

COMO EU TRATO:

Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI)

Dr. Roberto de M. Carneiro de Oliveira

Introdução

Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) são doenças que, independentemente da forma (isquêmico ou hemorrágico), precisam ser corretas e rapidamente diagnosticadas e tratadas. Todo AVC é uma emergência. O diagnóstico tardio e o não reconhecimento dos sintomas prejudicam o tratamento adequado.

Diagnóstico

O AVCI se manifesta por déficit súbito de perda de força e/ou sensibilidade em um membro ou lado do corpo, alteração de linguagem (emissão ou compreensão), perda de campo visual, desvio de rima bucal, alteração da deglutição. Os infartos cerebelares são, muitas vezes, confundidos com labirintopatia, pelas queixas de perda de equilíbrio, tontura, vômitos, presença de nistagmo. A informação do horário preciso do início dos sintomas é fundamental para o tratamento trombolítico.

O exame físico inicial deve abranger avaliação do ABC (vias aéreas, respiração e circulação), oximetria e temperatura, sinais de TCE ou crise convulsiva, ausculta carotídea, sinais de ICC, arritmia cardíaca, sopros por valvulopatia, avaliação de visceromegalia, hepatopatias, sinais de coagulopatia, insuficiência hepática e vasculites. O exame neurológico inicial deve ser dirigido pela escala de AVC do NIH.

O diagnóstico por imagem é essencial na determinação da forma do AVC. A tomografia computadorizada de crânio é suficiente na maior parte dos casos, mostrando sinais precoces de lesão isquêmica, como apagamento de núcleos da base, perda de definição da transição córtico-subcortical, hipersinal



Dr. Roberto de M. Carneiro de Oliveira

da artéria com trombo agudo. Afastar a possibilidade de hemorragia é fundamental para a segurança no tratamento.

Havendo suspeita de infarto em tronco cerebral ou cerebelo, deve-se realizar ressonância magnética de crânio, pois na tomografia de fossa posterior o osso temporal produz muito artefatos.

Tratamento

A agilidade no diagnóstico e tratamento é fator determinante de melhor prognóstico.

Medidas Gerais:

1 Controle da ventilação: desobstruir vias aéreas, retirando restos de alimentos e secreções sob risco de aspiração. Intubação orotraqueal para pacientes com rebaixamento do nível de consciência e sinais clínicos de insuficiência respiratória ($pO_2 < 60$ mmHg ou $pCO_2 > 50$ mmHg) e risco de aspiração. Monitorar oximetria.

2 Controle da pressão arterial: na fase aguda do AVC, 60% dos pacientes apresentam-se hipertensos por estresse, dor, repleção vesical e hipertensão intracraniana. Muitas vezes, a correção da condição corrige a pressão arterial. Pacientes não candidatos à trombólise, que se apresentem hipertensos em níveis elevados (PAS > 220 mm Hg ou PAD > 120 mm Hg), podem ter sua pressão arterial reduzida em 15% nas primeiras 24 horas do AVCI, medicação EV contínua e monitorização preferencialmente invasiva contínua (na impossibilidade de monitorização invasiva, monitorar de forma intermitente a cada 5 min).

No paciente candidato à trombólise ou pós-trombólise, a PA deve ser controlada com anti-hipertensivo EV e mantida $< 180/105$ mm Hg. Tentar manter PAS preferencialmente > 160 mm Hg; Se PAS > 220 mm Hg ou PAD > 140 – nitroprussiato de sódio; se PAS entre 180 e 220 mm Hg ou PAD entre 110 e 140 mmHg – esmolol ou labetalol IV.

3 Controle da frequência cardíaca: todos os pacientes com AVCI devem ser monitorados para a frequência cardíaca, procurando detectar arritmias ou alterações miocárdicas isquêmicas.

4 Controle da temperatura: a hipertermia é importante preditor de mau prognóstico. A monitoração da temperatura axilar (2/2h) e o agressivo tratamento de temperatura superior a $37,5^\circ$ são imprescindíveis.

5 Controle da glicemia: manter controle glicêmico próximo de 120-140 mg%.

6 Trombólise: em primeiro lugar, afastar os critérios de exclusão.

Determinados fatores aumentam o risco da terapia trombolítica, não sendo, contudo, contraindicação absoluta de seu uso: NIHSS > 22 , idade > 80 anos, e a combinação de AVC prévio e diabetes melitus.

Trombólise endovenosa com alteplase 0,9 mg/kg (máximo de 90 mg), com 10% da dose aplicada em bôlus e o restante, continuamente, ao longo de 60 minutos. É imprescindível pesar-se o paciente para o cálculo exato da dose do medicamento. A alteplase deve ser interrompida caso haja qualquer evidência de anafilaxia ou suspeita de sangramento ativo.

Deve ser feita monitorização da pressão arterial (medição a cada 15 min por 1 hora, a cada 30 min por mais 6 horas e a cada 1 hora por 24 horas) e da NIHSS (a cada 30 min nas primeiras 6 horas, e depois a cada 1 hora até completar 24 horas. Aumento de 4 pontos pode indicar sangramento). Após a infusão do trombolítico, nas primeiras 24 horas não se administra antiagregante plaquetário ou anticoagulantes; não se realiza cateterização venosa central ou punção arterial; não introduzir sonda nasointestinal; e não se introduz sonda vesical até pelo menos 30 minutos do término da infusão do trombolítico.

A administração de antiagregante plaquetário (ou anticoagulação, nos casos de AVCI cardioembólico) e estatina auxiliam no tratamento da lesão isquêmica e são indicadores de qualidade na alta do paciente.