

ATENDIMENTO A PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC): IDENTIFICAÇÃO RÁPIDA E MANEJO INICIAL

Jose Irlailson Alves Oliveira, Paulo Corjesu Brito Alves, Aline Marques, Beatriz Ferreira dos Santos, Lethycia de Lima Queiroz Santos, Gabriel da Silva Nascimento, Isabella Felisberto Cândido, Lara Teixeira Cipriano, Nathally Merielly jansen Pereira Reis, Carolina Pereira Moreno, Maria Cecilia Custodio Do Nascimento, Alessandra Claudino Dos Santos Pacheco, Natielen Maria Silveira Leite, Amanda Ludwig Johann

REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença debilitante, com alta taxa de morbidade e mortalidade, afetando cada vez mais indivíduos jovens. Divide-se em AVC isquêmico e hemorrágico, sendo o primeiro mais prevalente. Esta condição está intrinsecamente ligada a comorbidades como hipertensão e diabetes mellitus, que estão em ascensão na população brasileira.. **Objetivo:** Analisar como ocorre o atendimento de pacientes com Acidente Vascular Cerebral. **Método:** Trata-se de uma revisão da narrativa da literatura. Na coleta foi realizada uma busca bibliográfica por meio de um levantamento de dados nas busca de fontes científicas constituídas pelos recursos eletrônicos nas seguintes: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library On-line (SciELO) e a Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) publicados no período de 2019 a 2024, utilizando-se dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Acidente Vascular Cerebral, emergência e assistência sob intermédio do operador booleano AND. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos cinco anos, redigidos em português, inglês e espanhol, com textos disponíveis na íntegra. E como critérios de exclusão os textos duplicados e aqueles que não responderam ao objetivo da investigação. **Resultados e Discussão:** O diagnóstico inicial de um episódio suspeito de AVC requer a distinção entre um AVC isquêmico estabelecido e um Acidente Isquêmico Transitório (AIT), este último caracterizado por sintomas neurológicos focalizados que duram menos de uma hora, com completa recuperação dentro desse período. Exames de imagem são essenciais para confirmar a ausência de lesão tecidual. O suporte inicial ao paciente inclui a avaliação dos sinais vitais, garantindo uma via aérea desobstruída e verificando sinais de choque. **Considerações finais:** A identificação e o manejo inicial dos acidentes vasculares cerebrais, especialmente os isquêmicos, são de extrema importância não apenas para neurologistas, mas também para clínicos gerais e emergencistas, devido à sua alta prevalência e às sérias consequências para a saúde. O diagnóstico clínico deve ser feito rapidamente, pois uma intervenção precoce está associada a uma significativa redução da morbimortalidade, tanto em casos de Acidente Isquêmico Transitório quanto em isquemias e hemorragias cerebrais.

Palavras- chave: Acidente Vascular Cerebral, Emergência, Assistência

Dados da publicação: Artigo publicado em Julho de 2024

DOI: <https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.73>

Autor correspondente: *Beatriz Carraca Pitta*

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma condição médica grave e debilitante que pode levar à incapacidade e tem alta taxa de mortalidade, afetando cada vez mais pessoas jovens. É classificado em dois tipos principais: isquêmico e hemorrágico, sendo o isquêmico mais comum. Este tipo de AVC está fortemente associado a comorbidades como hipertensão e diabetes mellitus, que são fatores de risco em crescimento na população brasileira. Para pacientes com AVC isquêmico, o atendimento inicial precisa ser rápido e preciso devido à especificidade do tratamento trombolítico, que deve ser administrado dentro de um intervalo de 4,5 horas após o início dos sintomas. Isso requer uma alta coordenação entre os serviços de saúde (ALVES et al., 2018; RAJSIC, et al., 2019).

