



Avaliação do nível de consciência

curso • **Semiologia neurológica**

• CASO CLÍNICO

Paciente 64 anos, sexo feminino, comparece a consulta de urgência em hospital de referência trazida por familiares. Sua filha relata que ela está muito sonolenta e está com medo que possa ter tido um AVE (acidente vascular encefálico). A paciente é independente para atividades diárias, mora sozinha no mesmo terreno da filha e estava assintomática há um dia. Hoje pela manhã ela não respondeu ao chamado da filha, que foi a sua casa e notou a mãe ainda dormindo. Tentou acordá-la com dificuldades, informa que ela reagiu após estímulos sucessivos, ficou alerta, se moveu e conversou com os familiares, mas logo voltou a dormir e se tornou ainda mais difícil acordá-la. Portadora de hipertensão arterial, diabetes, depressão e ansiedade. Ao exame apresenta-se torporosa, PA: 116 x 68 mmHg, FC 65 bpm, FR 14 irpm. Sem alterações nos sistemas cardiovascular e respiratório. Abdome livre. Exame neurológico: ECG 9 (AO: 2 / RV: 2 / RM: 5), reflexos reduzidos, pupilas midriáticas.

Quais perguntas fundamentais faltaram na anamnese desse caso? Você acha que um acidente vascular encefálico é a principal hipótese diagnóstica? Que outras condições devem ser investigadas?

• INTRODUÇÃO

Consciência é a capacidade do organismo em perceber e reagir a estímulos externos e a si mesmo. Existem dois componentes básicos da consciência: o nível, tema de estudo deste resumo, é controlado pelo sistema reticular ativador ascendente e corresponde ao grau de alerta do paciente; e o conteúdo, relacionado às funções cognitivas e afetivas, controladas pelo córtex cerebral. A redução do nível de consciência é relativamente comum na prática clínica, podendo ser causada por lesões estruturais do Sistema Nervoso Central (geralmente envolvendo ambos os hemisférios cerebrais ou o tronco encefálico) ou distúrbios tóxico-metabólicos, sendo muitas vezes o primeiro sinal de várias patologias. Podem ser utilizadas as seguintes designações para graduação da consciência (acostume-se a ver pequenas variações nestas definições de acordo com a referência bibliográfica que estiver lendo):



- 1) **Alerta ou vigil:** paciente com olhos abertos, movimentação e fala espontânea, respondem imediatamente a estímulos.
- 2) **Estado confusional agudo (delirium):** perturbação do ciclo sono-vigília, com períodos de acentuada agitação noturna, alterações de memória, desorientação temporo-espacial e confusão mental.
- 3) **Sonolência ou letargia:** corresponde a um paciente com redução da consciência, mas que a retoma totalmente (com resposta verbal, motora e ocular) se estimulado, retomando ao sono após o fim do estímulo.
- 4) **Obnubilação:** o paciente responde a estímulos, porém parece confuso.
- 5) **Torpor:** é um nível mais avançado da sonolência, no qual o paciente só desperta com estímulos fortes (geralmente dolorosos), com resposta parcial.
- 6) **Coma discreto:** paciente capaz de localizar dor, sem resposta ocular ou verbal a estímulos.
- 7) **Coma profundo:** não tem nenhuma reação a estímulos dolorosos. Mantém reflexos e pode apresentar postura de decorticação ou descerebração.

• SEMIOTÉCNICA

A avaliação do nível de consciência é parte do exame neurológico e deve ser realizada e interpretada em conjunto com outros dados desse exame. Vale lembrar que em um paciente com rebaixamento do nível de consciência a prioridade inicial no atendimento é sua estabilização clínica, sendo necessário um exame rápido e objetivo, que pode ser mais detalhado posteriormente.

1) **Anamnese:** Uma anamnese bem feita é fundamental para indicar a causa de alterações de consciência e guiar a conduta. Entretanto, essa avaliação costuma ser dificultada em pacientes poucos responsivos pois depende das respostas de familiares e acompanhantes, que nem sempre é fidedigna. Perguntas



fundamentais incluem a hora/dia de início do sintoma, se foi insidiosa ou abrupta, se está constante ou em piora, se o paciente fez uso de alguma medicação ou drogas, se houve trauma cranioencefálico e se há outros sintomas associados (convulsões, sintomas neurológicos focais, cefaleia, vômitos, etc).

