

Aspectos práticos da abordagem inicial do Acidente Vascular Cerebral

Gonçalves, FM¹; Maciel, ECM¹; Matos, MJ¹; Medeiros, FMG¹; Queiroz Jr, JRR¹; Silva, LDRM¹; Silva, LC¹; Soares, JM¹; Teixeira, AL²

RESUMO

Como principal causa de seqüela e terceira causa de morte no EUA, o acidente vascular cerebral (AVC) pode ser definido classicamente como um déficit neurológico focal, de instalação súbita, ou com rápida evolução, sem outra causa aparente que não vascular levando a lesões neuronais irreversíveis. A alta prevalência dessa nosologia em serviços de urgência exige do médico-assistente familiaridade e habilidade na abordagem clínica do AVC. Este trabalho trata-se de uma revisão sistematizada abordando aspectos práticos na condução do AVC desde sua suspeita.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Propedêutica; Tratamento.

¹Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

²Professor adjunto do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é a terceira causa de morte nos Estados Unidos e a principal causa de seqüela neurológica em adultos⁴. No Brasil não há estudos epidemiológicos disponíveis, porém existem relatos sugerindo que as doenças cerebrovasculares estejam entre as principais causas de morte em adultos⁴.

O AVC é definido classicamente como um déficit neurológico focal, de instalação súbita, ou com rápida evolução, sem outra causa aparente que não vascular, com duração maior que 24 horas (ou menor, mas levando à morte)¹.

Tal nosologia é bastante prevalente em qualquer serviço de medicina de urgência e exige do médico-assistente maestria no exercício da clínica médica, além de familiaridade com suas diversas apresentações, para se firmar e confirmar o diagnóstico em tempo hábil e instaurar a melhor terapêutica em cada caso.

Tempo perdido significa neurônio extinto neste paradigma. No presente trabalho é feita, então, uma revisão literária sistematizada que visa uma abordagem prática e objetiva do paciente com suspeita diagnóstica de AVC, fornecendo subsídios para o seu atendimento sistemático, rápido, e competente.

Os tipos de AVC com base no aspecto patológico que o determinam são divididos em isquêmicos ou hemorrágicos. O AVCH pode se apresentar na forma de hemorragia com topografia intraparenquimatosa (HIP) ou subaracnóide (HSA).

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

AVCI deve ser suspeitado nos casos em que ocorra déficit neurológico, principalmente focal, de instalação súbita ou de rápida progressão (minutos a horas). Os déficits correlacionam-se com o território vascular acometido (carotídeo e vertebrobasilar). É importante determinar o início dos sintomas. Caso isso não seja

Endereço para correspondência:
Jrrqjr@yahoo.com.br

possível este deve ser considerado como o último no qual o paciente foi visto em condições normais.

AVCH, além de sinais focais, pode apresentar, principalmente nos casos de HIP, sintomas de hipertensão intracraniana, tais como cefaléia, náuseas, vômitos, redução do nível de consciência e níveis pressóricos bastante elevados. Nesses Casos, crises convulsivas também podem ocorrer. Já na HSA, a cefaléia súbita, intensa e holocraniana é o sinal mais freqüente, geralmente acompanhado de sinais de irritação meníngea.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Um evento importante a se considerar durante a suspeita de um AVCI é o ataque isquêmico transitório (AIT). Trata-se de um déficit neurológico reversível e não persistente, cujos sinais e sintomas regredem em menos de 24h, durando, em sua maioria, menos de 1h¹. Outros diagnósticos diferenciais incluem: crises epilépticas, alterações metabólicas (como hipo e hiperglicemia, hiponatremia, hipóxia), infecções sistêmicas e do sistema nervoso central (SNC), neoplasias primárias ou metastáticas.

PROPEDÊUTICA E CONDUTA

Diante de um paciente com suspeita clínica de AVC, é mister uma abordagem rápida de modo a permitir pronta instituição de terapêutica adequada, reduzindo a perda de tecido cerebral viável, bem como as seqüelas dela resultante (Fluxograma 1).

Assim, a abordagem inicial desse paciente inclui medidas gerais de suporte clínico, realização de exames laboratoriais e de imagem para confirmar o diagnóstico e uso de terapia de recanalização, quando indicada.

Dentre as medidas gerais, a primeira observação deve ser referente ao ABC. É fundamental manter ventilação adequada, inclusive com intubação orotraqueal, ventilação assistida e oxigênio suplementar, quando necessário. A hidratação venosa deve ser feita com líquidos isotônicos, numa quantidade de 2 a 3L/dia¹. Deve-se evitar o uso de soluções parenterais de glicose⁵.

Quanto ao controle da glicemia, embora os estados hiperglicêmicos (glicemia > 120mg/dl) sejam deletérios na fase aguda do AVC, não há evidên-

cias de que o controle estrito da glicemia seja benéfico⁵. O que é recomendado é a monitorização da glicemia, de 6/6h, nas primeiras 48 a 72h, com uso de doses isoladas de insulina regular, quando glicemia > 180mg/dl⁵.