Com o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, os fatores de risco para AVC aumentam, especialmente após os 55 anos, tornando fundamental a redefinição de estratégias de cuidado. O AVC pode ser classificado em dois tipos principais: AVC Isquêmico (AVCI) e AVC Hemorrágico (AVCH). O AVCI corresponde a 84% dos casos, e seus principais fatores de risco incluem hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, fibrilação atrial (FA), tabagismo, entre outros (RAJSIC, et al., 2019; MACHADO ET., 2020).

As causas mais comuns de AVCI são a aterosclerose de pequenas e grandes artérias cerebrais e a cardioembolia. Já o AVCH é uma emergência médica caracterizada pelo aumento súbito do volume de sangue intracraniano, que eleva a pressão intracraniana e provoca cefaleia intensa, dor na nuca, visão dupla, náusea e vômito, perda de consciência e, em casos graves, morte. O prognóstico do AVCH é pior do que o do AVCI, apresentando um maior índice de óbitos. O diagnóstico rápido e o manejo atento dos pacientes com hemorragia intracraniana são cruciais, pois a deterioração precoce é comum nas primeiras horas (RAJSIC, et al., 2019).

Reconhecendo a crescente demanda por cuidados integrais aos pacientes acometidos por AVC, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu critérios para o credenciamento de centros de Atendimento de Urgência em AVC e aprovou a linha de Cuidados em AVC através da Portaria 665, de 12 de abril de 2012. Essas medidas visam melhorar o diagnóstico e tratamento, proporcionando um atendimento rápido e eficiente, especialmente nas fases iniciais do AVC, para melhorar o prognóstico dos pacientes.

Além disso, buscam implementar cuidados integrados, garantindo uma rede de atenção que cubra todas as etapas do atendimento ao paciente com AVC, desde a emergência até a

reabilitação. A implementação dessas estratégias é essencial para enfrentar o impacto crescente do AVC na saúde pública, especialmente considerando o envelhecimento da população e o aumento dos fatores de risco associados à doença (WHETTEN, 2019).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) oferece múltiplas portas de entrada para o atendimento, incluindo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), além das emergências hospitalares em alguns locais. A eficiência e eficácia da assistência em qualquer uma dessas unidades são cruciais, estando o sucesso relacionado ao nível de instrução da população, à estrutura da rede e à interação entre os profissionais de saúde (MACHADO ET., 2020).

Embora o AVC seja uma doença aguda, a falta de colaboração intersetorial pode resultar em sequelas para os pacientes e um impacto econômico significativo devido à dependência do sistema público de saúde. Portanto, é essencial considerar as barreiras de acesso para garantir que os pacientes cheguem aos serviços de saúde a tempo. Dessa maneira, o objetivo deste estudo foi analisar como ocorre o atendimento de pacientes com Acidente Vascular Cerebral.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, segundo o proposto por Ganong (1987), visto que ela contribui no processo de sistematização e análise dos resultados visando à compreensão de um determinado tema a partir de outros estudos independentes para identificação de produções sobre planejamento estratégico em enfermagem e saúde.

As referências foram levantadas a partir das bases de dados da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), da Literatura Latino-Americano e do Caribe Ciências da Saúde (LILACS) e da Scientific Electronic Library Online (SciELO) publicados entre 2018 a 2024. Os descritores utilizados foram: Acidente Vascular Cerebral, Emergência, Assistência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ABORDAGEM INICIAL

Identificação dos Sintomas e Diagnóstico Diferencial

O primeiro passo na abordagem inicial do paciente com suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) é identificar a evolução dos sintomas através de sua cronologia. Devemos determinar se o episódio é uma isquemia cerebral estabelecida ou um Acidente Isquêmico Transitório (AIT). Na prática, um AIT é definido por sinais e sintomas neurológicos focais com duração inferior a uma hora e recuperação total do déficit dentro deste período. No entanto, a

confirmação do AIT só é possível após exames de imagem excluírem a lesão tecidual (infarto), pois isquemias breves podem causar lesão cerebral irreversível (BAGGIO; ERDMANN, 2011; RAJSIC, et al., 2019).

