



Derrame cerebral

Resumo de diretriz NHG M103 (dezembro 2013)

Beusmans GHMI, Van Noortwijk-Bonga HGC, Risseeuw NJ, Tjon-A-Tsien MRS, Verstappen WHJM, Burgers JS, Wiersma Tj, Verburg AFE

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Conteúdo

- Definições
- Diagnóstico e conduta na fase aguda
 - Anamnese
 - Exames físico e adicionais
 - Avaliação
- Conduta na fase de reabilitação e fase crônica
 - Orientação e acompanhamento
 - Prevenção secundária
 - Consulta e encaminhamento



O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Definições

*Derrame cerebral*¹ é o termo geral para denominar sintomas súbitos de perda de função focal no cérebro, devido a isquemia (ataque isquêmico transitório e infarto cerebral) ou hemorragia intracraniana espontânea.

Diagnóstico na fase aguda

Determine no primeiro contato (normalmente por telefone ou heteroanamnese) se um derrame cerebral é provável, possivelmente usando o FAST-test (*Face-Arm-Speech-Time*).

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

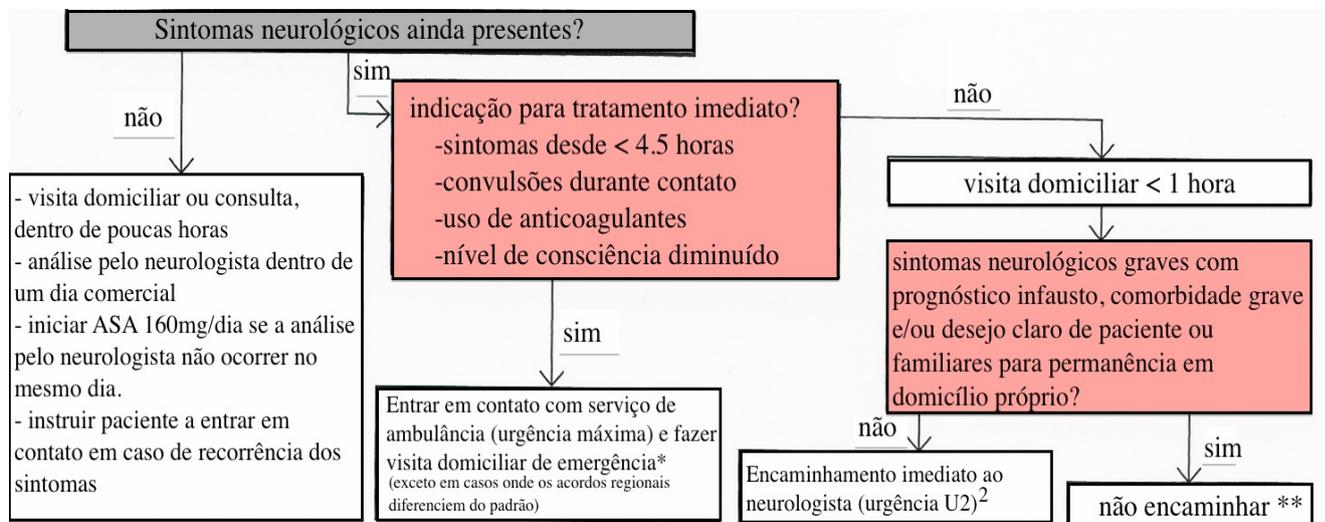
Este teste realiza-se preferencialmente por uma pessoa que esteja presente com paciente, e relata suas observações:

- Rosto (*Face*): Peça ao paciente que mostre os dentes. Observe se há desvio na boca de um lado (boca torta ou o canto da boca “pendurado”).
- Braço (*Arm*): Peça ao paciente para estender os dois braços simultaneamente horizontalmente para frente e virando as palmas para cima. Verificar se um dos braços abaixa ou permanece mexendo-se de forma instável no ar.
- Fala (*Speech*). Pergunte se existem alterações na fala (difícil de compreender ou não consegue expressar-se ou “encontrar” as palavras corretas)
- Tempo (*Time*). Pergunte o horário que os sintomas começaram.

Interpretação: Se o paciente não puder executar uma das três primeiras tarefas de forma adequada, um derrame cerebral é provável.

Se um derrame cerebral é provável: ver fluxograma para a conduta na fase aguda.

Fluxograma. Conduta na fase aguda, suspeita de derrame cerebral



* Em pacientes candidatos (potenciais) à trombólise intravenosa (sintomas desde <4,5 horas), juntar o máximo possíveis de informações médicas úteis e informações relevantes em relacionadas às contra-indicações.

** Inventariar as condições de cuidados ao paciente em situação domiciliar. Examinar a função de engolir antes de o paciente ingerir líquidos ou alimentos. Iniciar, dependente do prognóstico, prevenção secundária e reabilitação.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Anamnese

- Natureza dos déficits neurológicos, como paresia, sintomas da fala ou linguagem.
- Hora do início dos sintomas.
- Início agudo ou gradual, sinais antecedentes.
- O curso das queixas até o momento.
- Episódios anteriores com fenômenos semelhantes.
- O uso de anticoagulantes orais; hora da última ingestão se usar novos anticoagulantes orais (NACO); sangramento ou cirurgia recentes.
- Fatores de risco para derrame cerebral: pressão arterial alta, doença cardiovascular, diabetes mellitus, obesidade e consumo excessivo de álcool, dor no peito recente ou batimentos cardíacos irregulares, tabagismo, enxaqueca com aura, uso de drogas, uso de medicação hormonal sistêmica.

