

52. ATAQUE VASCULAR CEREBRAL

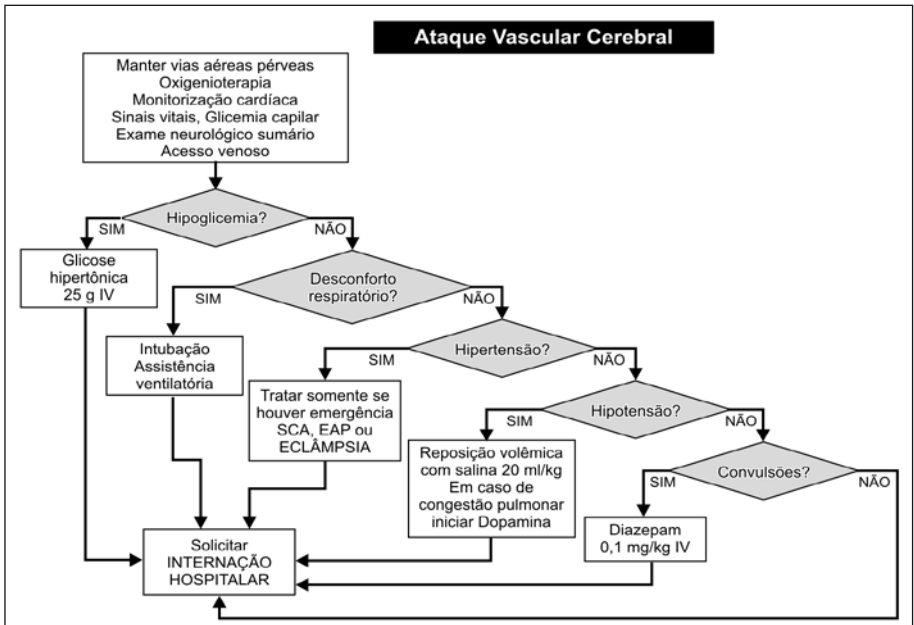
a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Em 75% dos casos deve-se a trombose ou embolia cerebral.

Estão relacionados a doença aterosclerótica e a problemas cardíacos.

É a 3ª causa de óbito em países desenvolvidos e a principal causa de déficit neurológico crônico. No Estado do Rio de Janeiro, é a principal causa de mortalidade, segundo o DATASUS.

b. ALGORITMO DE ATAQUE CEREBRAL



Algoritmo de atendimento a pacientes com ataque cerebral.

c. QUADRO CLÍNICO

Considerar em déficit neurológico agudo (focal ou global) ou alteração de nível de consciência.

Nenhum achado clínico pode diferenciar o AVE isquêmico do hemorrágico no ambiente pré-hospitalar.

A presença de cefaléia, náusea, vômitos e alteração do nível de consciência sugerem causa hemorrágica.

São comuns sozinhos ou em combinação: início súbito de hemiparesia, monoparesia ou quadriparesia, disartria, ataxia, perda visual mono ou binocular e diplopia.

d. CONDUTA

Verificar nível de consciência.

Abrir as vias aéreas com manobra manual caso o paciente esteja inconsciente ou sonolento.

Verificar a respiração.

Administrar oxigênio suplementar sob máscara 10 a 15 litros / min a todos os pacientes apresentando respiração espontânea adequada, procurando manter a saturação acima de 92%.

Assistir ventilação com BVM e oxigênio caso indicado.

Verificar circulação.

Intubar pacientes inconscientes ou que apresentem distúrbios respiratórios graves.

Lembrar que a mortalidade precoce nestes pacientes está associada a distúrbios respiratórios.

Manter a cabeceira elevada a 30° e a cabeça do paciente centralizada.

Monitorar o paciente com oxímetro de pulso e cardioscópio.

Radiografar o paciente no leito após a intubação.

Iniciar hiperventilação caso o paciente apresente evidências de herniação cerebral (piora do nível de consciência, midríase unilateral).

Evitar a hiperventilação aplicada de forma rotineira devido ao risco de agravar a isquemia cerebral.

Controlar se possível os níveis de PaCO² dos pacientes intubados submetidos à ventilação artificial através do capnógrafo e da gasometria arterial.

Manter os níveis de PaCO² em torno de 40 mmHg ou entre 30 e 35 mmHg caso haja indicação de hiperventilação.

Obter acesso venoso em veia periférica calibrosa de membro superior.