Suporte Inicial ao Paciente

Estado Geral e Sinais Vitais: Ao chegar, o estado geral do paciente deve ser verificado, incluindo a garantia de uma via aérea pérvia, manutenção de função ventilatória adequada e verificação de sinais de choque (OLIVEIRA, 2015; RAJSIC, et al., 2019).

Exames Mandatórios:

- Imagem: Tomografia Computadorizada (TC) ou Ressonância Magnética (RM) para exclusão de hemorragia, avaliação da localização e graduação da lesão cerebral.
- Saturação de Oxigênio e Glicemia: Hipoglicemia pode mimetizar um quadro de AVC e hiperglicemia é um sinal de mau prognóstico.
- Exames Laboratoriais: Hemograma, plaquetas, eletrólitos, provas de função renal, enzimas cardíacas e troponina, provas de coagulação (TP e KTTP).

Controle da Pressão Arterial

Pacientes com AVC frequentemente apresentam hipertensão arterial, seja crônica, por resposta simpática aguda ou em resposta ao dano isquêmico. Este mecanismo é necessário para manter a perfusão das áreas isquêmicas limítrofes. Reduzir abruptamente os níveis de pressão arterial (PA) pode aumentar a área isquêmica e piorar o déficit neurológico.

Indicações de Terapia Anti-hipertensiva

Apenas para pacientes com PA sistólica (PAS) > 220 mmHg e PA diastólica (PAD) > 120 mmHg, ou em casos de falência circulatória, doença coronariana ativa, dissecação aórtica, encefalopatia hipertensiva, falência renal aguda ou outras condições onde a hipertensão oferece risco à vida do paciente.

Reinício da Terapia Anti-hipertensiva

Cerca de 24 horas após o evento isquêmico em pacientes neurologicamente estáveis. Nos casos de estenoses graves, sugere-se reiniciar a terapia após 7 a 10 dias para manter a perfusão cerebral.

AVC Hemorrágico

A redução da PA pode ser benéfica para reduzir o sangramento, mas deve-se considerar a pressão de perfusão cerebral (PPC), que é dada pela diferença entre a pressão arterial média (PAM) e a pressão intracraniana (PIC). A elevação da PA pode ser necessária para manter uma PPC adequada.

Avaliação Neurológica

A escala mais utilizada para avaliação neurológica e prognóstica é a National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), composta por 11 itens que avaliam funções motoras, sensoriais, fala, visão, orientação e coordenação. A pontuação varia de 0 a 42, com uma pontuação NIHSS \geq 20 indicando AVC grave e mau prognóstico.

Tratamento do AVC Hemorrágico

O tratamento do AVC hemorrágico envolve o controle rigoroso dos níveis pressóricos e a avaliação neurocirúrgica para determinar a necessidade de intervenções como a drenagem de grandes hematomas e o uso de derivações para prevenir hidrocefalia. No caso de aneurismas cerebrais, pode-se optar tanto pelo tratamento neurocirúrgico convencional quanto pelos procedimentos endovasculares.

Tratamento do AVC Isquêmico

O tratamento do AVC isquêmico é determinado pela elegibilidade do paciente para trombólise. Pacientes elegíveis para trombólise sistêmica com rtPA (alteplase) devem ser imediatamente identificados. Os critérios de inclusão para esse tratamento incluem (LEIBINGER et al., 2020).

- Tempo de início dos sintomas: Até 4 horas e 30 minutos.
- Idade: Superior a 18 anos.
- Tomografia Computadorizada: Sem alterações hemorrágicas ou grandes áreas hipodensas.

Os critérios de exclusão incluem:

- História de hemorragia intracraniana prévia.
- Traumatismo cranioencefálico (TCE) nos últimos 3 meses.
- Cirurgia recente (últimos 14 dias).
- Hemorragia no trato gastrointestinal ou geniturinário nos últimos 21 dias.

