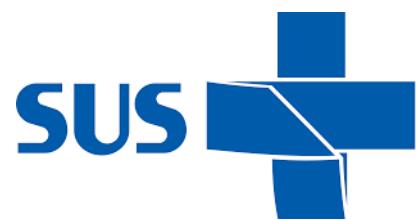




PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**FEIRA DE SANTANA**



## **POP 02: Acidente Vascular Cerebral**



**SAMU  
192**

## ELABORADORES

**Maíza Sandra Ribeiro Macedo**

**Coordenação Geral**

**Layara Souza**

**Coordenação Administrativa**

**Mayra Batista Almeida**

**Coordenação de Enfermagem**

**Agnor Christy Oliveira Ribeiro**

**Coordenador Médico**

**Fabricia Passos Pinto**

**Coordenação do NEP**

**Bruno Passos Sampaio**

**Médico do NEP**

## COLABORADORES

**Elisyanne Gleyce de Oliveira Morais**

**Interna de medicina – estagiária SAMU**

**Luciane Aparecida Silva Brito Vieira –  
Supervisora Técnica**

**Equipe Assistencial SAMU 192**

**Emissão: Março/2020**



## POP 02: ACIDENTE VASCULAR CELEBRAL

- ✓ O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda maior causa de morte no Brasil, atrás apenas, do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Embora, basta um fator de risco como a HAS, para o AVC.
- ✓ A cada 5 minutos, um brasileiro morre em decorrência dessa doença, contabilizando mais de 100 mil óbitos por ano.
- ✓ Adicionalmente, quando não leva a óbito, determina algum grau de sequela, impactando diretamente na funcionalidade e qualidade de vida do indivíduo acometido.
- ✓ **O tempo de condução do paciente até um hospital capacitado** para realizar o tratamento do AVC é determinante do prognóstico destes indivíduos.
- ✓ A depender do tamanho e/ou localização do AVC, os pacientes podem cursar com rebaixamento do nível de consciência e instabilidade ventilatória havendo risco real de óbito nos momentos iniciais da instalação do quadro.
- ✓ A realização de **TC de crânio** é imperativa em todos os casos suspeitos.

### 1 Conceito

- Instalação súbita (em 1 minuto) de déficit neurológico focal relacionado a um território vascular.
- Divide-se em dois grandes grupos baseados na fisiopatologia de lesão dos vasos: AVC isquêmico (AVCi) e AVC hemorrágico (AVCh).

### 2 Fatores de Risco:

✓ HAS	✓ Afro-americano
✓ Diabetes Mellitus	✓ Idade (dobra a cada 10 anos, a partir de 55 anos)
✓ Sexo masculino	✓ FA (Fibrilação atrial), estenose carotídea, doença coronariana
✓ Obesidade	✓ AIT (Ataque isquêmico transitório) prévio ou AVC prévio
✓ Hereditariedade	✓ Hábitos de vida (tabagismo, etilismo, sedentarismo)



### 3 AVCi (Acidente Vascular Cerebral Isquêmico)

- Decorrente da **obstrução do fluxo sanguíneo**. Há o acometimento de uma área cerebral, e formação de uma **área de penumbra** (tecido cerebral viável). Com uma rápida intervenção, há possibilidade de reperfusão da área de penumbra.
- **Hipertermia, hipotensão e aumento de glicose** podem piorar a recuperação da zona de penumbra, por isso, são parâmetros que merecem atenção e rápida intervenção.

#### 3.1 Etiologia:

- ✓ Aterosclerose de grandes artérias –20%
- ✓ Cardioembólico (exemplo: fibrilação atrial) –20%
- ✓ Aterosclerose de pequenas artérias –25%
- ✓ Outras causas (exemplo: dissecção arterial) –5%
- ✓ Mecanismo criptogênico/indeterminado –30%

**3.2 Tratamento:** Após monitorização multiparamétrica, fornecimento de oxigenoterapia suplementar (em pacientes com Hipoxemia) e instalação de acesso venoso periférico, serão estabelecidas condutas para controle dos distúrbios **visando recuperar a região da penumbra**.

##### 3.2.1 Manejo da Pressão Arterial:

➤ **Se for realizar trombólise:**

PAS entre 180-220 mmHg ou PAD entre 110-140 mmHg, administrar metoprolol IV, 5 mg em 5 minutos, podendo repetir a cada 10 minutos com dose máxima de 20 mg.

PAS > 220 mmHg ou PAD > 140 mmHg, iniciar nitroprussiato de sódio na dose de 0,5-10,0 mcg/kg/min.

Na ausência desses anti-hipertensivos, o uso de outros como a hidralazina, atensina, captopril ou enalapril.

