

**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

I - CONTROLE HISTÓRICO						
REVISÃO	DATA	Nº PÁGINAS	HISTÓRICO ALTERAÇÃO	ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
00	16/11/2017	19	EMISSÃO INICIAL	Carlos Guilherme Veloso André Ferreira	Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco	Diva Novy Nagem

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

## 1. INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico é uma das principais causas de morte e incapacidade funcional no Brasil acometendo muitas vezes indivíduos em idade economicamente produtiva. Até 30% dos AVC isquêmicos são reincidência de um AVC ou de um Ataque Isquêmico Transitório (AIT) prévio, possuindo maior morbidade e mortalidade além de elevados custos de hospitalização e reabilitação.

Dessa forma, faz-se necessário à implementação de medidas eficazes para prevenção secundária do AVC, com controle dos fatores de risco modificáveis e no tratamento do agente etiológico.

## 2. OBJETIVOS

Normatização dos cuidados aos pacientes com AVC isquêmico agudo e subagudo nos setores de urgência, enfermaria e Unidade de AVC, assim como acompanhamento contínuo após alta hospitalar para prevenção secundária e reabilitação, otimizando o tratamento e a propedêutica, diminuindo o tempo de permanência hospitalar e reduzindo, conseqüentemente, o custo para o sistema e os riscos da internação.

## 3. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Atendimento às vítimas de AVC na fase aguda ou subaguda no regime de internação hospitalar e no acompanhamento após alta.

## 4. CONTEÚDO PADRÃO

### 4.1. PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO

**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**
**I - CONTROLE HISTÓRICO**

REVISÃO	DATA	Nº PÁGINAS	HISTÓRICO ALTERAÇÃO	ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
00	16/11/2017	19	EMISSÃO INICIAL	Carlos Guilherme Veloso André Ferreira	Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco	Diva Novy Nagem

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

	Fonoaudiologia	Fisioterapia	Nutrição	Enfermagem	Médico
<b>ADMISSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação da mobilidade, tonicidade, força e funcionalidade dos órgãos fonarticulatórios;</li> <li>- Avaliação funcional da deglutição, se condições;</li> <li>- Definição da via de alimentação;</li> <li>- Definição do tipo de dieta a ser oferecida e seguimento (consistência);</li> <li>- Avaliação da linguagem e fala;</li> <li>- Avaliação da disfagia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação fisioterápica;</li> <li>- Fisioterapia respiratória e motora de acordo com a necessidade clínica;</li> <li>- Aspiração de secreções S/N.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieta zero até avaliação da fonoaudióloga;</li> <li>- Preenchimento da avaliação do risco nutricional e seguimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Checar pulseira de identificação no paciente;</li> <li>- Higiene oral e corporal;</li> <li>- Avaliar a integridade da pele;</li> <li>- Cabeceira elevada;</li> <li>- Punção de acesso venoso periférico lado não plégico;</li> <li>- Glicemia capilar 4/4 horas;</li> <li>- Monitorar dados vitais de acordo com protocolo;</li> <li>- Mudança de decúbito;</li> <li>- Escala de Barthel;</li> <li>- Aspirar secreções S/N;</li> <li>- Monitorizar paciente no leito de AVC;</li> <li>- Orientar familiares e paciente sobre cuidados para evitar os riscos (aspiração, engasgo, queda, infecção);</li> <li>- Realizar pausa noturna em pacientes com dieta enteral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitar exames admissionais (ECG, exames laboratoriais e Raio X Tórax);</li> <li>- Dieta zero até avaliação da fonoaudióloga;</li> <li>- Monitorização cardíaca contínua;</li> <li>- Prescrição Médica: hidratação venosa com solução salina/tratamento sintomático (antitérmico, anti-hipertensivo, antiemético) / (protetor gástrico/ antiagregante plaquetário, anticoagulantes e anti-hiperlipêmicos);</li> <li>- Higiene oral com antisséptico (3 vezes/dia);</li> <li>- Oxigenoterapia (se sat. O<sub>2</sub> &lt; 92%);</li> <li>- Insulinoterapia de acordo com glicemia capilar;</li> <li>- Preencher escala de NIHSS e classificação clínica de BAMFORD (anexo)</li> </ul>

