Revisão de Temas

PO - (UM17-1267) - ALGORITMO DE ABORDAGEM DA DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR AGUDA NÃO TRAUMÁTICA NO ADULTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Débora Franco[2]; Helena Conceição[1]; Diogo Romeira[2]; Tânia Teixeira[2]; Marina Gouveia[1]

1 - Centro de Saúde do Caniço, SESARAM E.P.E.; 2 - Centro de Saúde de Machico, SESARAM E.P.E.

Introdução: A fraqueza/diminuição da força muscular aguda (DFMA) é uma queixa inespecífica comum no Serviço de Urgência (SU), que engloba um amplo diagnóstico diferencial. As causas incluem doenças neurológicas e uma variedade de condições não neurológicas. O diagnóstico de doenças neurológicas com potencial risco de vida e de processos neuromusculares, requer uma abordagem anatómica sistemática, baseada na anamnese e exame físico minuciosos, e em alguns casos, exames complementares de diagnóstico (ECD).

Objetivo: Realizar um algoritmo de abordagem da DFMA no adulto no SU primário e hospitalar.

Métodos: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica na base de dados *medline* e *uptodate*.

Resultados: Desenvolveu-se um algoritmo de abordagem no SU da DFMA de causa não traumática no adulto. Inicialmente avaliar se risco para a vida do doente (ausência de patência da via aérea ou instabilidade hemodinâmica). Se ausência de risco objetivar se verdadeira fraqueza muscular, se sim avaliar a sua distribuição (bilateral/unilateral). De seguida avaliar a presença de sinais associados a envolvimento do Sistema Nervoso Central. No caso de ser DFMA unilateral investigar se afasia, *neglect*, agnosia ou apraxia, hemiparesia, "mão pendente" ou défice dos nervos cranianos (NC), caso estejam ausentes, estudar possível doença de nervo periférico. Nas situações de DFMA bilateral avaliar se existe diminuição do estado mental. Se diminuído, possível atingimento cerebral maciço. Se ausente, avaliar sinais de atingimento de neurónio motor superior (NMS) (presença de espasticidade, hiper-reflexia, sinal de Babinski positivo) e défice dos NC que resultam de lesão do tronco cerebral. Mediante a presença de sinais de atingimento NMS, défice NC e tetraparesia, com/sem incontinência de esfíncteres (IE) - possível mielopatia cervical. Mediante a presença de sinais de atingimento NMS, alterações sensoriais e paraparésia, com/sem IE - possível mielopatia dorsal ou lombar. Se presença de sinais de atingimento de neurónio motor inferior (hipotonia e hiporreflexia) e alterações motoras e sensitivas predominantemente dos MI - possível polineuropatia aguda. Alguns ECD podem ser úteis, como a tomografia computorizada cerebral, ressonância magnética cerebral ou medular, análise do líquido cefalorraquidiano e testes de função pulmonar.

Conclusão: Na abordagem no SU da DFMA não traumática é fundamental a anamnese e exame físico e por vezes ECD, pois são vários os diagnósticos diferenciais.