Se PAS entre 180-220 mmHg ou PAD entre 110-140 mmHg, administrar metoprolol IV, 5 mg em 5 minutos, podendo repetir dose a cada 10 minutos com dose máxima de 20 mg.

**Objetivo: Diminuir até 15% do valor da pressão na primeira hora.**

➤ **Se não for realizar trombólise:**

- ✓ Manejar PA, se PAS >220 mmHg ou PAD>120 mmHg;
- ✓ Redução lenta e progressiva da Pressão Arterial.



### 3.2.2 Manejo da glicemia:

#### Obrigatório aferir HGT em todo paciente com déficit focal agudo

Manter faixa de glicemia entre 140-180 mg/dL.

Administrar insulina regular humana, via subcutânea, se necessário, para correção de hiperglicemia.

Corrigir hipoglicemia (< 70 mg/dL) conforme protocolo.

### 3.2.3 Trombólise

- ✓ A trombólise é realizada em ambiente intra-hospitalar; no entanto, é importante atentar-se para os critérios de inclusão do paciente, o tempo decorrido desde o início dos sintomas, além do cálculo do NIHSS, para otimização do tratamento pré-hospitalar.
  - ✓ **Critérios de inclusão:** acima de 18 anos, déficit clínico significativo de AVCi, TC de crânio sem evidências de hemorragia, estar entro da janela trombolítica; NIHSS >5 e < 25, com exceção de presença de afasia.
  - ✓ **Janela Trombolítica:** o HGCA trabalha com a janela de até 4,5h.
  - ✓ Vale ressaltar, que pacientes que acordam com o déficit, é considerado o horário que foram dormir. Se o período de sono for superior a 4,5 horas, ele torna-se não elegível à trombólise química, pois não há como definir o horário exato do início do evento.
  - ✓ Em serviços com hemodinâmica, a janela para trombectomia mecânica é de 6 horas. Alguns serviços trabalham com janela extendida, realizando trombectomia em até 24 horas.
- **NIHSS:** (National Institutes of Health Stroke Scale)

Escala para quantificar objetivamente o comprometimento causado pelo AVC. É essencial para tomada de decisão referente à trombólise.

Possui 11 itens, podendo variar sua pontuação de 0 a 42

Analisa nível de consciência, movimento ocular extrínseco, campos visuais, paresia facial, força muscular de MMSS e MMII, ataxia, sensibilidade, linguagem, disartria, extinção.



#### 4 AVCh (Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico)

Divide-se em intraparenquimatoso ou subaracnoide.

- **Intraparenquimatoso:** Geralmente decorrente de rompimento de aneurisma de Charcot Bouchard. Há déficit focal, cefaleia, náuseas, vômitos, rebaixamento no nível de consciência, PA elevada, crises convulsivas.
- **Subaracnoide:** Geralmente decorrente de aneurisma sacular. Há Meningismo, cefaleia com náusea ou vômito, déficit neurológico, perda de consciência, convulsão, cefaleia sentinela. A Paralisia do terceiro nervo pela proximidade com a comunicante posterior, é o déficit mais comum.

➤ **Conduta pré-hospitalar:**

- ✓ Manter glicemia entre 140-180 mg/dL.
- ✓ Manter pressão sistólica menor que 140mmHg.
- ✓ Atentar-se aos sinais de Hipertensão intracraniana: tríade de Cushing (bradipneia, bradicardia, hipertensão arterial). Iniciar osmoterapia, hiperventilação e sedação.

	AVCI	AVCH
<b>INCIDÊNCIA</b>	80%	20%
<b>FISIOPATOLOGIA</b>	Obstrução do fluxo sanguíneo	Rompimento de um vaso
<b>APRESENTAÇÃO MAIS COMUM</b>	Hemiparesia, acometimento do VII par craniano.	Cefaleia em trovoada, síncope, convulsão
<b>PROGNÓSTICO</b>	Variável	Reservado
<b>PA ALVO</b>	Trombólise? Não: PAS >220, PAD>120. Sim: PAS>185 PAD>110	PAS 140mmHg

**Obs: Não se diferencia AVCi de AVCh apenas pela clínica, o diagnóstico é dado por exame de imagem!**



## 5 Conduta Pré-Hospitalar

- ✓ Suspeitar do quadro ainda na regulação.
- ✓ Aplicar Escala de Cincinnati.
- ✓ Instalar monitorização.
- ✓ Proteção das vias aéreas.
- ✓ Manter em decúbito de 30°.
- ✓ Oferecer oxigenação, se  $\text{SPO}_2 < 92\%$ .
- ✓ Coleta de HGT.
- ✓ Manutenção de glicemia entre 140-180mg/dL.
- ✓ Instalar acesso venoso catéter 18G em MMSS.
- ✓ Controlar pressão arterial (Diminuir em 15%, de acordo com a indicação - analisar se paciente está em janela trombolítica ou não).
- ✓ Tratar hipertermia com antitérmico.
- ✓ Remover paciente conforme quadro clínico para Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA) ou outra unidade com suporte a paciente neurocrítico.
- ✓ Todos os pacientes em janela trombolítica, sem convênios de saúde, serão encaminhados para o HGCA, com comunicação prévia ao chefe de plantão, conforme Protocolo de AVC da referida unidade.

