

Resumo Clínico - AVC

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, estima-se que a doença cerebrovascular permaneça entre as quatro principais causas de mortalidade até o ano de 2030. A doença pode provocar sequelas permanentes, o que gera necessidade de adaptação familiar, demanda constante do sistema de saúde e custos. O acidente vascular cerebral (AVC) compartilha com as doenças cardiovasculares os fatores de risco, como tabagismo, dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes, obesidade e sedentarismo.

Classificação

O AVC pode ser classificado entre **isquêmico ou hemorrágico**.

O AVC isquêmico é o mais frequente e ocorre quando há obstrução da irrigação sanguínea de determinada área cerebral. Em geral, a isquemia é de origem trombótica, usualmente por processo de aterosclerose, ou embólica, quando trombos de origem cardíaca ou arterial, como as carótidas, migram para as artérias encefálicas.

O AVC hemorrágico pode se manifestar como hemorragia subaracnóide ou hemorragia cerebral (intraparenquimatosa). A primeira ocorre quando há extravasamento de sangue para o espaço subaracnóideo, geralmente por ruptura de aneurisma intracraniano. A hemorragia cerebral é a principal forma de AVC hemorrágico e usualmente está associada à hipertensão arterial. Causas menos comuns, mas de relevância no diagnóstico, são os sangramentos sobrepostos a neoplasias ou por ruptura de malformação de vasos.

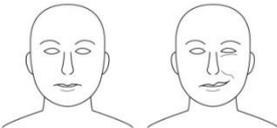
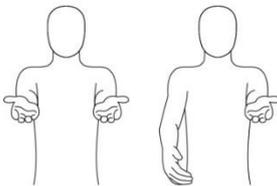
AVC agudo

Na abordagem do evento agudo, quando o usuário procura a unidade com quadro clínico sugestivo de AVC (Quadro 1), a equipe deve realizar o primeiro atendimento (Quadro 2), avaliar sinais vitais, glicemia capilar para afastar hipoglicemia, fazer exame neurológico sucinto e encaminhar o paciente para emergência, através do SAMU, para definição do tipo de AVC e do manejo adequado. No caso de AVC isquêmico, o paciente será avaliado para a possibilidade de trombólise endovenosa dentro de 4 a 5 horas do início dos sintomas. Portanto, quanto mais rápida é feita a transferência, melhor é o prognóstico do paciente. Em caso de hemorragia, estudo

de vasos, avaliação do neurocirurgião e monitorização são necessárias. Idealmente, todos os pacientes internados por AVC de qualquer etiologia devem receber alta com investigação etiológica completa.

Quadro 1. Quadro clínico sugestivo de AVC
<p>Início súbito de:</p> <p>Fraqueza ou dormência em um lado do corpo,</p> <p>Confusão, dificuldade para falar ou entender,</p> <p>Dificuldade para enxergar com um ou ambos os olhos,</p> <p>Dificuldade para andar, tontura ou incoordenação,</p> <p>Cefaleia intensa e súbita sem causa aparente.</p>

Fonte: Adaptado de **Manual de rotinas para atenção ao AVC**, Ministério da Saúde (2013).

Quadro 2. Conduta frente a paciente com quadro sugestivo de AVC na Atenção Primária à Saúde					
1. Identificar data do início dos sintomas.					
2. Identificar hora do início dos sintomas.					
3. Aferição dos sinais vitais e glicemia capilar.					
4. Verificar história de diabetes, epilepsia, demência (excluir delirium*) e dependência química (álcool**).					
5. Aplicar escala de Cincinatti.					
<p>*delirium: insuficiência cerebral reversível caracterizada por hipoatividade ou hiperatividade. Pode ser causado por infecções (pulmonar, urinária, intestinal); por distúrbios metabólicos (insuficiência renal aguda, hiponatremia) ou medicamentos (benzodiazepínicos, neurolépticos)</p> <p>** a abstinência do álcool causa <i>delirium tremens</i> caracterizados por tremores, ansiedade, insônia, inquietação e alucinações. Costuma iniciar 6 horas após diminuição ou interrupção do uso de álcool.</p>					
Escala de Cincinatti					
Dê um sorriso		Levante os Braços		Fale a frase: o Brasil é o rei do futebol.	
					
() Normal	() Alterado	() Normal	() Alterado	() Normal	() Alterado
Um dos critérios alterados é sugestivo de AVC					

Fonte: Adaptado de **Manual de rotinas para atenção ao AVC**, Ministério da Saúde (2013).