- Níveis pressóricos: PAS > 180 mmHg e/ou PAD > 110 mmHg.
- Plaquetas inferiores a 100.000.
- RNI < 1,7 ou uso de heparina nas últimas 48 horas.

Para pacientes em que a trombólise está contraindicada, outras medidas recomendadas incluem:

- Dupla Antiagregação Plaquetária: Uso de ácido acetilsalicílico (AAS) associado ao Clopidogrel nas primeiras 24 a 48 horas após o início dos sintomas, o que está associado a uma redução significativa na mortalidade e nas sequelas.
- Estatinas: Durante a fase aguda do evento isquêmico, as estatinas ajudam na redução da recorrência do AVC e eventos cardiovasculares, estabilizando a placa, tendo efeito anti-inflamatório e melhorando a perfusão cerebral.
- Prevenção da Trombose Venosa Profunda.
- Controle da Hipertensão: Após a fase aguda do evento isquêmico.
- Cessação do Tabagismo: Assim que possível.
- Controle de Outros Fatores de Risco: A longo prazo.

Tratamento do AVC Cardioembólico (TOAST)

No caso de AVC cardioembólico, deve-se considerar a introdução precoce de anticoagulantes para prevenção secundária. Se a causa for uma arritmia como a fibrilação atrial, o novo anticoagulante (dabigatrana) tem mostrado melhores resultados na prevenção de eventos cardioembólicos (LEIBINGER et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação e a abordagem inicial dos acidentes vasculares cerebrais, especialmente do isquêmico, são de fundamental importância não apenas para o neurologista, mas também para o clínico e o emergencista, devido à sua alta prevalência e morbidade associada. O diagnóstico clínico deve ser realizado prontamente, pois uma intervenção precoce está associada a uma significativa redução da morbimortalidade, tanto nos casos de acidente isquêmico transitório quanto nas isquemias e hemorragias cerebrais.

REFERÊNCIAS

- ALVES, et al. Trombectomia mecânica no acidente vascular cerebral isquêmico agudo: revisão de literatura. **Arq Méd.** 2018;63(2):110-4.
- BAGGIO, M.A; ERDMANN, A.L. Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. **Rev Enferm Refer.** 2011; (3):177-85.
- CORBIN J, STRAUSS A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing ground theory. 4th ed. Los Angeles: Artmed; 2015. 456 p.
- HOGAN, T.M, MALSCH, A. Communication strategies for better care of the elderly in the emergency department. **Clin Geriatr Med.** 2018;34(3):387-97. Review.
- LEIBINGER, F. et al. which patients require physician-led inter-hospital transport in view of endovascular therapy? **Cerebrovasc Dis.** 2019;48(3-6):171-8.
- MACHADO, V.S; HAHN, L.M; MARTINS, M.I; MARRONE, L.C. Conhecimento da população sobre acidente vascular cerebral em Torres RS. **Rev Bras Neurol.** 2020; 56(3):11-4. 2.
- OLIVEIRA, S.N, RAMOS, B.J; PIAZZA, M; PRADO, M.L; REIBNITZ, K.S, SOUZA A.C. Emergency Care Units (Upa) 24h: The nurses' perception. *Texto Context Enferm.* 2015;24(1):238-44.
- RAJSIC, S., et al. Economic burden of stroke: a systematic review on post-stroke care. *Eur J Health Econ.* 2019;20(1):107-34.
- LI, T; MUNDER. S.P. Emergency medical services providers' knowledge, practices, and barriers to stroke management. *Open Access Emerg Med.* 2019;11:297-303.
- WHETTEN, J; VAN DER GOES, D.N, Cost-effectiveness of Access to Critical Cerebral Emergency Support Services (ACCESS): a neuro-emergent telemedicine consultation program. **J Med Econ.** 2018; 21(4):398–405.
- TONG A; SAINSBURY P; CRAIG J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Inter J Qual Health Care.** 2008;19(6):349-57.