



ISSN: 2230-9926

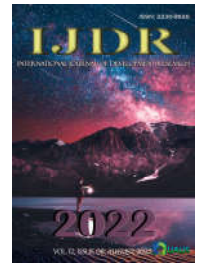
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 08, pp. 57887-57889, August, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.24992.08.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO HEMORRÁGICO EM PACIENTE ANTICOAGULADO: UM RELATO DE CASO

Eduarda Pereira Colombo, *Greice Kelly Palmeira Campos, Cláudia Frederico Gabler, Paulo Roberto Angelete Alvarez Bernardes, Luciano Antonio Rodrigues, Barbara Poltronieri Bianchini, Vinícius Guedes Guiles, Mariana Moscon Gomes, Ana Paula Kuster Lodi and Poliana Caminote Masiolo

Acadêmica de Medicina, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 18th June, 2022
Received in revised form
30th June, 2022
Accepted 07th July, 2022
Published online 17th August, 2022

Key Words:

Anticoagulantes; acidente Vascular Cerebral;
Guia de Prática Clínica.

*Corresponding author:

Greice Kelly Palmeira Campos

ABSTRACT

O Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH) é a complicação mais grave e temida, sendo potencialmente fatal diante da anticoagulação plena. Pode ocorrer de modo espontâneo ou secundário ao trauma e sua incidência varia conforme características do paciente e da droga escolhida para anticoagulação. Objetivou-se relatar o caso de um paciente portadora de válvulas cardíacas mecânicas, que apresentou transtorno hemorrágico devido a anticoagulação. Tratou-se de um relato de caso com análise de diagnóstico e conduta baseada na literatura publicada referente a acidente vascular cerebral hemorrágico. O estudo está protocolado sob o número 4.979.686 no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC). A paciente foi submetida a terapia medicamentosa e encaminhada para UTI. Cerca de duas semanas depois e com o auxílio de fisioterapia os movimentos do lado direito do corpo voltaram e a paciente não apresentou nenhuma sequela fixa. Portanto, resta admitir que, no que diz respeito à conduta do quadro de paciente com AVC hemorrágico em uso de varfarina ou qualquer outra medicação anticoagulante, é necessário que a equipe hospitalar fique atenta a clínica da paciente. A conduta inicial se trata de retirar a medicação para contenção da hemorragia e após isso, voltar com o uso dessa medicação de forma gradual e sempre observando se haverá novos focos de hemorragia.

Copyright © 2022, Eduarda Pereira Colombo et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Eduarda Pereira Colombo, Greice Kelly Palmeira Campos, Cláudia Frederico Gabler et al. "Acidente vascular encefálico hemorrágico em paciente anticoagulado: um relato de caso", *International Journal of Development Research*, 12, (08), 57887-57889.

INTRODUCTION

O acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH) se caracteriza por fraqueza em um lado do corpo, perda da sensibilidade ou do campo visual de um ou ambos os olhos, tontura, dificuldade para falar ou para compreender palavras simples, sendo os sinais e sintomas de início súbito. Trata-se de uma condição clínica complexa e multifatorial, com perda da consciência, crises convulsivas e quadros de dor. Seus descritores são: cefaleia diferente dos quadros habituais, dor súbita e forte, levando a um estado de mal estar completo do paciente, podendo gerar, inclusive síncope. O AVCH é a complicação mais grave e potencialmente fatal da anticoagulação e pode ocorrer de modo espontâneo ou secundário ao trauma. Até o momento não se conhece com clareza a total relação que a anticoagulação possui com desenvolvimento do AVCH. Todavia, acredita-se que esteja intimamente relacionado com os distúrbios da

coagulação que a terapia com warfarina causa, uma vez que essa medicação age inibindo os fatores de coagulação dependentes da vitamina K, promovendo uma redução da capacidade de coagulação do sangue, no intuito de evitar possíveis episódios de trombose, principalmente em pacientes portadores de válvulas mecânicas. Existem diversos fatores etiológicos potenciais associados ao desenvolvimento do quadro, são eles: Idosos (em especial os mais frágeis e com maior risco de quedas); Alcoolismo; Uso concomitante de antiplaquetários; Diabetes mellitus; Hipertensão arterial; Microangiopatia na RM crânio; Portadores de válvulas mecânicas.