2) Dados vitais: o rebaixamento da consciência é um estado de urgência clínica e deve ser prontamente investigado. Esses pacientes devem ter glicemia capilar aferida à admissão e ser monitorizados quanto à saturação, temperatura, pressão não invasiva e monitorização cardíaca. Esses dados podem tanto evidenciar possíveis causas para as alterações apresentadas quanto avaliar a gravidade do quadro.

3) Exame neurológico: além da avaliação do nível de consciência, no exame neurológico básico são necessárias avaliação da respiração (frequência e ritmo), das pupilas (tamanho, simetria e reflexo fotomotor), dos movimentos oculares e da motricidade (tônus muscular, movimentos voluntários, reflexos). Avaliações mais complexas como a análise dos pares cranianos podem ser realizadas de acordo à clínica.

4) Avaliação subjetiva do nível de consciência: descrições gerais como “sonolento”, “obnubilado” e “arresposivo” podem gerar confusão entre examinadores e são pouco úteis para seguimento. Por isso o ideal é que seja feita uma descrição detalhada de como o paciente se encontra em repouso, a quais estímulos ele reage e como é essa reação. O mnemônico AVDI nos indica uma forma rápida de fazer essa avaliação:

- A: alerta
- V: reage à voz
- D: reage à dor
- I: inconsciente

5) Escalas de avaliação do nível de consciência: foram criadas para padronizar essa avaliação e facilitar a comunicação entre diferentes examinadores. São



muito úteis na prática, porém não devem ser o único meio utilizado para avaliação do nível de consciência.

- **Escala de coma de Glasgow (ECG):** criada para atendimentos de trauma, se tornou tão popular que teve seu uso estendido e atualmente é aplicada em diversas áreas clínicas para avaliação da consciência. É a mais utilizada na prática, tem boa correlação prognóstica e é útil para acompanhamento. Consiste em uma análise de três fatores: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora, com atribuição de uma pontuação para cada uma. O valor mínimo encontrado são de 3 pontos, em pacientes em coma profundo, e o máximo de 15, em pacientes alertas. Para teste de dor, atualmente, recomenda-se realização de compressões por 10 segundos no leito ungueal com uma caneta para resposta ocular e no trapézio ou na incisura supraorbitária para resposta motora, desencorajando a fricção do esterno pela confusão que esse estímulo gerava com sensação de dor torácica. Caso uma das respostas não possa ser testada não são dados pontos para a categoria. Uma pontuação menor ou igual a 8 nessa escala é indicativa de lesão cerebral grave. Tem como limitações a impossibilidade de se analisar pacientes intubados e a não inclusão de parâmetros para avaliação do tronco cerebral, daí a necessidade de se descrever separadamente o padrão respiratórios, os movimentos oculares e os reflexos pupilares.

Abertura ocular (AO)	Melhor resposta verbal (RV)	Melhor resposta motora (RM)
Espontânea = 4	Fala orientada = 5	Obedece a comandos = 6
Ao comando verbal = 3	Fala frases ou fala confusa = 4	Localiza dor = 5
À dor/pressão = 2	Fala palavras inapropriadas/inteligíveis = 3	Foge da dor = 4
Não abre = 1	Emite sons incompreensíveis = 2	Flexão patológica (decorticação) = 3
Não testado = NT	Não fala = 1	Extensão patológica



	Não testado = NT	(descerebração) = 2 Imóvel = 1 Não testado = NT
--	------------------	---

- **Escala de RASS (Richmond Analgesia and Sedation Scale) e Escala Ramsay:** muito utilizadas em unidades de terapia intensiva para a avaliação de pacientes sedados. Bastante utilizada para evitar a sedação excessiva em pacientes intubados;

- **Escala FOUR (Full Outline of UnResponsiveness):** uma escala mais recente que vem ganhando espaço na prática clínica, sobretudo na avaliação de pacientes intubados, nos quais a avaliação da resposta verbal não é possível, prejudicando a pontuação na ECG. Essa escala analisa mais detalhes neurológicos (incluindo o tronco cerebral) e é capaz de identificar condições como síndrome do encarceramento, estado vegetativo e diferentes graus de herniação cerebral. Sua pontuação total vai de 0 a 16 e tem boa relação prognóstica e de seguimento.

