



Manejo do Acidente Vascular Encefálico Isquêmico em UTI

Dr. Salomón Soriano Ordinola Rojas
Unidades de Terapia Intensiva
Neurológica

Manejo em Terapia Intensiva

- Avaliação rigorosa do nível de consciência
- Monitorização cardíaca
- Monitorização respiratória
- Manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico
- Controle glicêmico
- Controle da temperatura
- Nutrição

Avaliação Rigorosa do Estado Neurológico

- Forma contínua (Equipe Multidisciplinar)
- Pupilas
- Nível de consciência
- Aparecimento/piora déficits
- Comunicar as equipes de neurologia

Monitorização Cardíaca

- Avaliação do ritmo e da FC
- Controle Pressórico:
- Redução da PA pode ser **DELETÉRIA** nos AVEI agudos
- Tratar:
 - edema agudo de pulmão, ICC, ICO, suspeita de dissecção de aorta, encefalopatia hipertensiva, eclâmpsia
 - PAS > 220 ou PAD > 120mmHg

Monitorização Cardíaca

- Pacientes submetidos a trombólise: manter PAS < 185mmHg e/ou PAD < 110mmHg
- Drogas de escolha:
 - Nitroprussiato de sódio (0,5-1,0µg/kg/min)
 - Esmolol (ataque 500µg/kg + 50-200µg/kg/min)
 - Nitroglicerina

Monitorização Cardíaca

- Pacientes em uso de anti-hipertensivo intravenoso -> preferencialmente controle invasivo da PA
- Instabilidade hemodinâmica: acesso venoso central
- Monitorização hemodinâmica invasiva

Monitorização Respiratória

- Controle do padrão respiratório
- Avaliação:
 - déficits de deglutição
 - Broncoaspiração
- Glasgow ≤ 8 -> IOT
- Suplementação de O₂ se Sat O₂ < 95%
- Cuidado: Idosos, AVEI extensos, déficits de deglutição

Manutenção do Equilíbrio Hidroeletrolítico

- Hidratação:
 - Manter euvolemia
 - Preferência à cristalóides
 - Evitar uso de soluções hipotônicas

Manutenção do Equilíbrio Hidroeletrólítico

- Distúrbios do sódio:
 - **Hiponatremia:**
 - Reposição deve ser feita de forma lenta
 - Se alt. Sódio: coleta a cd 3 – 4 horas, Na⁺ sérico, Na⁺ urinário, osmolaridade plasmática e urinária
 - Solução a 3%
 - **Hipernatremia:**
 - Controle rigoroso da diurese
 - Soro ao meio (0,45%)
 - Estimular ingesta líquidos (vo)