O objetivo deste trabalho foi relatar o caso de um paciente portadora de valvopatia, com histórico de cirurgia cardíaca para a troca de duas válvulas metálicas (aórtica e mitral) e fibrilação atrial que apresentou transtorno hemorrágico devido a anticoagulação com a warfarina mesmo dentro da faixa de segurança do medicamento.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso, análise de diagnóstico e conduta baseada na literatura publicada referente a acidente vascular cerebral hemorrágico. O estudo está protocolado sob o número 4.979.686 no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC) da cidade de Colatina, Espírito, Brasil. As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais a paciente foi submetido e revisão da literatura.

Relato De Caso: Paciente do sexo feminino, 48 anos, casada, do lar, G2P2(cesáreas)A0, portadora de duas válvulas mecânicas (aorta e mitral), chega ao pronto-socorro com início hemiparesia, queixando-se de convulsão local em membro superior direito que começou naquela manhã e “esquecimento do braço esquerdo” nos últimos 3 dias, sem nenhum evento desencadeante e sem demais alterações. Nega febre. Histórico da paciente: Portadora de duas válvulas metálicas (aorta e mitral) devido a complicações do quadro de febre reumática na infância. Realizou cinco cirurgias cardíacas, a primeira foi aos 19 anos para troca das válvulas mitral e aórtica por umaprótese biológica, 14 anos depois precisou realizar a troca da válvula mitral e colocou uma prótese mecânica, passaram-se 4 anos e precisou realizar outra cirurgia, dessa vez a troca da válvula aórtica por uma prótese metálica. Em 2012 passou por um quadro de endocardite infecciosa e precisou trocar novamente a válvula mitral, em 2016 a paciente desenvolveu outro quadro de endocardite infecciosa, mas dessa vez na válvula aórtica que resultou também em sua troca. Paciente em uso de Marevan 5 mg, Amitriptilina 25 mg, Veliija 40 mg, Espironolactona 25 mg, Furosemida 40 mg, Meraciclina 500000 UI, Macrodantina 100mg, Amoxicilina 500 mg, Alprazolam 0,5 mg, nega outras comorbidades e outros traumas. Alergia medicamentosa a sulfas. Recebeu inúmeras transfusões sanguíneas para realização das cirurgias. Nega etilismo e tabagismo. Realiza caminhada, 1,5km dia, 5 vezes por semana. Refere níveis controlados de INR e acompanhamento constante com cardiologista. Histórico Familiar: Avó e avô materno faleceram por infarto agudo do miocárdio, mãe sem comorbidades, pai falecido a cerca de 30 anos por acidente. Ao exame físico, lúcida em tempo e espaço, anictérica, acianótica, afebril, foram realizados testes neurológicos no local, como teste de Romberg, investigação da motricidade, força, marcha, dentre outros, que sugeriram quadro de acidente vascular hemorrágico. Pressão arterial estava 150x80 mmHg. As hipóteses diagnósticas para o caso em questão foram: transtorno hemorrágico devido à anticoagulação; Endocardite; Acidente vascular encefálico.

Exames laboratoriais: Hb13,9d/L; Ht 41,4%; Leucócitos 8.000/mm; Plaquetas 313.000; Ferro sérico 63; Ferritina 219,07; TSH 0,43; T4 0,93; FSH 3,98; LH 2,75; zinco 89,06 - VDRL não reagente - cobre 93,6 - FAN não reagente-INR 2,85.