As outras medidas gerais são: correção de hipertermia, fato que melhora o prognóstico dos pacientes; dieta suspensa nas primeiras 24h, devido possibilidade de vômitos, instituindo, o mais rápido possível, dieta enteral; profilaxia de complicações não neurológicas, como infecções, úlceras de decúbito, trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar.

Os exames laboratoriais iniciais incluem hemograma, coagulograma, glicemia, uréia e creatinina séricas, dosagem de íons e gasometria arterial. Além disso, deve-se realizar ECG e radiografia de tórax.

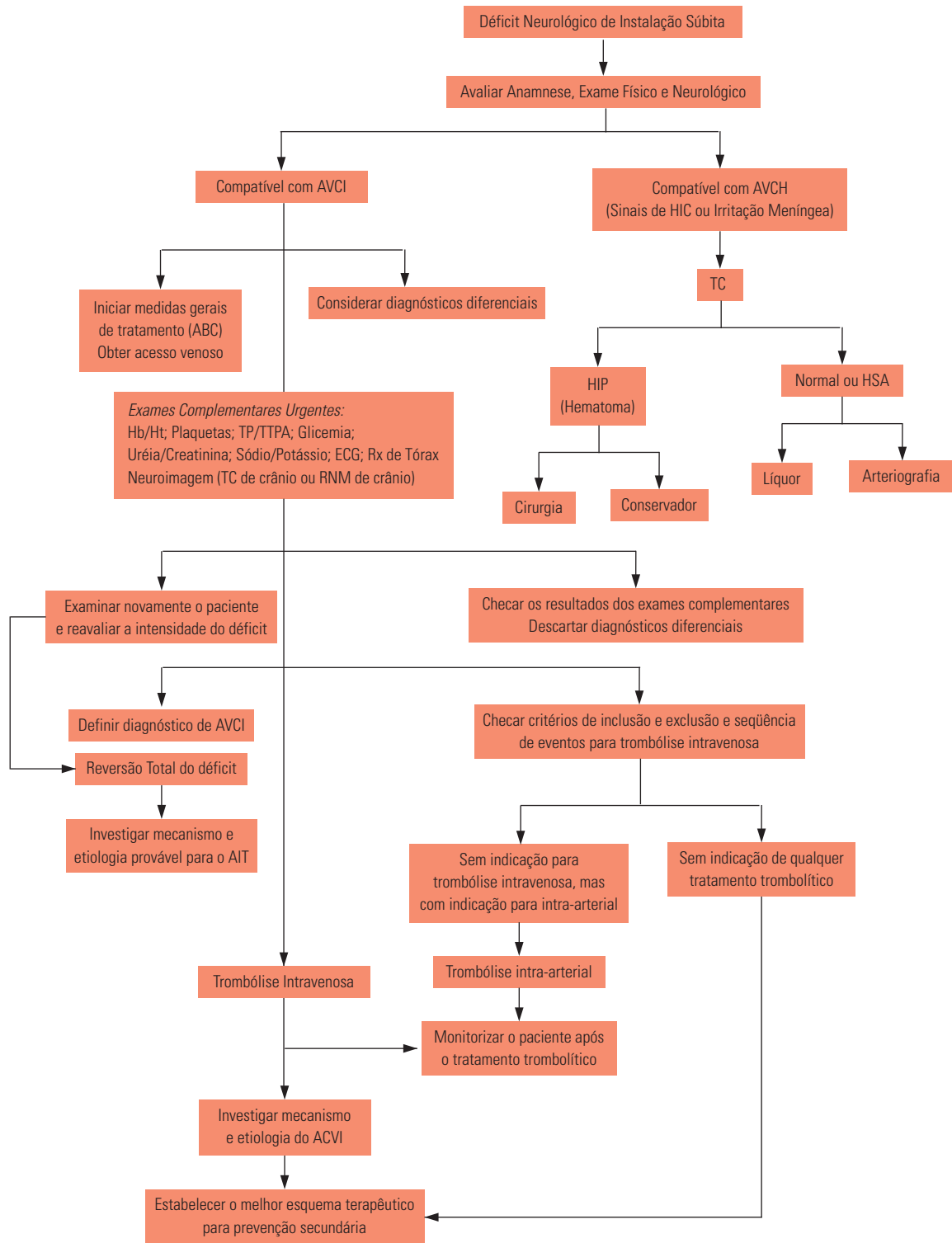
A tomografia computadorizada de crânio (TCC) é o exame de neuroimagem mais usado, devido a sua alta disponibilidade e menor custo. Na admissão, a tomografia é negativa em aproximadamente 30% dos casos, permanecendo negativa nas primeiras 24h em até 50% dos casos¹. Objetiva, portanto, identificar a natureza isquêmica ou hemorrágica da doença vascular, informar a extensão e topografia da lesão, excluir possíveis diagnósticos diferenciais e identificar complicações.

