14 | CAPÍTULO

TEMPO DE ATENDIMENTO AO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO

Mariana Bertucco Bazan
Leony Carneiro Nunes
Alessandra Almeida Rocha
Igor Wilke Dalla Rosa

RESUMO

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico é uma emergência médica tempo-dependente, na qual a extensão da lesão encefálica aumenta progressivamente enquanto a oclusão arterial persiste. Estima-se que, em um AVC isquêmico típico de grande vaso não tratado, cerca de 1,9 milhão de neurônios sejam perdidos a cada minuto, o que fundamenta o conceito de que "tempo é cérebro" (SAVER, 2006). Por isso, a rapidez no reconhecimento dos sintomas, no transporte, na avaliação diagnóstica e no início da terapia de reperfusão é determinante para o prognóstico.**Objetivo:** Analisar, por meio da literatura, a relação entre o tempo de atendimento e os desfechos clínicos no AVC isquêmico agudo, com ênfase nas janelas terapêuticas da trombólise intravenosa e da trombectomia mecânica e na organização dos sistemas de atendimento. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica fundamentada em diretrizes clínicas, ensaios clínicos randomizados, metanálises e revisões sobre o tempo de atendimento e as terapias de reperfusão no AVC isquêmico agudo. **Resultados e Discussão:** Metanálise com dados individuais de 6.756 pacientes de nove ensaios clínicos randomizados demonstrou que a alteplase intravenosa aumenta a chance de desfecho funcional favorável quando administrada em até 4,5 horas do início dos sintomas, com benefício proporcionalmente maior quanto mais precoce o tratamento: a razão de chances foi de 1,75 no tratamento em até 3 horas, 1,26 entre 3 e 4,5 horas e sem benefício significativo após 4,5 horas (EMBERSON et al., 2014). Na trombectomia mecânica para oclusão de grandes vasos, metanálise de cinco ensaios randomizados com 1.287 pacientes mostrou que o benefício diminui com o atraso até a punção arterial e deixa de ser significativo após cerca de 7,3 horas nos pacientes

selecionados por critérios convencionais; entre os que obtiveram reperfusão, cada hora de atraso associou-se a maior incapacidade e menor independência funcional (SAVER et al., 2016). Por outro lado, o ensaio DAWN demonstrou benefício da trombectomia realizada entre 6 e 24 horas em pacientes selecionados por discrepância entre a gravidade clínica e o volume do infarto, com independência funcional em 49% dos pacientes tratados, contra 13% no grupo controle (NOGUEIRA et al., 2018). Esses achados indicam que a seleção por neuroimagem ampliou a janela terapêutica para parte dos pacientes, sem eliminar a importância do tratamento precoce. As diretrizes da American Heart Association/American Stroke Association reforçam a organização de sistemas de atendimento ao AVC nos âmbitos pré-hospitalar e hospitalar (POWERS et al., 2019). No Brasil, a implementação das terapias de reperfusão no sistema público de saúde depende de serviços estruturados, capazes de reduzir atrasos em todas as etapas do atendimento (MARTINS et al., 2023).**Considerações Finais:** O tempo entre o início dos sintomas e a reperfusão é um dos principais determinantes do prognóstico no isquêmico. A redução dos atrasos exige reconhecimento precoce pela população, atendimento pré-hospitalar ágil, protocolos hospitalares integrados, acesso à neuroimagem e redes regionais capazes de oferecer trombólise e trombectomia em tempo oportuno.

Palavras-chave: AVC Isquêmico; Tempo para o Tratamento; Terapia Trombolítica; Trombectomia.

REFERÊNCIAS

EMBERSON, J. et al. Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. **The Lancet**, London, v. 384, n. 9958, p. 1929-1935, 2014. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60584-5.

MARTINS, S. C. O. et al. Reperfusion therapy for acute ischemic stroke: where are we in 2023? **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 81, n. 12, p. 1030-1039, 2023. DOI: 10.1055/s-0043-1777721.

NOGUEIRA, R. G. et al. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 378, n. 1, p. 11-21, 2018. DOI: 10.1056/NEJMoa1706442.

POWERS, W. J. et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke. **Stroke**, Dallas, v. 50, n. 12, p. e344-e418, 2019. DOI: 10.1161/STR.0000000000000211.

SAVER, J. L. Time is brain—quantified. **Stroke**, Dallas, v. 37, n. 1, p. 263-266, 2006. DOI: 10.1161/01.STR.0000196957.55928.ab.

SAVER, J. L. et al. Time to treatment with endovascular thrombectomy and outcomes from ischemic stroke: a meta-analysis. **JAMA**, Chicago, v. 316, n. 12, p. 1279-1288, 2016. DOI: 10.1001/jama.2016.13647.