Exames de imagem: Tomografia Computadorizada de Crânio: Foco hemorrágico com cerca de 15mm de diâmetro localizado entre os giros pré-central e frontal superior do lado esquerdo. Ressonância Magnética: Foco hemorrágico arredondado com cerca de 12 mm localizado entre os giros pré central e frontal superior do lado esquerdo. Nota-se sinais de edema ao redor, dado pelo hipersinal em FLAIR e T2 e pequeno realce marginal a contraste. Ecocardiograma Transesofágico com doppler colorido: Aumento discreto do átrio esquerdo (volume 39 ml/m²), ritmo sinusal, raiz da aorta e aorta ascendente com diâmetros normais. Não foi observado shunt interatrial, macrobolhas e nem trombos intracavitários. Angiografia Digital Cerebral: Boa opacificação de vasos intracranianos, ausência de aneurismas e malformações arteriovenosas, sistema venoso sem alterações. Angioressonância Magnética do Encéfalo: Artérias carótidas internas, vertebrais e basilar pérvias com trajeto, calibre e intensidade de sinal de fluxo preservados. Segmentos identificados do polígono de Willis com trajeto, calibre e atenuação para fluxo normais. Não há evidências de estenoses, dilatações aneurismáticas ou malformações arterio-venosas nos segmentos arteriais estudados.

Tomografia Computadorizada do Tórax: Esternorrafia, borramento da gordura mediastinal retroesternal compatível com manipulação cirúrgica. Pulmão esquerdo com volume reduzido e contendo fibrose em seu lobo inferior. Aumento (volumétrico e numérico) de linfonodos mediastinais. Cardiomegalia.

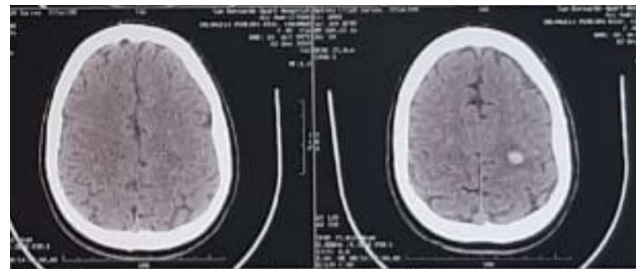


Figura 1. Tomografia de crânio evidenciando foco hemorrágico entre os giros pré-central e frontal superior do lado esquerdo



Figura 2. Tomografia de crânio evidenciando uma exacerbação do foco hemorrágico após tentativa da reintrodução da warfarina

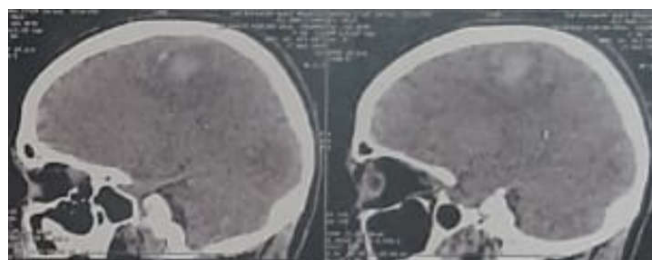


Figura 3. Tomografia de crânio realizada dia 30/12/19 evidenciando controle do hematoma no lobo parietal esquerdo associado a edema circunjacente

RESULTADOS

A paciente foi submetida a tratamento com fenitoína 100 mg 8/8h por VO, retirou-se a anticoagulação feita pelo uso do Marevan e encaminhou-a para unidade de terapia intensiva (UTI) para monitorização dos sintomas e investigação do caso. Após três dias, recebeu alta da UTI e foi encaminhada para o quarto. A anticoagulação com Warfarina foi suspensa por oito dias, ficando a paciente a mercê de eventos trombóticos devido à presença das válvulas metálicas, na tentativa de paralisar o sangramento, paciente perdeu temporariamente o movimento do membro superior direito e introduziu-se a enoxaparina Sódica 80 mg de 12/12 H. Após o prazo, foi realizada a prescrição novamente da Warfarina para reestabelecer a coagulação, todavia, após dois dias foi identificado novamente um foco hemorrágico, dessa vez de maior diâmetro localizado em tomografia computadorizada de crânio, fazendo com que além do movimento do membro superior direito, a paciente perdesse o movimento do membro inferior direito. Paciente precisou retornar a UTI por mais três dias. Decidiu-se então suspender a anticoagulação por mais quinze dias, para que o organismo conseguisse absorver todo o conteúdo sanguíneo, na tentativa de se estabelecer hemodinamicamente impedindo novos focos. Após esse período, foi tentado novamente a anticoagulação inicial com enoxaparina sódica 80 mg de 12/12H e depois sete dias foi introduzida a Warfarina. Após 33 dias de internação, paciente recebeu alta, foi submetida a outra