### ➤ ESCALA DE CINCINNATI

- ✓ É uma escala pré-hospitalar de AVC.
- ✓ Baseia-se na avaliação de 3 achados físicos em menos de 1 minuto.

#### 1) Paralisia facial

#### 2) Paresia em MMSS

#### 3) Alteração da fala

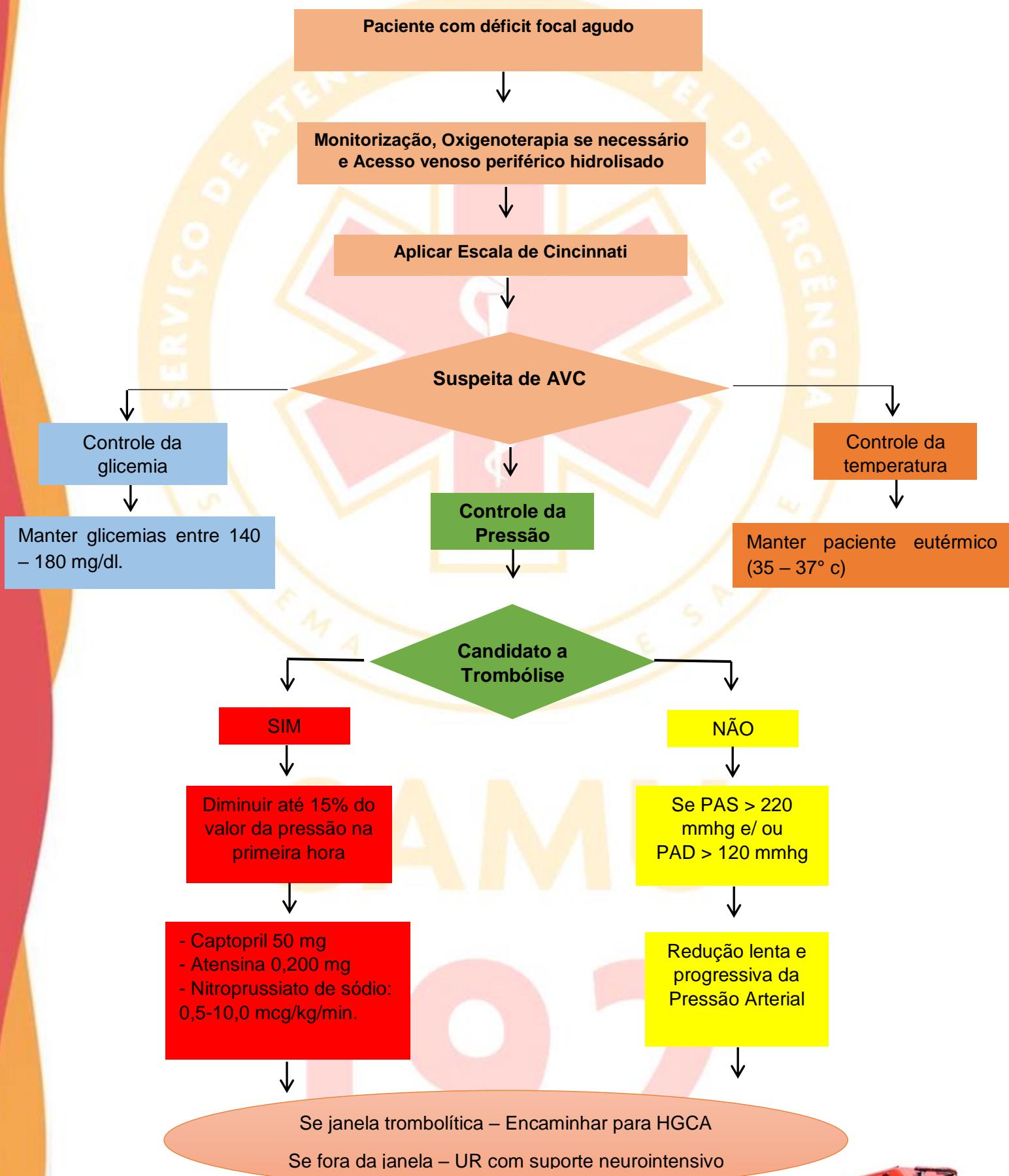
Paciente com aparecimento súbito de um desses achados tem 72% de probabilidade de um AVC isquêmico. Se os 3 achados estiverem presentes a probabilidade é maior que 85%.