**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**
**I - CONTROLE HISTÓRICO**

REVISÃO	DATA	Nº PÁGINAS	HISTÓRICO ALTERAÇÃO	ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
00	16/11/2017	19	EMISSÃO INICIAL	Carlos Guilherme Veloso André Ferreira	Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco	Diva Novy Nagem

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

	Fonoaudiologia	Fisioterapia	Nutrição	Enfermagem	Médico
<b>2º DIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar condições para progressão de dieta: via e consistência;</li> <li>- Reabilitação da linguagem e fala;</li> <li>- Reabilitação da disfagia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação fisioterápica;</li> <li>- Fisioterapia respiratória e motora de acordo com a necessidade clínica;</li> <li>-Aspiração de secreções S/N.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientações complementares e acerca dos fatores de risco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados com SNE ou dieta oral assistida;</li> <li>- Realizar higiene oral e corporal;</li> <li>- Realizar curativo S/N;</li> <li>- Cabeceira elevada;</li> <li>- Realizar glicemia capilar 4/4 horas;</li> <li>- Mudança de decúbito;</li> <li>- Preenchimento da Escala de Braden e Rankin;</li> <li>- Aspirações de secreções S/N;</li> <li>- Oximetria contínua (manter sat. O<sub>2</sub> &gt; 92%).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescrever dieta de acordo com a avaliação da fonoaudióloga;</li> <li>- Monitorização cardíaca contínua;</li> <li>- Prescrição Médica;</li> <li>- Higienização oral com antisséptico (3 vezes/dia);</li> <li>- Oxigenoterapia (se sat. O<sub>2</sub> &lt; 92%);</li> <li>- Insulinoterapia de acordo com glicemia capilar;</li> <li>- Preencher Escala de NIHSS.</li> </ul>

	Fonoaudiologia	Fisioterapia	Nutrição	Enfermagem	Médico
<b>3º DIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar condições para progressão de dieta: via e consistência;</li> <li>- Orientações de alta;</li> <li>- Encaminhamentos S/N;</li> <li>- Relatório de alta S/N;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação fisioterápica;</li> <li>- Fisioterapia respiratória e motora de acordo com a necessidade clínica;</li> <li>- Aspiração de secreções S/N;</li> <li>- Relatório de alta S/N;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considerar dieta oral ou por SNE;</li> <li>- Elaboração do cardápio;</li> <li>- Orientações complementares;</li> <li>- Orientações de alta S/N;</li> <li>- Encaminhamento S/N.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados com SNE ou dieta oral assistida;</li> <li>- Higiene oral e corporal;</li> <li>- Avaliação da integridade da pele com manutenção ou ajuste da terapêutica empregada S/N;</li> <li>- Cabeceira elevada;</li> <li>- Realizar glicemia capilar 4/4 horas, ou conforme prescrição médica;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescrever dieta de acordo com a avaliação da fonoaudióloga;</li> <li>- Monitorização cardíaca contínua;</li> <li>- Prescrição Médica;</li> <li>- Higienização oral com antisséptico (3 vezes/dia);</li> <li>- Oxigenoterapia (se sat. O<sub>2</sub> &lt; 92%);</li> </ul>

**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

I - CONTROLE HISTÓRICO						
REVISÃO	DATA	Nº PÁGINAS	HISTÓRICO ALTERAÇÃO	ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
00	16/11/2017	19	EMISSÃO INICIAL	Carlos Guilherme Veloso André Ferreira	Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco	Diva Novy Nagem

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

- Continuidade da reabilitação, se permanência hospitalar.	Encaminhamento S/N; - Orientações de alta.		- Aferir dados vitais e registrar em impresso próprio; - Mudança de decúbito; - Realizar Balanço Hídrico; - Preenchimento da Escala de Braden e Rankin; - Aspiraões de secreções S/N; - Orientações de alta geral e do AVC.	- Insulinoterapia de acordo com glicemia capilar; - Preencher Escala de NIHSS; - Orientação de alta/atestado; - Prescrições de medicações domiciliares S/N; - Encaminhamento S/N; - Relatório de alta.
--	---	--	--	---