Manutenção do Equilíbrio Hidroeletrolítico

- **Hipercalemia:**

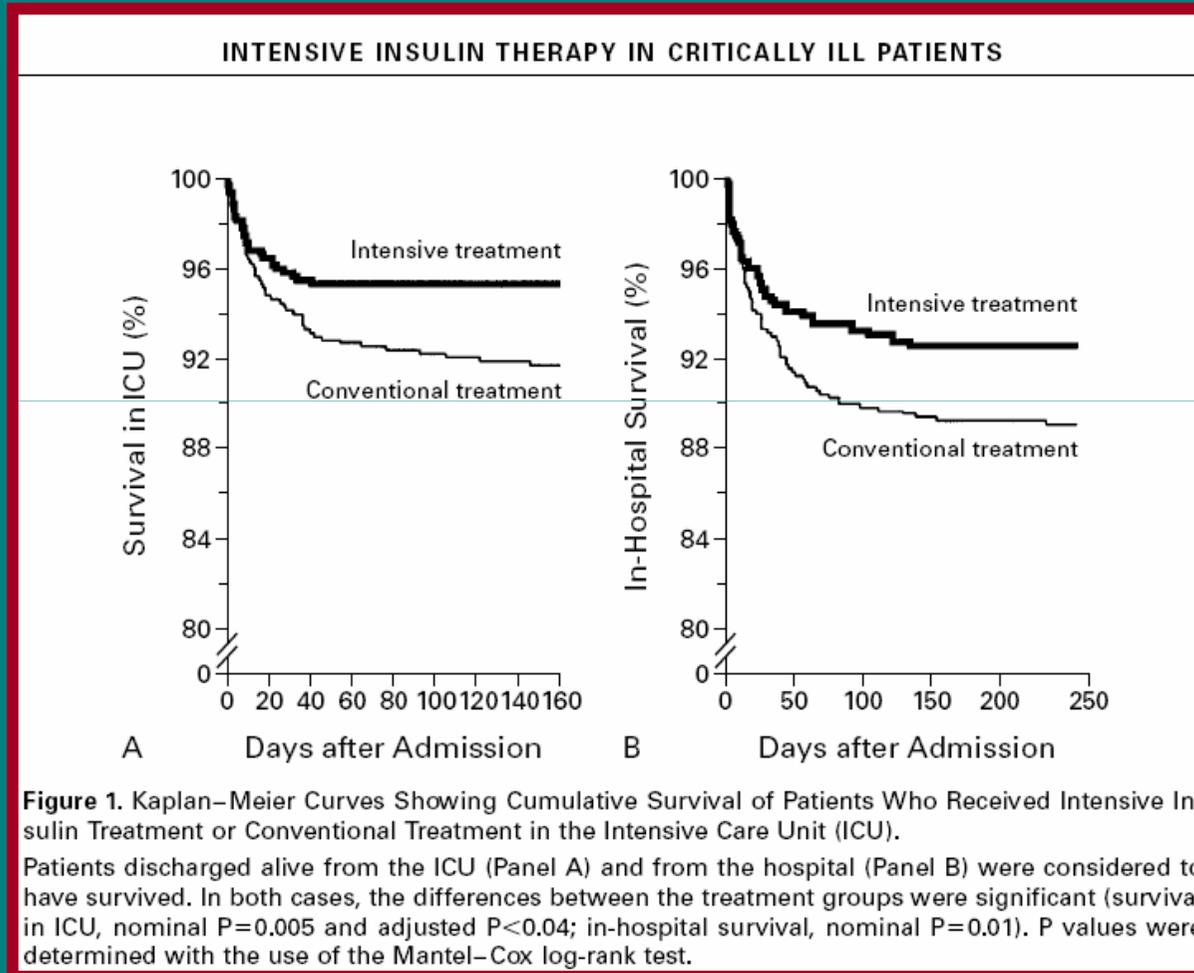
- Alterações eletrocardiográficas
- Atenção para os pacientes com IRC
- Gluconato cálcio/ diurético/solução polarizante

- **Distúrbios Magnésio, Fósforo e Cálcio**

Controle Glicêmico

- **Piora prognóstico**
- **Relacionado à progressão do AVE**

Controle Glicêmico



Van den Berghe, NEMJ 2001

Intensive versus Conventional Glucose Control in Critically Ill Patients.

The NICE-SUGAR Study Investigators

- Conclusão: Níveis glicêmicos menores ou iguais a 180 resultam em menor mortalidade quando comparado aos limites de 81 – 108mg/dL

Controle de Temperatura

- Manter normotermia ($<37,5^{\circ}\text{C}$)
- Utilização de anti-piréticos
- Em casos de hipertermia refratária:
 - colchão térmico
 - irrigação com SF gelado em sonda vesical de 3 vias

Nutrição

- Introdução de dieta (vo, enteral ou parenteral) o mais precoce possível
- Prevenção de úlceras de stress – protetor gástrico
- Avaliação fonoaudiologia

Profilaxia de TVP

- Fisioterapia motora
- Dispositivo de compressão pneumática
- HBPM
- Meias elásticas (??)

CLOTS Trial – Lancet, jun 2009

Tratamento Medicamentoso

- Utilização de terapia anti-trombótica
Classe I, Nível Evidência A
- **Antiagregantes Plaquetários:**
 - AAS – Classe I, NE A
 - Associação AAS + clopidogrel não é recomendada em pacientes com AVEI recente, exceto em indicações específicas (Angina instável, IAM não-Q ou stents) – Classe I, NE A

Diener, HC et al. Lancet 2004

Yusuf, S et al. N Engl J Med, 2001

Tratamento Medicamentoso

- Anticoagulação oral (INR 2,0-3,0) é recomendado após AVEI em pac. com FA
- Anticoagulação oral após AVEI não-cardíaco não é superior ao AAS

Mohr, JP. NEJM, 2001

SPIRIT Study Group, 1997

Medidas Gerais

- Manter vias aéreas pérvias
- Cabeceira elevada a 30°
- Prevenção de úlceras por pressão – mobilização de decúbito a cada 2 horas

Cuidados Pós-Trombólise

- Atentar para sinais de sangramento
- Não utilizar heparina e antiagregante plaquetário 24 horas após infusão do trombolítico
- Não realizar cateterização arterial ou punção venosa profunda nas primeiras 24 horas
- Não passar sonda vesical até 30 minutos após
- Evitar SNG nas primeiras 24 horas
- Controle da PA