Exame físico

- Avaliar a condição clínica, estado de consciência e a estabilidade do paciente de acordo com a abordagem ABCDE.
- Investigar a presença, a natureza e a gravidade da perda das funções (mesmo em pacientes que não têm (mais) déficits segundo a anamnese).
- Medir a pressão arterial e auscultar coração (ritmo e frequência).
- Determinar a glicose no sangue.

Avaliação

- Definir o diagnóstico de derrame cerebral em déficits focais, de início agudo e simultâneo, sem sinais antecedentes, e que tenham se desenvolvido totalmente dentro de cinco minutos e que podem ser explicados por disfunção em uma região (de circulação) cerebral.
- Definir o diagnóstico provável AIT em pacientes nos quais os déficits não estão mais presentes durante consulta ao médico de família e comunidade (ou visita domiciliar).
- O neurologista irá estabelecer o diagnóstico AIT definitivamente se não forem encontradas evidências para outras patologias intracranianas e em exames de imagem não houverem sinais de infarto recente.

Conduta na fase de reabilitação e fase crônica

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Orientação e acompanhamento

- Discutir as limitações, o apoio recebido, tratamentos como a participação em um programa de reabilitação, sintomas de depressão ou ansiedade, problemas de relacionamento e sexuais, fadiga e funcionamento social, incluindo a re-inserção no mercado de trabalho.
- Avaliar (severidade das limitações na) comunicação e percepção (tais como neglect, hemianopsia, afasia e/ou disartria), a presença de comprometimento cognitivo e da capacidade do sistema social/familiar de oferecer cuidados ao paciente.
- Enfatizar a importância de intervenções no estilo de vida e o uso adequado dos medicamentos prescritos (ver *prevenção secundária*).
- A frequência de controles é determinada principalmente pelas limitações do paciente. Se o paciente é estável e todos os cuidados (profissionais) necessários funcionam como desejado, a ênfase dos controles é a administração dos riscos cardiovasculares. No primeiro ano, a frequência da monitorização é de ao menos quatro vezes por ano. Se forem atingidos os objetivos, a frequência de monitoramento pode ser reduzida depois de um ano.

A prevenção secundária

- Atenção aos seguintes fatores de risco: tabagismo, sedentarismo, obesidade e consumo excessivo de álcool.

A prevenção medicamentosa após AIT ou AVC isquêmico

- Prescrever, em princípio para uso permanente, os seguintes medicamentos:
 - Acido acetilsalicílico (AAS) 80 mg uma vez ao dia (na fase aguda: 1 vezes por dia 160 mg);
 - dipiridamol durante 2 semanas 1 vez ao dia 200 mg, seguido de 2 vezes ao dia 200mg, em caso de intolerância: monoterapia com AAS 1 vezes ao dia 80 mg ou clopidogrel 75 mg de 1 vez por dia (sem AAS);
 - simvastatina 40 mg 1 vez ao dia (nível alvo de colesterol LDL $\leq 2,5$ mmol/l);
 - medicação anti-hipertensiva (de acordo com diretriz *Administração dos riscos cardiovasculares*); tratamento também em pressão arterial sistólica ≤ 140 mmHg, se tolerada. Notar interações e efeitos adversos. O tratamento deve ser menos severo em estenose da(s) carótide(s) ($\geq 70\%$) não tratada (pressão

arterial sistólica alvo ≥ 130 mmHg em estenose unilateral, em estenose bilateral ≥ 150 mmHg).

- Após um AIT ou AVC isquêmico devido à fibrilação atrial ou outra fonte de embolia cardíaca: tratar com anticoagulante oral (ver diretriz *Fibrilação Atrial*).

A prevenção medicamentosa após hemorragia intra-cerebral

- Tratar com medicamentos anti-hipertensivos, mesmo com uma pressão arterial sistólica ≤ 140 mmHg (de acordo diretriz *Administração dos riscos cardiovasculares*).
- Pesquisar, em indicação para anticoagulantes ou antiplaquetários, cuidadosamente os riscos em discussão com paciente, neurologista e/ou cardiologista.

Consulta e encaminhamento

- Em déficits recorrentes e complicações como convulsões: encaminhar ao neurologista.
- Limitações no funcionamento somático ou social: médico de reabilitação.
- Problemas com a reintegração no mercado de trabalho: medicina do trabalho.
- Em incerteza sobre a existência e a natureza do comprometimento cognitivo e/ou distúrbios de comportamento emocional: neuropsicólogo.
- Em um idoso frágil com problemas complexos: especialista em medicina geriátrica.
- Problemas na linguagem, fala e/ou deglutição: fonoaudiólogo.
- Problemas de mobilidade: fisioterapeuta.
- Limitações nos cuidados pessoais e tarefas caseiras e necessidade de ajustes na casa: terapeuta ocupacional.

Notas do tradutor

1. No holandês também foi escolhido para essa diretriz o nome popular para denominar o quadro clínico. À partir do momento que o diagnóstico for efetuado prefere-se utilizar a nomenclatura médica adequada como: ataque isquêmico transitório, infarto cerebral ou hemorragia intracraniana.
2. No sistema médico holandês são usados códigos para determinar o grau de urgência em que a ambulância deve dirigir-se ao paciente. O maior grau de urgência é o U1, onde a ambulância faz o uso de sirene e normalmente chega ao paciente em até 15 minutos e em U2 é usado para pacientes que devem ser encaminhados diretamente ao hospital, mas que não correm risco de vida agudo.