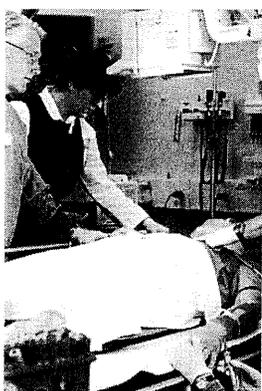


Avaliação do Doente com Alteração do Estado de Consciência – Escala de Glasgow

Rui Carlos Negrão Baptista *



A avaliação do doente com alterações do estado de consciência é um dos parâmetros da avaliação neurológica e constitui para a enfermagem um ponto de partida para um adequado diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação.

Na maior parte das situações a alteração do nível de consciência, muitas vezes subtil, é um dos primeiros sinais que o doente apresenta, antes de se notarem outras alterações na avaliação neurológica.

Avaliação do estado de consciência

A avaliação do nível de consciência é o aspecto mais importante da avaliação neurológica, da qual também faz parte a avaliação dos movimentos, dos sinais pupilares e oculares, dos padrões respiratórios e dos sinais vitais.

O nível de consciência pode apresentar-se sob um estado de consciência total, de alerta e cooperação, ou numa ausência total de reacção a qualquer forma de estímulo externo.

De acordo com THELAN, DAVIE e URDEN (1993), existem duas componentes fundamentais da consciência:

- *Estado de Vigília* – corresponde ao nível mais elementar da consciência, onde o doente reage de maneira apropriada a estímulos verbais ou dolorosos.
- *Conhecimento da Consciência* – diz respeito à avaliação da orientação do doente em relação a si próprio, ao tempo e ao espaço que o rodeia. Nesta avaliação do conhecimento da consciência e através das respostas do doente são determinados os graus crescentes de confusão e desorientação.

O nível de consciência pode ser alterado por diversos factores: pela hipertermia, pela dor e por distúrbios de outros sistemas orgânicos, como sejam o coma diabético e a insuficiência hepática ou hemorrágica.

* Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Assistente da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

Apesar das dificuldades e de acordo com SCHENK (1995), na descrição do nível de consciência, existem designações, embora vagas, que são usadas para descrever os tipos de alterações da consciência:

Vigil → doente responsivo ao mínimo estímulo externo

Confuso → doente agitado, com alucinações e movimentos descoordenados mas apresenta períodos curtos de atenção. Conhecimento deficiente com desorientação.

Obnubilado → doente sonolento mas de fácil despertar. Resposta verbal correcta quando acordado. Defende-se perante estímulos dolorosos.

Estuporoso → doente apático, com movimentos lentos e olhar fixo. Ausência de resposta verbal mas desperta perante estímulos vigorosos.

Coma ligeiro → desorientado no tempo e no espaço, responde com esgar ou afastando o membro do estímulo doloroso.

Coma profundo → não existe qualquer resposta mesmo perante uma estimulação vigorosa.

Escala de Glasgow

Pela dificuldade na interpretação uniforme do nível de consciência do doente e de forma a objectivar a avaliação do estado de consciência, surgiram algumas escalas, sendo a mais utilizada a Escala de Coma de Glasgow (ECG). Esta escala baseia-se na observação de três parâmetros (abertura dos olhos, a melhor resposta motora e a melhor resposta verbal) e implica a aplicação de estímulos padronizados por forma a avaliação ser uniforme e independente do avaliador.

Em cada parâmetro, a melhor resposta corresponde a uma pontuação e pelo somatório obtém-se um valor que caracteriza o estado de consciência do doente. O score máximo (15) corresponde a uma pessoa desperta e totalmente alerta e o score mínimo (3) a um doente num coma profundo, completamente não responsivo. Um score igual ou inferior a 8 está associado ao coma com prognóstico reservado (HUDAK & GALLO, 1997).

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Parâmetros	Respostas	Score
Abertura dos olhos	- Espontânea	→ 4
	- Ao estímulo verbal	→ 3
	- Ao estímulo doloroso	→ 2
	- Ausência de resposta	→ 1
Melhor resposta verbal	- Orientada	→ 5
	- Conversação confusa	→ 4
	- Palavras inapropriadas	→ 3
	- Sons incompreensíveis	→ 2
	- Ausência de resposta	→ 1
Melhor resposta motora	- Obedece a ordens	→ 6
	- Localiza estímulos	→ 5
	- Movimento de retirada	→ 4
	- Flexão anormal	→ 3
	- Extensão anormal	→ 2
	- Ausência de resposta	→ 1

Adaptado de: HUDAK & GALLO (1997).

Operacionalização da Escala de Glasgow

Quando o enfermeiro necessita de aplicar estímulos dolorosos para obter uma resposta, deve prestar atenção ao local onde aplica esse estímulo, devido às lesões que pode provocar. Assim, deve-se evitar beliscar a aréola mamilar ou a área genital, pressionar a crista supra-orbital (se traumatismo craneano ou craniotomias frontais) e friccionar intensamente o esterno (pela grande pressão exercida com o risco de lesões – escoriações). Os locais de eleição são: o leito ungueal (a pressão aplicada em cada extremidade avalia a função de cada membro), o músculo trapézio (a sua estimulação permite observar uma resposta de todo o corpo) e as faces internas dos membros (apesar de poder provocar hematomas é o local mais adequado para provocar uma resposta dolorosa) (THELAN, DAVIE e URDEN, 1993).