#### 4.2. FATORES DE RISCO NO AVC ISQUÊMICO

Os fatores de risco no AVC podem ser divididos em fatores de risco modificáveis e fatores de risco não modificáveis (Tabela 1). As mudanças nos hábitos de vida são de fundamental importância no controle dos fatores de risco modificáveis, implicando por vezes na ajuda de familiares e de uma equipe multidisciplinar. As principais recomendações são:

**Tabela 1**

Fatores de Risco Modificáveis	Fatores de Risco Não Modificáveis
Hipertensão	Idade
Diabetes <i>Mellitus</i>	Etnia
Tabagismo	Sexo (masculino)
Dislipidemia	História familiar
Cardiopatas	
Etilismo	
Sedentarismo	
Apneia Obstrutiva do Sono	
Estresse e saúde mental	
Obesidade	

**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

I - CONTROLE HISTÓRICO						
REVISÃO	DATA	Nº PÁGINAS	HISTÓRICO ALTERAÇÃO	ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
00	16/11/2017	19	EMISSÃO INICIAL	Carlos Guilherme Veloso André Ferreira	Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco	Diva Novy Nagem

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

#### 4.2.1. CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Após a fase aguda do AVC isquêmico, em torno de 48 a 72 h do ictus, deve-se iniciar terapia anti-hipertensiva adequada para aqueles pacientes hipertensos prévios e para os hipertensos diagnosticados na internação. A implementação e otimização da terapia anti-hipertensiva deve ser iniciada antes da alta, com posterior acompanhamento ambulatorial. A normalização da PA deve ser feita de forma gradual, evitando-se redução abrupta da mesma. A escolha da droga anti-hipertensiva deve ser realizada de maneira individual, levando-se em conta necessidades e comorbidades de cada paciente. De forma geral, recomenda-se uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA) ou antagonistas dos receptores de angiotensina 2 (ARA2), associando com antagonistas dos canais de cálcio ou com diuréticos quando necessário. Os betabloqueadores não devem ser usados isoladamente e devem ser iniciados quando existir outra indicação específica, como insuficiência cardíaca sistólica ou para controle de frequência cardíaca nos casos de Fibrilação Atrial (FA).

O alvo pressórico a ser atingido deve ser individualizado, sendo razoável PAS < 140 mmHg e PAS < 90 mmHg. Para paciente com etiologia lacunar admite-se alvo de PAS ≤ 130 mmHg.

#### 4.2.2. CONTROLE GLICÊMICO

Diabetes mellitus e outras alterações glicêmicas estão associadas a AVC isquêmico, sobretudo de etiologia lacunar. A hiperglicemia deve ser monitorada já na fase aguda com o intuito de preservar a zona de penumbra.

Todos os pacientes admitidos devem ser avaliados quanto a diabetes e a glicemias de jejum alteradas com glicemia de jejum sérica e hemoglobina glicosilada (HbA1c).

Na prevenção secundária os pacientes diabéticos devem ter seus níveis glicêmicos tratados com hipoglicemiantes orais ou insulinoterapia, associados a atividades físicas e dieta específica. Casos de difícil controle devem ser encaminhados para acompanhamento

**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

I - CONTROLE HISTÓRICO						
REVISÃO	DATA	Nº PÁGINAS	HISTÓRICO ALTERAÇÃO	ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
00	16/11/2017	19	EMISSÃO INICIAL	Carlos Guilherme Veloso André Ferreira	Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco	Diva Novy Nagem

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

conjunto com a clínica médica ou endocrinologia. O objetivo do controle glicêmico é alcançar medidas de HbA1c menores que 7%.

### 4.2.3. CESSAÇÃO DO TABAGISMO

O tabagismo também é considerado um fator de risco independente para doenças cerebrovasculares. Os pacientes com AVC isquêmico que tenham fumado no último ano devem ser encorajados a parar de fumar. Caso indicado, terapia psicoterápica, reposição de nicotina ou terapia medicamentosa devem ser iniciadas naqueles pacientes que desejem parar de fumar.

A terapia de reposição de nicotina com adesivos transdérmicos ou o uso de bupropiona deve ser indicada para reduzir os sintomas da fissura e da abstinência nos pacientes que desejem parar de fumar e tenham uma pontuação no teste de Fagerström (em anexo)  $\geq 5$  pontos.