Resposta ocular	Pálpebras abertas espontaneamente ou pelo examinador, segue o objeto ou pisca os olhos a pedido = 4
	Pálpebras abertas, mas não segue objeto com o olhar = 3
	Pálpebras fechadas, mas abre com estímulo de voz alta = 2
	Pálpebras fechadas, mas abre com estímulo doloroso = 1
	Pálpebras permanecem fechadas mesmo após estímulo doloroso = 0



Resposta motora	Levanta os polegares ou os punhos ou faz sinal de paz = 4
	Localiza dor = 3
	Flexão em resposta à dor = 2
	Extensão em resposta à dor = 1
	Sem resposta à dor ou estado de mioclonia generalizada = 0
Reflexos do tronco cerebral	Reflexos pupilar e córneo presentes = 4
	Uma pupila dilatada e fixa = 3
	Reflexos pupilar ou córneo ausente = 2
	Reflexos pupilar e córneo ausentes = 1
	Reflexos pupilar, córneo e de tosse ausentes = 0
Respiração	Respiração regular, não intubado = 4
	Respiração de Cheyne-Stokes, não intubado = 3
	Respiração irregular, não intubado = 2
	Respiração em ventilação mecânica acima da taxa de ventilação = 1
	Respiração na taxa de ventilação ou apneia = 0



• ACHADOS E CORRELAÇÕES CLÍNICAS

A redução de nível de consciência não é uma doença em si, mas uma síndrome que pode ser causada por doenças neurológicas agudas ou por condições sistêmicas que afetam o sistema nervoso central (toxinas, alterações metabólicas ou cardiovasculares). É sempre um indicativo de gravidade, deve ser tratada como uma urgência para identificação e tratamento imediatos de suas causas e correção de complicações.

1) Perda transitória da consciência (desmaio): esses pacientes geralmente chegam alertas ou com discreta redução da consciência ao departamento de emergência, relatando um episódio prévio de perda da consciência, geralmente com quedas, hipotonia muscular e perda transitória de memória. Tem diversas causas, sendo as mais comuns a síncope vasovagal, crises epiléticas e doenças cardiovasculares.

2) Redução mantida do nível de consciência: podem ser causadas por lesões estruturais no sistema nervoso central (acidente vascular encefálico, lesões expansivas intracranianas, traumatismo craniano, infecções, doenças desmielinizantes, herniações) ou disfunções tóxico-metabólicas (hipo/hiperglicemia, drogas, toxinas, síndrome urêmica, insuficiência hepática, infecções, hipotermia, distúrbios eletrolíticos).

3) Morte encefálica: estado de coma irreversível, marcado por coma profundo, apneia, pupilas não reativas à luz com midríase bilateral, hipotensão arterial e ausência dos reflexos oculoencefálico e oculoestibular. Para seu diagnóstico também é necessário evidenciar ausência de atividade elétrica cerebral ao eletroencefalograma e os sintomas devem ter mais de 24 horas de duração, não podendo ser atribuído a causas tóxico-metabólicas reversíveis.

4) Estado de *locked in* ou síndrome do cativado: algumas lesões pontinas podem levar a uma síndrome de deafferentação, na qual o paciente evolui com tetraplegia e anartria, apesar de função perfeita do córtex cerebral. Se aplicada a Escala de Coma de Glasgow em um desses pacientes sua pontuação máxima seria de 6 pontos, porém eles permanecem com uma consciência preservada. A



comunicação com esses pacientes é possível solicitando que eles pisquem ou movam os olhos.

• DESFECHO DO CASO CLÍNICO

Há duas perguntas que não podem faltar em um paciente que se apresenta subitamente com redução do nível de consciência: se houve uso de drogas ou medicamentos e se houve trauma. Apesar de ser uma hipótese importante e que deve ser investigada, sobretudo pela idade e fatores de risco da paciente, o AVE é menos provável nesse caso devido ao relato de melhora completa dos sintomas após estímulos. No AVE geralmente há algum sintoma neurológico focal que se apresenta de forma persistente, sendo a melhora (se presente) gradual ao longo de dias ou semanas. Nesse caso específico, outros diagnósticos possíveis seriam: hipoglicemia, intoxicação medicamentosa, sepse, meningite e trauma cranioencefálico.

Quando questionada, a filha informou que a paciente faz uso contínuo de Metformina, Enalapril, Espironolactona, Fluoxetina e Diazepam. A médica plantonista suspeitou de intoxicação por benzodiazepínicos, que foi confirmada por familiares que relataram cartelas de Diazepam vazias na casa. A paciente recebeu tratamento de suporte e evoluiu com recuperação completa.

