

Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi) 1.0

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o acidente vascular cerebral (AVC) ou encefálico (AVE), mais conhecido como derrame, é hoje (2014) a terceira doença que mais mata no mundo e a principal causa de morte no Brasil. A maneira de tratar esta doença devastadora tem melhorado muito nos últimos anos e a aplicação sistemática de um conceito de “cuidados críticos neurológicos” é fundamental para o melhor prognóstico desta doença.

Abordagem inicial de emergência

- Todos os pacientes com suspeita de AVE isquêmico (AVEi) devem ter recebido uma abordagem de emergência (ABC) com avaliação e estabilização das vias aéreas, respiração (oxigenação) e circulação (perfusão). Todos devem ser avaliados com as escalas de Glasgow e do NIHSS. Após estabilização, se houver possibilidade, os pacientes devem ser rapidamente transferidos a um hospital onde haja um time dedicado para tratamento agudo das doenças neurológicas.
- Uma breve história deve enfatizar o início dos sintomas (o último momento que o paciente estava bem), comorbidades, medicações, estado neurológico pregresso. Priorize o exame físico neurológico e cardiovascular. Afaste outras doenças que possam simular AVEi (trauma, sepse, epilepsia, hipoglicemia, etc.).
- Dê ênfase na elegibilidade para administração de trombolítico (rTPA). Uma TC sem contraste deve ser o exame de imagem preferível para quase todos os pacientes com suspeita de AVEi nas 1^{as} horas dos sintomas e o objetivo é descartar sangramento no SNC. Outros exames devem ser solicitados (hemograma, plaquetas, testes da coagulação, bioquímica, ECG, etc.), mas não devem atrasar o início do trombolítico.
- Todos os pacientes com AVEi dentro de até 4,5 h do início dos sintomas e TC sem sangramento devem ser avaliados para rTPA (ver tabela 1). O quanto antes for iniciada a sua administração IV (0,9 mg/Kg, máximo de 90 mg, infundido continuamente por 1 hora), melhores são os resultados. A PA nos pacientes elegíveis para rTPA IV devem ter sua PA controlada abaixo de 185/110 mmHg e mantida abaixo de 180/105 mmHg por pelo menos 24 horas (esmolol tem sido a droga de escolha). Nenhuma medicação antiplaquetária ou anticoagulante é recomendada por 24 horas após rTPA. Os pacientes que receberam rTPA ficam com chance aumentada de sangramento por pelo menos 24 h após a administração da droga e não devem ser submetidos a procedimentos com risco de sangramento por este período. Os pacientes devem ser monitorados de perto e qualquer piora neurológica significativa, exige parada da administração do rTPA e nova TC para avaliar se houve sangramento como complicação. Veja transformação hemorrágica a seguir.
- Todos os pacientes com AVEi e não elegíveis para rTPA devem receber aspirina VO (81 a 325 mg/dia) imediatamente. A maioria dos pacientes podem se beneficiar da administração também de clopidogrel (75 mg/dia).
- A PA ideal nos pacientes não elegíveis para rTPA é ainda controversa. Níveis acima de 210/120 mmHg devem ser tratados (esmolol IV parece ser seguro nas 1^{as} 24 horas, complementados com anti-hipertensivos VO depois). Níveis de até 180/100 mmHg parecem seguros para pacientes sem HAS prévia descontrolada e pacientes sem sinais de hipertensão intracraniana. Hipotensão deve ser corrigida imediatamente.
- Todos os pacientes devem receber profilaxia não farmacológica e farmacológica de TVP desde o internamento (atrasar o início da heparina SC por 24 h nos pacientes que

receberam rTPA). Todos os pacientes também devem receber profilaxia para HDA, preferencialmente com bloqueadores H2.

- Euvolemia e normotermia devem ser mantidos com vigor em todos os pacientes com AVEi, assim como “normoglicemia”. Pacientes que desenvolvem hiperglicemia devem receber insulina IV contínua para manter a glicemia \leq 180 mg/dl.
- Monitorize a evolução neurológica e cardíaca de forma especial. É importante documentar a evolução dos sintomas neurológicos. A maioria dos pacientes com AVEi também têm doença cardiovascular concomitante. Avalie de perto principalmente arritmias e isquemia cardíacas.