O exame do líquido deve ser realizado quando se suspeita de HSA, mas a TCC apresenta-se normal⁵. Já a angiografia cerebral está indicada nos casos de HSA e AVCH de etiologia desconhecida³.

Confirmado o diagnóstico ou diante de uma suspeita forte, passa-se às medidas específicas, de acordo com o tipo de AVC.

Tratamento do AVCI

Embora a hipertensão arterial (HA) ocorra freqüentemente na fase aguda do AVCI, muita controvérsia existe no tocante ao seu manejo, dada descrição de deterioração neurológica com uso de agentes anti-hipertensivos². Desta maneira, recomenda-se que a pressão arterial (PA) seja tratada apenas em situações extremas, como emergências hipertensivas (IAM, encéfalopatia, ICC, dissecação aórtica aguda), ou em casos de HA grave: PA sistólica > 220 mmHg, ou PA diastólica > 120mmHg, ou PA média > 130mmHg². Beta-bloqueadores por via intravenosa (metoprolol) e nitroprussiato de sódio em infusão contínua são as drogas de eleição².



Outra indicação para tratamento da HÁ tem sido o período durante as primeiras 24h imediatamente após o tratamento trombolítico. A PA deve ser mantida rigorosamente abaixo de 180/105mmHg¹.

É recomendado uso de antiagregante plaquetário (AAS 160 a 325mg/dia), na fase aguda do

AVCI, com melhores benefícios se iniciado nas primeiras 48h do evento¹. Já o uso rotineiro de anticoagulantes é desencorajado. Estes estão indicados nos caso de AVCI cardioembólico em que o risco de recidiva precoce é maior que o risco de hemorragia⁵.

O uso do ativador do plasminogênio tissular (rt-PA) EV quando administrado ao paciente nas primeiras 3 horas, demonstrou importante diminuição da incapacidade funcional no grupo que utilizou a droga em relação ao placebo (chance até 30% maior de apresentar mínima ou nenhuma seqüela, 3 meses após o tratamento⁷), sendo portanto recomendada sua aplicação no AVCI agudo^{5,6,7}. A dose de rt-PA é de 0,9mg/Kg (dose máxima de 90mg), sendo 10% da dose administrada em bolus, e o restante, em 60 min, em bomba de infusão^{1,5,6}. Não devem ser administrados anticoagulantes ou antiagregantes nas primeiras 24h após o procedimento trombolítico^{1,5,6}.

Tratamento da HIP

Nos casos de HIP o tratamento é de suporte, reservando medidas mais específicas aos casos de complicações neurológicas. Na vigência de hipertensão intracraniana (pressão intracraniana \geq 20mmHg), por exemplo, recomendam-se medidas para manter essa pressão abaixo de 20mmHg e a pressão de perfusão cerebral acima de 70mmHg^{1,3}. Utiliza-se manitol a 20%, na dose de 0,5 a 1g/kg EV, em 5 a 30min; hiperventilação para reduzir a PCO₂ para níveis entre 30 e 35mmHg; sedação e/ou bloqueio neuromuscular não despolarizante, pois evitam um possível aumento pressórico adicional em resposta a aumento de pressão intratorácica e pressão venosa central.

Anticonvulsivantes não devem ser prescritos profilaticamente de rotina, sendo reservados para situações de vigência de convulsão.

Tratamento da HSA

Os objetivos fundamentais no manejo clínico dos doentes com HSA são: prevenção do ressangramento e prevenção do déficit neurológico isquêmico tardio (vasoespasma cerebral)¹. São recomendadas as seguintes medidas para se evitar estas complicações: dieta adequada; repouso no leito; controle hidroeletrolítico rigoroso; analgesia e sedação sempre que necessárias; controle da pressão arterial embora não haja consenso sobre o adequado manejo dos níveis pressóricos.

REFERÊNCIAS

- 1 - EVARISTO EF Acidente Vascular Cerebral. In: MARTINS HS, et al. Emergências Clínicas Baseadas em Evidências. São Paulo: Ed Atheneu, 2006
- 2 - GAGLIARDI RJ, et al. Tratamento da fase aguda do Acidente Vascular Cerebral. Acad. Bras. de Neurol, 2001.
- 3 - MARTINS HS, et al. Pronto-Socorro: condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Barueri: Ed Manole, 2007.
- 4 - PRADO FC, et al. Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento. 23ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007.
- 5 - Soc. Bras. de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV). Primeiro Consenso Bras. do Tratamento da Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral. Arq Neuropsiquiatr, 2001, 59:972-980.
- 6 - Soc. Bras. de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV). Primeiro Cons. Bras. para Trombólise no Acidente Vasc. Cereb. Isquêmico Agudo. Arq. Neuro-Psiquiatria, 2002; 60:675-680.
- 7 - The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke. N Engl J Med 1995; 333:1581-1587.