Determinar a glicemia capilar em todos os casos.

Administrar glicose caso a glicemia capilar seja menor que 60 mg%.

Infundir solução salina isotônica, caso a glicemia esteja normal ou elevada, pois soluções hipotônicas ou contendo glicose podem agravar a lesão neurológica.

Reverter imediatamente o estado de choque seguindo os protocolos de hipotensão arterial.

Lembrar que estados de baixo débito cardíaco podem ser a causa de isquemia cerebral e que pacientes com doenças vasculares oclusivas tem o quadro neurológico agravado devido a hipotensão arterial.

Evitar anti-hipertensivos no ambiente pré-hospitalar em pacientes com ataques vasculares cerebrais, pois a hipertensão arterial geralmente é uma resposta compensatória do organismo. A redução excessiva da hipertensão arterial geralmente só agrava o dano isquêmico.

Reduzir a PA agudamente somente se houver outra emergência médica associada como o edema agudo de pulmão ou a isquemia miocárdica.

Controlar convulsões de acordo com o protocolo do serviço.

Efetuar cateterismo vesical de pacientes inconscientes caso o transporte tenha duração prevista maior que quarenta e cinco minutos.

Transportar o paciente rapidamente a hospital de referência equipado com TC e equipe especializada.

Remover rapidamente para o hospital (“load and go”) mesmo que aparentemente o quadro não seja crítico, pois o tratamento com trombolítico só é eficaz até três horas do início do quadro.

Manter continuamente monitorizados o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva.

53. EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

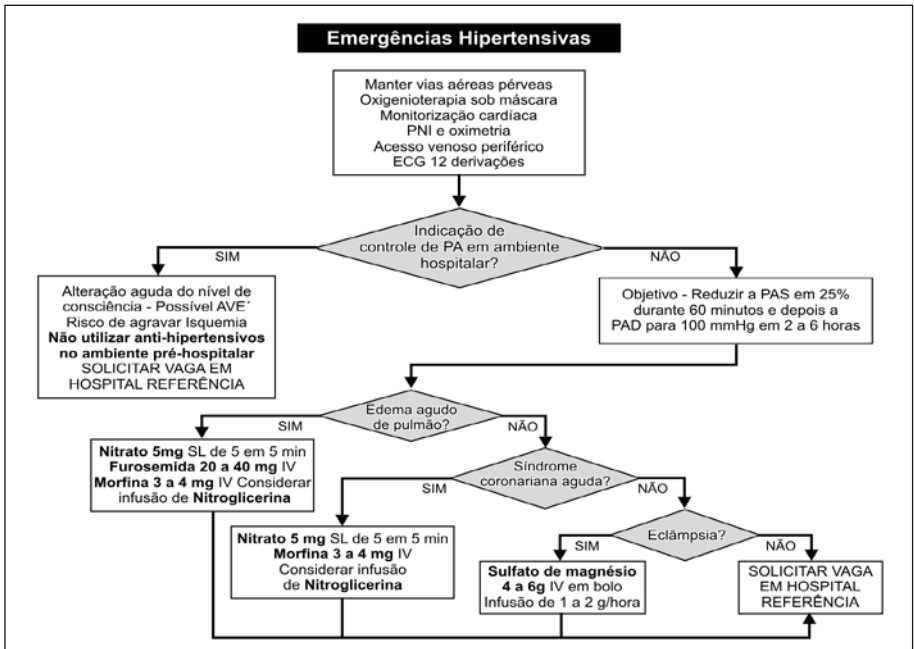
São condições clínicas nas quais o aumento dos níveis tensionais coloca o paciente em risco de vida iminente e/ou o expõe a lesões irreversíveis de órgãos alvo.

Determinam a necessidade de terapêutica agressiva visando a redução dos níveis tensionais no menor tempo possível.

Geralmente nestes casos a pressão arterial diastólica supera 130 mmHg e a sistólica 200 mmHg. Porém, existem situações como a doença hipertensiva específica da gestação em que os níveis tensionais são bem menores.

As emergências são hipertensão arterial associada a: encefalopatia, insuficiência coronariana aguda, hemorragia intracraniana, edema agudo de pulmão, dissecação aórtica e a doença hipertensiva específica da gestação.

b. ALGORITMO DE EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS



Algoritmo para atendimento aos pacientes com emergências hipertensivas.