Abordagem após as primeiras horas

- A manutenção das profilaxias de TVP e HDA e a ênfase na euvolemia, normotermia e “normoglicemia” devem ser rotina enquanto o paciente estiver internado.
- A PA tende a ficar menos “estressada” após o 1º dia e mais fácil de controlar com medicação VO. Níveis ao redor de 180/100 mmHg são bem aceitáveis nesta fase, se o paciente não tiver HIC. Hipotensão arterial deve ser evitada a qualquer custo.
- Os pacientes com AVEi não devem receber nada pela boca até terem uma avaliação da deglutição. Se disfagia estiver presente e for significativa, alguma forma alternativa de alimentação deve ser planejada.
- Piora neurológica, definida como uma queda de 2 pontos no Glasgow ou elevação de 4 pontos NIHSS deve levar a uma busca imediata por complicações: edema encefálico, transformação hemorrágica, progressão ou recorrência do AVEi, convulsões, infecção, alterações metabólicas, etc. Nova TC, EEG, bioquímica, etc. são avaliações necessárias para o diagnóstico da causa.
- Pacientes em risco de edema encefálico significativo: NIHSS $>$ 15, hipodensidade $>$ 50% do território da ACM, infartos da artéria cerebelar superior (ACS) ou da artéria cerebelar póstero-inferior (PICA), sinais de baixa complacência cerebral (hidrocefalia, apagamento de cisternas, etc.). Tratamento do edema cerebral deve seguir o protocolo de Hipertensão Intracraniana (HIC).
- Pacientes com infarto maligno da ACM (NIHSS $>$ 15 e hipodensidade $>$ 50% no território da ACM) devem ser avaliados para craniectomia descompressiva. Os Pacientes que têm o maior potencial de se beneficiar são aqueles com idade entre 18-60 anos, com o procedimento realizado até 45 h do início e ainda sem sinais de HIC.
- Transformação hemorrágica pode ocorrer em 1-2% dos pacientes e até 6-10% naqueles que receberam rTPA. Estes pacientes devem ter qualquer anticoagulação parada e revertida imediatamente. Pacientes que receberam rTPA devem receber fibrinogênio na forma de crioprecipitado (10 U) ou fibrinogênio ativado rapidamente, acompanhados de plaquetas (6 a 8 U). Plasma fresco ou complexo protrombínico, fator VIIa e/ou ácido tranexâmico são opções terapêuticas. Solicite sempre uma avaliação neurocirúrgica e discuta se drenagem do hematoma é necessária.

Dr. Álvaro Réa-Neto

Professor Adjunto de Medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Diretor do Cepeti - Centro de Estudos e Pesquisas em Terapia Intensiva, Curitiba, Brasil

Terapia Trombolítica Endovenosa (tabela 1)

Critérios de Inclusão

- Início dos sintomas até 4 horas e 30 minutos.
- NIH inicial maior que 4 (exceto afasia);
- Tomografia Computadorizada de crânio sem evidências de hemorragia;
- ASPECTS Score ≥ 7 ;
- Sintomas neurológicos persistentes;
- Ausência de contra-indicações à trombólise.

Critérios de exclusão

- Início dos sintomas > 4 horas e 30 minutos.
- Desconhecimento do horário do início dos sintomas ou despertar com os sintomas (desde que o tempo entre a última vez que o paciente foi visto sem déficits for superior a 4 horas e 30 minutos);

Trombólise: contra-indicações / risco

- Hemorragia intracraniana prévia (independente do tempo) ou história de malformação arteriovenosa ou aneurisma cerebral (lesões com baixo risco de sangramento com aneurismas não rotos devem ser avaliadas caso a caso);
- Neoplasia intracraniana maligna;
- Trauma crânio encefálico ou de face, AVC isquêmico ou infarto agudo do miocárdio < 3 meses;
- Suspeita de dissecação de aorta;
- Punção de LCR em menos de 7 dias;
- Punção recente em vaso não compressível;
- Sangramento ativo (exceto menstruação);
- Sangramento gastrointestinal ou gênito-urinário nos últimos 21 dias.
- Crise epiléptica na instalação dos sintomas. Poderá receber trombólise caso médico emergencista/neurologista julgue que não se trate de Paralisia de Todd.
- Coagulopatias: plaquetas $< 100.000/mm^3$, uso de heparina nas últimas 48 horas e TTPA $>$ limite superior ou uso recente de anticoagulante oral e elevação do TP (INR > 1.5);
- Pressão arterial $> 185/110$ mmHg apesar de tratamento.
- Cirurgia de grande porte nos últimos 14 dias.

Contra-indicações relativas

- HAS grave e não controlada;
- Admissão c/ PAS > 180 ou PAD;
- Ressuscitação Cardiorrespiratória traumática ou > 10 min.;
- Demência ou outras patologias intratáveis;
- Gravidez ou puerpério;
- Úlcera péptica ativa;
- Uso de cocaína.

Fatores de risco para sangramento

- AVC prévio;
- NIHSS > 22 ;
- Glicemia capilar > 400 mg/dL;
- Uso de cocaína;
- Insuficiência Renal;
- Leucariose importante;
- Pericardite ou endocardite bacteriana;
- Retinopatia diabética.