tomografia identificando-se que não ocorreram mais sangramentos cerebrais, sugerindo o controle do quadro. Cerca de duas semanas depois e com o auxílio de fisioterapia os movimentos do lado direito do corpo voltaram e a paciente não apresentou nenhuma sequela fixa, permanece utilizando a Warfarina de 5 mg/dia até os dias de hoje, sem o aparecimento de novos eventos.

DISCUSSÃO

De acordo com o Protocolo de Acidente Vascular Cerebral disponibilizado pelo Governo do Estado do Espírito Santo (2018), durante o atendimento ao paciente com suspeita de AVC hemorrágico, a equipe de saúde deve atentar-se ao menos um dos seguintes sinais e sintomas apresentados pelo paciente, os quais indicam déficit focal de instalação súbita: hemiparesia, alteração da fala, paralisia facial central, cefaleia intensa associada a algum déficit focal, vertigem associada a visão dupla, dificuldade de deglutir e/ou fala arrastada e apresentar hipertensão arterial, diabetes, doença cardíaca ou fibrilação atrial. Caso o paciente não se enquadre em uma destas condições, ele deverá permanecer em observação clínica no hospital. No entanto, diante da confirmação de algum desses sinais/sintomas, o hospital geral deverá verificar o horário inicial dessa manifestação e se atentar ao ICTUS (última hora em que a pessoa se apresentava assintomática). Ainda seguindo o mesmo protocolo, uma vez internado com manifestações clínicas de AVC hemorrágico, o paciente deve ser avaliado pelo profissional da neurocirurgia e a abordagem deve ser feita de forma imediata para controle da pressão arterial. Para isso, o paciente deve ser mantido em leito com monitorização na Unidade de Alta Dependência de Cuidados (UADC) ou em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), até que a pressão arterial esteja controlada. Os pacientes com clínica de AVC hemorrágico devem receber os seguintes cuidados: monitorização do paciente (Pressão Arterial não invasiva, monitoração cardíaca contínua, oximetria e temperatura axilar), realizar a coleta da glicemia capilar à admissão (monitoração de 4/4h no caso de glicemia normal à admissão ou monitorar de 1/1h se glicemia alterada a admissão), puncionar acesso venoso calibroso, preferencialmente em membro não paralisado, realizar eletrocardiograma em 12 derivações e coletar hemograma, glicemia, atividade de protrombina, tempo parcial de tromboplastina ativada, plaquetas, sódio, potássio, creatinina e ureia. Além disso, a equipe de saúde também deve atentar-se quanto ao manejo da pressão arterial, indicação de tratamento cirúrgico, prevenção da trombose venosa profunda e prescrição de fármacos para incômodos causados pela internação.

Quanto à alta hospitalar, poderá ocorrer se houver estabilização e/ou redução do volume do hematoma, associado ao controle da PA (PAS < 130 mmHg e PAD < 90 mmHg. Caso o paciente ainda não possua condições clínicas de alta hospitalar, devido a complicações clínicas associadas ao AVC, ele deverá permanecer em observação até que o quadro melhore. Vale frisar que no caso da paciente relatada o evento hemorrágico aconteceu dentro da faixa de segurança da medicação, deixando um dilema para os profissionais da saúde que estavam cuidando do quadro e necessitando de uma maior atenção em sua alta, visto que a normalidade da razão normalizada internacional (INR) do tempo de protrombina não traria segurança nessa situação. Para discutir um pouco mais acerca do quadro descrito acima, é importante ressaltar que a paciente do caso em questão teve um quadro de AVCH induzido pelo uso da warfarina, a qual é uma medicação utilizada amplamente para terapias anticoagulantes e prevenção de acidentes vaso oclusivos, como o acidente vascular isquêmico, principalmente em pacientes com fibrilação atrial, sendo a única medicação disponível e segura para esse tipo de arritmia no mercado farmacêutico. No entanto, estudos mais recentes vêm constatando que a warfarina pode aumentar o risco de hemorragias, justamente por fazer uma função de anticoagulação, sem trazer nenhum benefício para a doença na qual ela estava sendo usada (SHAH *et al.*, 2014). É importante ressaltar ainda que a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Sistema Único de Saúde (CONITEC), lançou um relatório no segundo semestre de 2020, o qual não recomenda o uso de terapias anticoagulantes para a prevenção de AVC em pacientes