Acidente isquêmico transitório (AIT)

O AIT é definido clinicamente como um déficit neurológico focal que regride totalmente em até 24 horas após o início. Pacientes com AIT apresentam maior risco de AVC e o tratamento precoce com antiagregante plaquetário, estatina e controle rigoroso da pressão arterial está indicado. Pacientes com fatores de risco cardiovascular devem ser encaminhados à emergência para investigação etiológica e assim prevenir a ocorrência de um AVC. O escore ABCD2 pode ser utilizado para prever o risco de AVC em sete dias. Pacientes com escore até 4 têm 0,4% de risco em sete dias, para escore 5 esse valor é 12% e escore 6 é 31%.

Quadro 3. Escore ABCD2	
Preditor	Pontuação
Idade \geq 60 anos	1
PAS $>$ 140 ou PAD \geq 90	1
Diabetes	1
Perda de força unilateral	2
Dificuldade de fala sem fraqueza	1
Sintomas com duração \geq 60 min	2
Sintomas com duração entre 10-59 min	1
Sintomas com duração $<$ 10 min	0

Investigação etiológica

Idealmente, o paciente deve sair da internação com a investigação etiológica completa da causa do AVC ou AIT. Essa medida é fundamental para diminuir o risco de recorrência.

- AVC isquêmico em paciente com mais de 45 anos: o mínimo da investigação deve incluir ECG repouso, ecocardiograma, ecodoppler de carótidas e rastreamento para diabetes e dislipidemia. Pacientes sem fatores de risco e com investigação inicial negativa, podem ser candidatos a uma investigação mais extensa, semelhante àquela dos pacientes com menos de 45 anos.

- AVC isquêmico em paciente com menos de 45: a investigação precisa ser individualizada, mas idealmente inclui ressonância magnética de crânio e estudo de imagem dos vasos intra e extracranianos. Sorologias e rastreamento para causas inflamatórias, genéticas e trombofilias podem estar indicados.

- AVC hemorrágico/hemorragia subaracnóide: como a principal causa desta condição é a ruptura de aneurisma intracraniano, todos os pacientes devem ser investigados precocemente, ainda na internação, e preferencialmente nas primeiras 24 horas de início dos sintomas, com estudo de vasos intracranianos, como angiotomografia e arteriografia. A intervenção precoce, nesses casos, está associada a um melhor prognóstico.
- AVC hemorrágico/hemorragia intracerebral: a principal causa é a hipertensão arterial e a investigação deve ser orientada pela localização e aspecto da lesão no exame de imagem. Localizações características de hemorragia por hipertensão podem não necessitar de investigação adicional (núcleos da base e regiões subcorticais adjacentes, profundidade do cerebelo e parte central da ponte). Em casos duvidosos, pode haver a suspeita de neoplasia ou malformação de vasos. Nesses casos, o estudo de vasos e a ressonância magnética estão indicados.

Prevenção Secundária

A ação da Atenção Básica na linha de cuidado do AVC não se resume ao evento agudo. Nos pacientes com doenças crônicas cardiovasculares, deve ser realizado o tratamento, com abordagem ampliada, não restrita à prescrição de medicamentos, mas envolvendo atuação multiprofissional e atuando na promoção do autocuidado e cuidado compartilhado, bem como realizando estratificação de risco e acompanhamento próximo dos casos de mais alto risco. Dentre os temas para abordagem aos pacientes de risco, devem ser ressaltados os sinais de alerta para AVC, enfatizando para que o usuário e a família saibam da importância de procurar os serviços de saúde nos primeiros sintomas e assim possibilitar o tratamento em tempo oportuno.

Quadro 4. Ações de prevenção secundária em pacientes com AVC	
<i>Antiagregação plaquetária</i>	Todo paciente com história de AVC isquêmico deve receber AAS 100-300 mg/dia ou clopidogrel 75 mg/dia.
<i>Estatinas</i>	Administrar estatina independente da colesterol LDL basal para pacientes com AIT ou AVC isquêmico de origem aterosclerótica. Recomenda-se atorvastatina (80 mg) ou sinvastatina (40 mg).
<i>Controle da hipertensão arterial sistêmica</i>	Para tratamento da fase aguda/hiperaguda, evitar administrar anti-hipertensivo antes que o paciente chegue ao serviço de Emergência; considerar apenas se PAS \geq 180 ou PAD \geq 110. Após a fase aguda, o alvo a ser atingido é 120/80 mmHg. A primeira escolha de anti-hipertensivo pós-AVC é diurético ou a combinação de diurético e inibidor da ECA.
<i>Controle do diabetes</i>	Alvo de hemoglobina glicosilada em torno de 7%, porém é importante evitar hipoglicemiante (tanto no evento agudo quanto após).

