

Emergências Neurológicas - Estado Confusional Agudo

Área: Unidade de Emergência / **Subárea:** Neurologia

Objetivos:

Descrever brevemente as características clínicas do Estado Confusional Agudo bem como as medidas de manejo para os pacientes com esta condição.

Data da última alteração: terça, 06 de dezembro de 2022

Data de validade da versão: sexta, 06 de dezembro de 2024

Autores e Afiliação:

1- Dr. Guilherme Riccioppo Rodrigues, Setor de Doenças Neurovasculares e Emergências Neurológicas, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento;
2- Prof. Dr. Octávio Marques Pontes-Neto, Setor de Doenças Neurovasculares e Emergências Neurológicas, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento.

Definição / Quadro Clínico:

É um declínio cognitivo agudo que ocorre em resposta a um insulto cerebral, geralmente reversível e inversamente proporcional à reserva cognitiva do paciente. Acomete cerca de 50% dos idosos em ambiente hospitalar e caracteriza-se por déficit cognitivo (predominantemente atencional) flutuante e pela inversão do ciclo sono-vigília, que não são melhor explicados por outra condição neurológica ou psiquiátrica. São elementos importantes na história clínica a constatação da alteração do estado mental recente, a introdução de novas medicações, a presença de anormalidades clínicas, mesmo que sutis, como febre, dor, sinais de desidratação, retenção urinária, constipação intestinal, privação sensorial nova e sinais neurológicos focais.

Diagnóstico:

O diagnóstico do Estado Confusional Agudo é clínico. O instrumento de referência para este diagnóstico é o DSM-5, cujos critérios são:

- A. Um distúrbio na atenção (ou seja, capacidade reduzida de dirigir, focalizar, manter e mudar a atenção) e consciência (orientação reduzida para o ambiente);
- B. O distúrbio desenvolve-se durante um curto período de tempo (geralmente de horas a alguns dias), representando uma mudança em relação à atenção e consciência iniciais, e tende a flutuar em gravidade durante o curso de um dia;
- C. Há um distúrbio adicional na cognição (por exemplo, déficit de memória, desorientação, linguagem, capacidade visoespacial ou percepção);
- D. Os distúrbios nos Critérios A e C não são melhor explicados por outro distúrbio neurocognitivo preexistente, estabelecido ou em evolução;
- E. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que o distúrbio é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância (isto é, devido a uma droga de abuso ou a um medicamento) ou exposição a uma toxina, ou é devido a múltiplas etiologias.

Exames Complementares:

A avaliação laboratorial deve ser baseada em pistas obtidas pela história clínica e exame físico. Em geral recomenda-se fazer um hemograma completo, urina rotina com urocultura e antibiograma, eletrólitos, glicemia, função renal, enzimas hepáticas, amonemia e função tireoidiana. Adicionalmente pode estar indicado um eletrocardiograma, RX de tórax, punção lombar, eletroencefalograma e tomografia de crâneo.

Tratamento:

O manejo do Estado Confusional Agudo frequentemente deve ser multifacetado, incluindo:

A- Aborde as etiologias identificadas na investigação: reverta os distúrbios metabólicos, trate as infecções e suspenda as medicações inadequadas;

B- Evite perpetuadores como a desidratação, hipóxia, dor e a privação sensorial (o paciente precisa ter acesso aos seus óculos e aparelhos auditivos);

C- Evite o uso de restrições físicas, estimule a saída do leito, a deambulação e a alta precoce;

D- Normalize o ciclo sono-vigília, desencorajando cochilos durante o dia e facilitando a exposição à luz solar durante a manhã. Adicionalmente, o quarto do paciente durante a noite deverá ser escuro e silencioso;

E- Para os pacientes muito agitados ou delirantes, prefira o uso de antipsicóticos aos benzodiazepínicos. Comece com doses baixas e titule até atingir o efeito adequado;

F- Explique a situação e envolva a família neste manejo.

Obs1: O uso de benzodiazepínicos é preferível aos antipsicóticos apenas nos casos de Síndrome de Abstinência Alcoólica;

Obs2: Nos pacientes parkinsonianos, de preferência a antipsicóticos com menor afinidade por receptores D2, como a quetiapina.

Referências Bibliográficas do Complexo HCFMRP-USP:

-American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

-Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet 2014; 383: 911-22

-Setters B, Solberg LM. Delirium. Prim Care Clin Office Pract 2017; 44: 541-559

CIDs:

F05.0-Delirium não superposto a uma demência, assim descrito

F05.1-Delirium superposto a uma demência

F05.8-Outro delirium

F05.9-Delirium não especificado

F10.4-Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de abstinência com d