com arritmia cardíaca. Pois, segundo ela, “não há equilíbrio positivo entre os reais benefícios e o risco de efeitos colaterais”.

Dessa forma, no que diz respeito à conduta do quadro de paciente com AVC hemorrágico em uso de warfarina ou qualquer outra medicação anticoagulante, é necessário que a equipe hospitalar fique atento à clínica da paciente. A conduta inicial se trata de retirar a medicação para contenção da hemorragia mesmo que o paciente fique à mercê de possíveis eventos tromboembólicos, na tentativa que o próprio organismo absorva o hematoma, e após isso, voltar com o uso dessa medicação de forma gradual e sempre observando se haverá novos focos de hemorragia. Entretanto, o momento ideal de se iniciar novamente a anticoagulação é atualmente incerto. Segundo Mac Grory *et al* (2019), a introdução do anticoagulante diminui cerca de 75% a possibilidade de eventos trombóticos, no entanto, estima-se que a retomada da medicação não possa ser feita em um período inferior a duas semanas do evento inicial, caso contrário o risco diário de um novo foco hemorrágico pode ser elevado. No quesito do prognóstico, um estudo de coorte realizado na Dinamarca concluiu que a retomada do tratamento com warfarina posteriormente ao evento de AVC hemorrágico espontâneo foi associada a taxas menos elevadas de eventos isquêmicos subsequentes, configurando-se como um bom prognóstico.

CONCLUSÃO

Inicialmente, faz-se necessário salientar a importância de se discutir um pouco mais acerca do quadro descrito acima, é importante ressaltar que a paciente do caso em questão teve um quadro de AVC hemorrágico facilitado pelo uso da warfarina, a qual é uma medicação utilizada amplamente para terapias anticoagulantes e prevenção de acidentes vaso oclusivos devido a outras doenças, como fibrilação atrial. No entanto, estudos mais recentes vêm constatando que a warfarina pode aumentar o risco de hemorragias, justamente por fazer uma função de anticoagulação, sem trazer nenhum benefício para a doença na qual ela estava sendo usada. Portanto, resta admitir que no que diz respeito à conduta do quadro de paciente com AVC hemorrágico em uso de warfarina ou qualquer outra medicação anticoagulante, é necessário que a equipe hospitalar fique atento à clínica da paciente. A conduta inicial se trata de retirar a medicação para contenção da hemorragia e após isso, voltar com o uso dessa medicação de forma gradual e sempre observando se haverá novos focos de hemorragia. Por fim, ressaltamos a importância de se realizar mais estudos sobre essa temática, visto a pequena quantidade de literatura existente, a fim de melhorar a abordagem terapêutica desses pacientes, possibilitando um melhor prognóstico e maiores expectativas de vida.

REFERÊNCIAS

- MAC GRORY B. *et al.* 2020. Intravenous Fibrinolysis for Central Retinal Artery Occlusion: A Cohort Study and Updated Patient-Level Meta-Analysis. *Stroke*. Jul;51(7):2018-2025. doi: 10.1161/STROKEAHA.119.028743. Epub 2020 Jun 17. PMID: 32568646.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2020. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC. Brasília: Ministério da Saúde.
- SESA. 2018. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. Abordagem aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral – Protocolo Clínico.
- SHAH *et al.* 2014. Warfarin use and therisk for stroke and bleeding in patients with atrial fibrillation under going dialysis; *Circulation*, vol 129, nº 11.
- MAC GRORY, B.. *et al.* 2019. Retomada da anticoagulação após acidente vascular cerebral por fibrilação atrial. *Curr Atheroscler Rep* 21, 29.