Relatos Casos Clinicos

PD - (UM18-2544) - UMA CONSULTA INVULGAR

Carlos Júlio[1]; Inês Costa[2]; Pedro Moreira[1]

1 - USF Lavradio; 2 - UCSP Serpa

O Delirium ou síndrome confusional agudo, consiste numa disfunção cerebral aguda caracterizada por alteração transitória do estado de consciência, acompanhado de alterações cognitivas e comportamentais. Pode ter uma duração variável, entre algumas horas até poucos dias. No idoso as causas mais comuns são as infecções, iatrogenias e os distúrbios hidro-electróliticos, enquanto nos mais jovens são o consumo de drogas e a abstinência alcoólica. A nível hospitalar o delirium associado a sépsis é comum, tendo uma incidência de cerca de 50% em doentes com quadro séptico internados em Unidade de Cuidados Intensivos.

Homem de 55 anos, gestor de manutenção de qualidade do ambiente, com antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2 não insulino-tratado e Hipertensão arterial essencial, sem antecedentes de consumo de substâncias de abuso, sem viagens recentes e contactos de risco, sem antecedentes familiares relevantes. O doente descrito, iniciou em Outubro de 2017, um quadro de confusão aguda com alteração súbita da cognição e do comportamento (começou a despir-se) enquanto aguardava na sala de espera por uma consulta de rotina na sua Médica de Família. Foi urgentemente observado, tendo-se apenas apurado febre (39,5ºC) acompanhada de calafrios e mal-estar geral com poucas horas de evolução. Não se apuraram queixas respiratórias, urinárias, gastro-intestinais, e outros sinais e sintomas. O doente foi referenciado para o Serviço de Urgência (SU) do Hospital de referência, acompanhado com uma carta de referenciação detalhada sobre o quadro actual e todos os antecedentes e medicação do doente. À entrada do SU já se encontrava orientado, tendo amnésia para o sucedido, e não se apuraram alterações ao exame objectivo. O doente foi internado para vigilância e realização de exames complementares de diagnóstico. À admissão tinha uma PCR de 67mg/L, um RX de torax com pequeno reforço hilar à direita. Em análises subsequentes, verificou-se uma elevação da PCR para 267 mg/L, associada a leucocitose com neutrofilia, retenção azotada com ligeira elevação da ureia e creatinina, e ligeira elevação das transaminases. Foi admitido o diagnóstico de sépsis, e iniciou-se antibioterapia. Efectuou-se realização de TAC-CE e toraco-abdomino-pélvico, punção lombar, urocultura e ecocardiograma para identificação de foco infeccioso, sendo que estes não detectaram alterações. Durante o internamento verificou-se uma melhoria gradual do quadro, tendo o doente iniciado quadro de tosse sem expectoração e dor torácica esquerda com características pleuríticas. Foram realizadas hemoculturas, tendo-se isolado Pseudomonas aeroginosa. O doente teve alta após 10 dias de internamento com o diagnóstico de sépsis secundária a traqueobronquite aguda. Actualmente o doente encontra-se bem e sem sequelas aparentes.

Não existem estudos relativos à incidência de sépsis na comunidade, no entanto a sua incidência tem vindo a aumentar a nível hospitalar, provavelmente devido ao envelhecimento da população. O delirium associado à sepsis, pode ser um evento precoce no quadro clínico da sépsis, podendo ser a manifestação inicial deste, e está associado a uma mortalidade aumentada e morbilidade a longo prazo. Este caso também demonstra a importância da articulação entre cuidados de saúde primários e secundários, de modo a acelerar a marcha diagnóstica e terapêutica.