<p><i>Terapia antitrombótica na Fibrilação atrial</i></p>	<p>Devido ao risco de sangramento do tecido isquêmico, o tempo para iniciar anticoagulação após o AVC não está bem estabelecido. Em AVC de pequena extensão, pode ser iniciada imediatamente. Em AVC de extensão moderada, deve ser iniciado após cinco a sete dias. Em AVC de grande extensão deve-se aguardar cerca de duas semanas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - anticoagulação com varfarina visando RNI entre 2 e 3. Lembrar que idade avançada isoladamente não deve ser contraindicação ao uso. - Pacientes com contraindicação social ou dificuldade em aderir ao controle do RNI prescrever: <ul style="list-style-type: none"> - Dupla antiagregação (AAS 100 mg + clopidogrel 75 mg), - Novos anticoagulantes: dabigatram 150 mg 2x ao dia ou rivaroxabam 20 mg 1x/dia (contraindicados em insuficiência renal, hepática ou doença valvar cardíaca). - Pacientes com contraindicação à anticoagulação por risco de sangramento cerebral (AVC hemorrágico prévio) prescrever: AAS 300 mg.
<p><i>Estenose carotídea com AVC em território arterial ipsilateral (doença carotídea sintomática)</i></p>	<p>Estenose carotídea maior ou igual a 70%: endarterectomia em todos os pacientes, em até seis meses, de preferência nas primeiras duas semanas do evento;</p> <p>Estenose carotídea entre 50% e 69%: indicação deve ser individualizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - idade maior que 75 anos; - sexo masculino; - comorbidades; - gravidade dos sintomas. <p>- Estenose menor que 50%: tratamento clínico de fatores de risco.</p>
<p><i>Estenose carotídea com AVC em território arterial contralateral (doença carotídea assintomática)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estenose entre 60% e 99%: benefício de endarterectomia discutível, apenas em casos muito selecionados. - Estenose abaixo de 60%: tratamento clínico de fatores de risco.

Fonte: Telessaunders/UFRGS (2016).

Estenose carotídea sintomática

Pacientes que apresentam doença carotídea sintomática (estenose carotídea e AVC em território arterial ipsilateral) com estenose carotídea maior ou igual a 70% devem ser submetidos à endarterectomia em até seis meses, preferencialmente nas primeiras duas semanas do evento. Estenoses entre 50% a 69% apresentam indicação individualizando, sendo benéfica especialmente em pessoas com mais de 75 anos, do sexo masculino, com comorbidades crônicas e evento isquêmico de maior gravidade. Para estenoses inferiores a 50%, o tratamento deve ser clínico, voltado para manejo dos fatores de risco e prevenção secundária de novos eventos.

Reabilitação

A reabilitação deve começar o mais precoce possível, assim que o paciente tenha condições clínicas e preferencialmente já na internação. No domicílio, o paciente e sua família precisam ser educados para a adaptação às novas limitações e manter o máximo de funcionalidade. A mobilidade do membro parético deve ser estimulada com movimentos repetitivos e nas atividades de vida diária. Quando possível, fisioterapia motora precoce deve ser estimulada. Outras questões a serem abordadas são disfagia, incontinência urinária, hábito intestinal, depressão e lesões de pele.

Quando encaminhar

Casos agudos de suspeita de AVC devem ser encaminhados obrigatoriamente para avaliação em serviço de emergência. Idealmente, esses pacientes recebem alta com investigação etiológica completa e orientações para seguir acompanhamento específico, se assim for o caso. A maioria dos pacientes não necessita seguir acompanhamento em serviço especializado, podendo ser atendida na APS, com controle rigoroso de fatores de risco e reabilitação.

Sugere-se encaminhamento para serviços especializados nas seguintes condições clínicas:

Para neurologia:

- AVC hemorrágico recente sem etiologia definida ou sem investigação completa na emergência;
- AVC isquêmico em paciente com menos de 45 anos;
- AVC isquêmico com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência;
- AVC isquêmico ou AIT com evidencia de obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, entre 50% a 69%.

Para cirurgia vascular ou neurocirurgia:

- AVC isquêmico ou AIT em paciente com obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, maior ou igual a 70% que não foi submetido a procedimento cirúrgico emergencial no momento do diagnóstico.

REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2016.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 72.

CAPLAN, L. R. **Overview of the evaluation of stroke**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-evaluation-of-stroke>>. Acesso em: 16 fev. 2016.

FURIE, K. L.; ROST, N. S. **Overview of secondary prevention of ischemic stroke**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-secondary-prevention-of-ischemic-stroke>>. Acesso em: 16 fev. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

TelessaúdeRS/UFRGS

Rua Dona Laura, 320 – 11º andar

Bairro Rio Branco

CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS

Tel.: (51) 3333-7025

Site: www.telessauders.ufrgs.br

E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Supervisão Geral:

Erno Harzheim

Organizadores:

Erno Harzheim

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Autores:

Ângela Jornada Ben

Artur Francisco Schumacher Schuch

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Designer:

Luiz Felipe Telles

Revisão:

Letícia Felipak dos Passos Martins

Rosely de Andrades Vargas

TelessaúdeRS/UFRGS 2016
Porto Alegre – RS.