Abertura dos olhos

Espontânea (4) – abertura espontânea dos olhos sem estimulação

Ao estímulo verbal (3) – abertura dos olhos após estimulação verbal, não necessariamente a pedido.

Ter atenção a doentes com acuidade auditiva diminuída.

Ao estímulo doloroso (2) – abertura dos olhos após estimulação dolorosa. Deve-se evitar esta estimulação na face pela possibilidade de provocar o encerramento das pálpebras. Se estimulados os membros inferiores ter atenção à abolição ou diminuição das capacidades sensitivas.

Ausência de resposta (1) – o doente não abre os olhos seja qual for a estimulação. Atenção a edemas, a hematomas ou lacerações peri-orbitárias que impossibilitem a abertura dos olhos (deve-se registar ex: EG = 11E).

Melhor resposta verbal

Orientada (5) – o doente sabe qual a razão da sua hospitalização, sabe quem é e está orientado no tempo e no espaço.

Conversação confusa (4) – uso correcto da linguagem mas não responde correctamente às questões. Atenção ao tipo de questões que são colocadas, deve-se ter em consideração o nível sócio-cultural do doente.

Palavras inapropriadas (3) – discurso desorganizado com impossibilidade de manter uma conversa, embora sejam usadas palavras inteligíveis.

Sons incompreensíveis (2) – alguma vocalização incompreensível sob a forma de gemidos e lamentos.

Ausência de resposta (1) – ausência de verbalização sob qualquer estímulo. Ter atenção à presença de tubo endotraqueal, traqueostomia ou traumatismo que impossibilitem a resposta verbal (deve-se registar ex: EG = 10T).

Melhor resposta motora

Obedece a ordens (6) – o doente obedece a ordens simples e é capaz de repetir um gesto. Para avaliar a capacidade do doente responder às ordens é necessário reduzir os estímulos ou distrações circundantes e manter a ordem simples e directa (ex: “Deite a língua de fora” ou “Levante o braço”).

Deve-se evitar ordens cuja resposta seja um acto reflexo como: “Aperte a minha mão”. Em níveis inferiores de consciência pode estar presente o acto reflexo de preensão quando a mão do enfermeiro é colocada na mão do doente.

Localiza estímulos (5) – tentativa de localizar e remover o estímulo doloroso. Estes estímulos devem ser aplicados em locais diferentes afim do doente localizar os diferentes sítios. Para avaliar a resposta motora deve-se utilizar, preferencialmente, os membros superiores pela maior uniformidade de respostas. Se as respostas obtidas forem diferentes, deve-se registar a resposta do braço que expandir melhor.

Movimento de retirada (4) – após estimulação existe uma rápida retirada do membro, com flexão do cotovelo e abdução do ombro.

Flexão anormal (3) – o doente assume, espontaneamente ou após estimulação, uma postura de descorticação – flexão completa dos membros superiores sobre o tórax, flexão dos punhos e dedos da mão e adução do ombro. Os membros inferiores em extensão, rotação interna e flexão plantar (ver fig. 1).

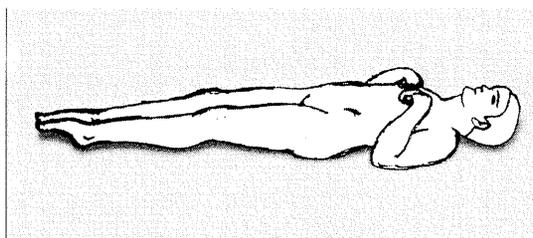


Fig. 1 – Postura de descorticação.

Extensão anormal (2) – o doente assume, espontaneamente ou após estimulação, uma postura de descerebração – extensão rígida dos membros superiores e inferiores com adução e rotação interna do ombro, hiperpronação do antebraço e flexão plantar (ver fig. 2).

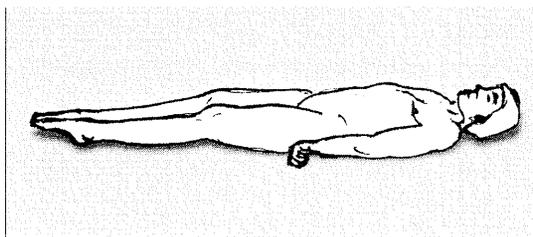


Fig. 2 – Postura de descerebração.

Ausência de resposta (1) – o doente não reage após qualquer estímulo – flacidez. Ter atenção a prováveis lesões medulares como hemiplegias ou tetraplegias.

Na opinião de THELAN, DAVIE e URDEN (1993), a escala de coma de Glasgow é um importante instrumento de avaliação do nível de consciência, no entanto não deve ser considerado como um exame neurológico completo.

Esta escala é útil para uma rápida avaliação do doente com uma enfermidade aguda ou com uma lesão grave, cujo estado de consciência pode-se alterar rapidamente.

Bibliografia

HUDAK, Carolyn M.; GALLO, Barbara M. – *Cuidados Intensivos de Enfermagem: Uma Abordagem Holística*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. ISBN 85-277-0404-8.

SCHENK, Elisabeth – Alteração dos Níveis de Consciência. In PHIPPS, Wilma J. et al. – *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. Vol. 2, Tomo 1, 2ª ed. Loures: Lusodidacta, 1995. ISBN 972-96610-0-6. p. 1807 – 1826.

THELAN, Lynne A.; DAVIE, Joseph K.; URDEN, Linda D. – *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidacta, 1993. ISBN 972-95399-1-X. p. 594 – 607.