



Financiado pela  
União Europeia  
NextGenerationEU

PROJETO **IP ALLIANCE** PLATAFORMA INTEGRADA PARA APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA E FORMAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

PROGRAMA FORMATIVO

**AVC HEMORRÁGICO: PREVENÇÃO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO**

MÓDULO 3 LIÇÃO 3.2

---

Lição Rápida

## **TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL HEMORRÁGICO (PARTE 2)**

Autoria

**Catarina Caldeiras**

Centro Hospitalar Universitário São João

DOI: <https://doi.org/10.48684/3k8g-yw82>

---

---

## OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- Compreender as indicações de tratamento das complicações após Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico;
- Compreender o tratamento das complicações após Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico.

---

## O QUE SABEMOS

Além da expansão do hematoma, outras complicações neurológicas influenciam o prognóstico dos doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico. A presença de edema cerebral associa-se a hipertensão intracraniana e surge nas primeiras duas semanas, em particular nas primeiras 48-72h associando-se a ativação de cascatas inflamatórias. A ocorrência de crises epilépticas clínicas acontece em até 16% dos doentes e de crises eletrográficas em 31% podendo influenciar de forma negativa a evolução deste grupo de doentes.

---

## O QUE FAZER

A monitorização da pressão intracraniana com cateter de pressão intracraniana (PIC) está recomendada em doentes com deterioração do estado de consciência em quem não é possível monitorizar adequadamente o exame neurológico. A pressão de perfusão cerebral alvo não está bem definida, mas deverá estar compreendida entre 50-70 mmHg; contudo o benefício clínico efetivo de controlar de forma assertiva a hipertensão intracraniana não se encontra bem definido. Estes doentes devem ter ainda avaliação imagiológica seriada regular por forma a identificar sinais incipientes de hipertensão intracraniana e suas complicações como herniação, desvio das estruturas da linha média, compressão do sistema ventricular ou do tronco cerebral e a presença de hidrocefalia obstrutiva. A administração de agentes hiperosmolares como solução salina hipertônica ou o manitol EV pode ser útil em doentes com sinais de herniação iminente a aguardar cirurgia para diminuir transitoriamente a PIC mas o benefício da terapêutica hiperosmolar profilática precoce não está estabelecido. Os glucocorticoides estão contraindicados nesta situação.

Em doente com alteração do estado de consciência ou flutuação do mesmo sem causa identificada poderá estar indicada a realização de eletroencefalografia e até de monitorização eletroencefalográfica contínua por um período de 24 horas por forma a identificar crises eletrográficas ou estado de mal não convulsivo. Doentes com crises epiléticas clínicas, eletrográficas ou em estado de mal devem receber terapêutica com fármacos anticrises epiléticas (FACE). Quando as crises surgem nos primeiros 7 dias após o evento dizem-se sintomáticas agudas e não estabelecem o diagnóstico de epilepsia, não requerendo assim terapêutica a longo prazo. Doentes com crises fora deste período (i.e. crises sintomáticas remotas) recebem o diagnóstico de epilepsia focal de etiologia estrutural vascular requerendo terapêutica com FACE a longo prazo. A terapêutica profilática com FACE na ausência de ocorrência de crises não está indicada.

A cefaleia é um sintoma frequente em doentes com hemorragia intracraniana e deve ser controlada com recurso a fármacos analgésicos com baixo potencial hemorrágico.

Adicionalmente, em casos de hipertensão intracraniana refratária podem ser tentadas várias terapêuticas de resgate, sem evidência científica robusta e que não estão contempladas nas guidelines do AVC hemorrágico. Estas terapêuticas focam-se na redução do metabolismo e da perfusão cerebral por forma a reduzir a pressão intracraniana e são a hiperventilação, a indução de coma farmacológico, o bloqueio neuromuscular e a indução de hipotermia.

---

## SÍNTESE DA LIÇÃO

- A colocação de cateter de monitorização da PIC pode estar indicada em doentes que não são passíveis de monitorização através do exame neurológico;
- A administração de agentes hiperosmolares pode diminuir de forma transitória a PI; os glucocorticóides devem ser evitados;
- As crises epiléticas clínicas e eletrográficas devem ser tratadas;
- Apenas os doentes com crises epiléticas que surgem 7 dias depois da clínica têm epilepsia e devem ser cronicamente medicados com FACE;
- A cefaleia deve ser tratada com recurso a fármacos com baixo potencial hemorrágico;

- As terapêuticas de resgate baseiam-se na diminuição da PIC e do metabolismo cerebral mas não têm evidência clínica robusta que as suporte em contexto de hemorragia intracraniana.

---

## REFERÊNCIAS

1. Greenberg, S. M., Ziai, W. C., Cordonnier, C., Dowlathshahi, D., Francis, B. A., Goldstein, J. N., Hemphill III, J. C., Johnson, R., Keigher, K. M., Mack, W. J., Mocco, J., Newton, E. J., Ruff, I. M., Sansing, L. H., Schulman, S., Selim, M. H., Sheth, K. N., Sprigg, N., & Sunnerhagen, K. S. (2022). 2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 53(9), e714-e758. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000388>
2. Hemphill III, J. C., Greenberg, S. M., Anderson, C. S., Becker, K., Bendok, B. R., Cushman, M., Fung, G. L., Goldstein, J. N., Macdonald, R. L., Mitchell, P. H., Scott, P. A., Selim, M. H., & Woo, D. (2015). Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. *Stroke*, 46(7), 2032-2060. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000069>
3. Rordorf, G., & McDonald, C. (2022). Spontaneous intracerebral hemorrhage: Acute treatment and prognosis. UpToDate. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-intracerebral-hemorrhage-acute-treatment-and-prognosis>
4. Ziai, W. C., & Carhuapoma, J. R. (2018). Intracerebral Hemorrhage. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 24(6), 1603-1622. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000672>