**Lembre-se: Tempo é cérebro!!!**



## Fluxograma de atendimento ao paciente com suspeita de AVC



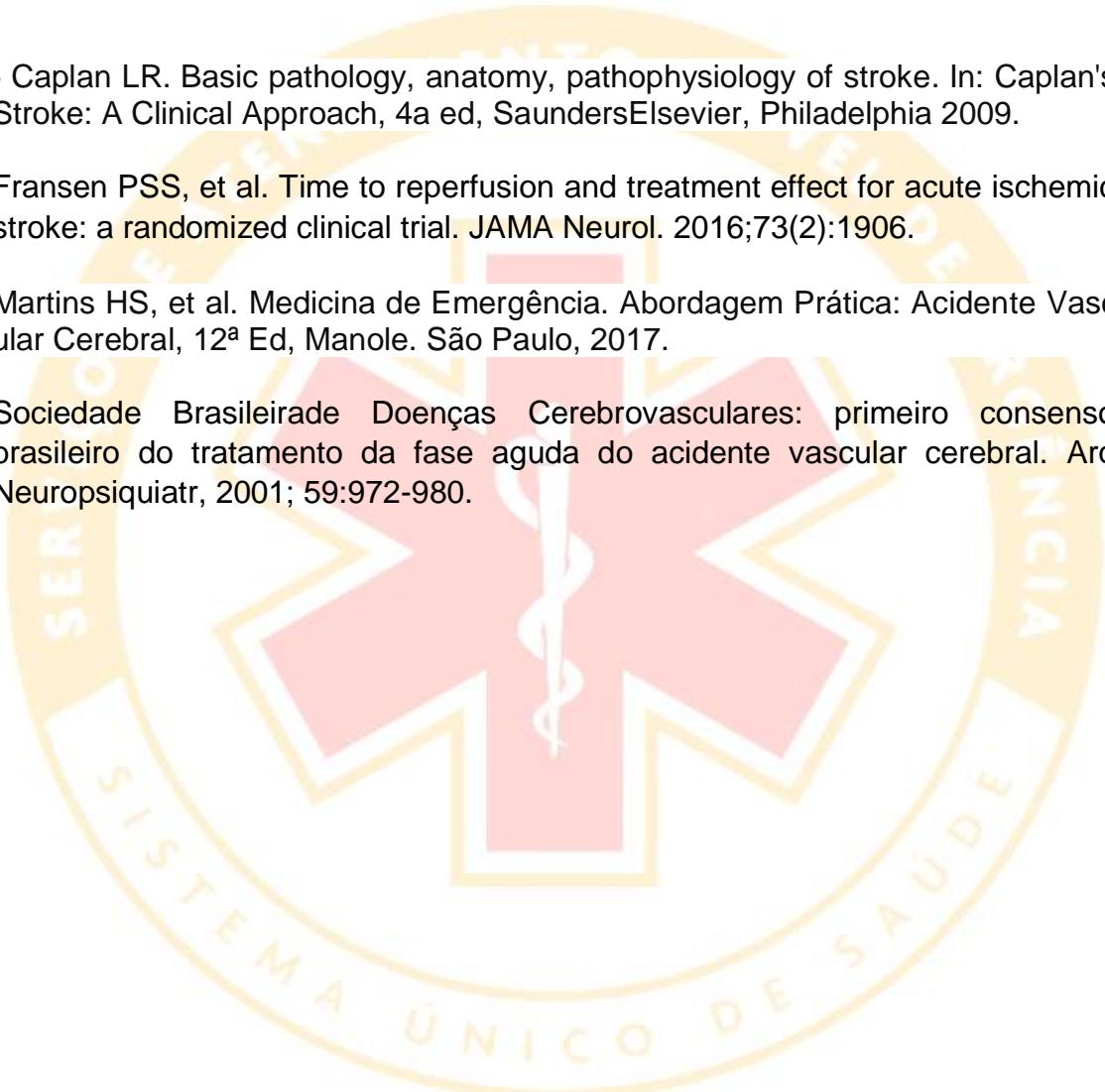
## REFERÊNCIAS

- Caplan LR. Basic pathology, anatomy, pathophysiology of stroke. In: Caplan's Stroke: A Clinical Approach, 4a ed, SaundersElsevier, Philadelphia 2009.

Fransen PSS, et al. Time to reperfusion and treatment effect for acute ischemic stroke: a randomized clinical trial. JAMA Neurol. 2016;73(2):1906.

Martins HS, et al. Medicina de Emergência. Abordagem Prática: Acidente Vascular Cerebral, 12ª Ed, Manole. São Paulo, 2017.

Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares: primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral. Arq Neuropsiquiatr, 2001; 59:972-980.



**SAMU**  
**192**

