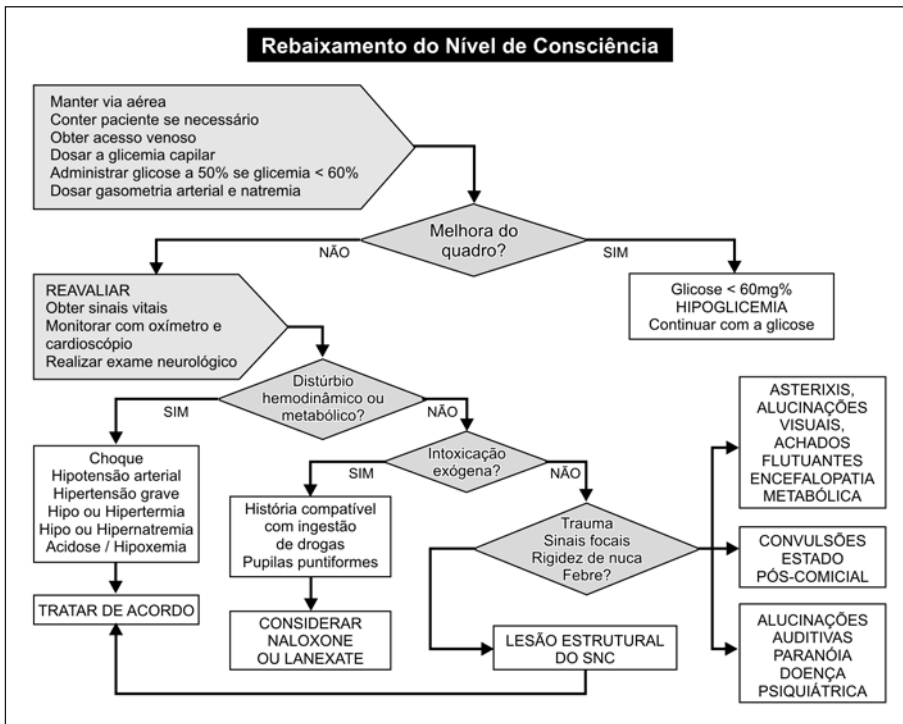
Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI – Pressão não invasiva – continuamente monitorizados.

Transferir o paciente para unidade hospitalar.

Medicamentos antagonistas de opiáceos e benzodiazepínicos

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	DOSE PRECONIZADA	COMENTÁRIOS
NALOXONA 1 ml = 0,4 mg	Intoxicação por opiáceo	0,4 mg a cada 2 minutos até 2 mg	Pode ser necessária a infusão contínua para manter o estado de alerta, pois a duração da ação é menor que a dos opiáceos.
FLUMAZENIL 5 ml = 0,5 mg	Intoxicações por benzodiazepínicos	0,2 mg IV em 30 segundos, seguido por 0,3 mg após um minuto e por 0,5 mg a cada minuto até dose total de 3 mg	Cuidado com transportes prolongados, pois o medicamento tem uma duração inferior à dos benzodiazepínicos.

d. ALGORITMO DE REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA



Algoritmo de atendimento a pacientes com rebaixamento do nível de consciência.