O número de cigarros fumados por dia pode orientar a dose inicial da terapia de reposição de nicotina (TRN). Pacientes que fumem mais de 10 cigarros por dia podem iniciar com adesivos de 21 mg/dia por 6 semanas, com redução gradual para 14 mg/dia por mais duas semanas, e para 7 mg/dia nas duas semanas finais.

A bupropiona pode ser utilizada em casos de insucesso na TRN, como monoterapia naqueles que não desejem usar a TRN ou como terapia combinada a TRN em casos selecionados. O tratamento deve ser iniciado uma semana antes de o paciente parar de fumar. A dose máxima recomendada na cessação do tabagismo é de 300 mg/dia. Em pacientes idosos com insuficiência renal ou hepática a dosagem deve ser reduzida para 150 mg/dia. A dose inicial deve ser de 150 mg/dia e ajustada após 3 dias para dose de 150 mg em duas tomadas (a última até o máximo as 16 h) em caso de ausência de efeitos adversos. O tempo de uso recomendado é de até 12 semanas. A droga é contraindicada em pacientes epilépticos e deve ser evitada naqueles com alto risco de crises convulsivas (AVC extenso em área epileptogênica). Atentar para os hipertensos não controlados e nos pacientes diabéticos,

**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

I - CONTROLE HISTÓRICO						
REVISÃO	DATA	Nº PÁGINAS	HISTÓRICO ALTERAÇÃO	ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
00	16/11/2017	19	EMISSÃO INICIAL	Carlos Guilherme Veloso André Ferreira	Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco	Diva Novy Nagem

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

assim como naqueles em uso de drogas que atuam no sistema citocromo P450, sobretudo anticonvulsivantes e antipsicóticos.

No momento da alta o paciente que deseje parar de fumar, independente das medidas farmacológicas iniciadas, deve ser encaminhado para ambulatório específico para acompanhamento psicológico/psiquiátrico.

Deve-se ressaltar ainda o risco do tabagismo passivo.

#### 4.2.4. CONTROLE DA DISLIPIDEMIA

Está recomendado o uso de estatinas em todos os pacientes com AVC isquêmico de etiologia aterosclerótica (de grandes ou pequenos vasos) independente do perfil lipídico.

Para aqueles pacientes com valores de LDL colesterol maiores que 100 mg/dl, doença coronariana (ou equivalentes) ou evidência de etiologia aterosclerótica do AVC orienta-se redução do LDL em pelo menos 50% dos valores basais ou para valores absolutos menores que 70 mg/dl.

A escolha da estatina pode-se modificar a depender da tolerância e do custo, orientando-se iniciar com estatinas de alta potencial (Atorvastatina 80 mg/dia ou Rosuvastatina 20 mg/dia). Efeitos colaterais, como mialgia ou fraqueza muscular, devem ser questionados na internação e nas consultas de retorno. Deve ser feita monitorização do perfil lipídico a cada seis semanas até alcance dos valores estimados e posteriormente de forma anual.

#### 4.2.5. SEDENTARISMO, DIETA E OBESIDADE

Atividade física regular, redução de peso para metas de Índice de Massa Corporal (IMC) adequados e dieta saudável com restrição de sódio são terapias recomendadas para todos os pacientes com doença cerebrovascular, auxiliando no melhor controle metabólico e da pressão arterial e em um melhor condicionamento vascular.

Atividade física aeróbica, de moderada a alta intensidade, como caminhada rápida ou natação, deve ser indicada para todos aqueles pacientes com condições de realizar

**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

I - CONTROLE HISTÓRICO						
REVISÃO	DATA	Nº PÁGINAS	HISTÓRICO ALTERAÇÃO	ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
00	16/11/2017	19	EMISSÃO INICIAL	Carlos Guilherme Veloso André Ferreira	Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco	Diva Novy Nagem

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

atividades físicas. Os pacientes com incapacidades devido a sequelas motoras devem ser acompanhados com equipe multidisciplinar para reabilitação. A duração e frequência das atividades são de 30 a 60 minutos por dia, durante pelo menos 4 dias na semana.

Toda paciente vítima de AVC isquêmico agudo deve receber na internação avaliação nutricional por profissional especializado, atentando para o risco de subnutrição após o evento. Uma dieta balanceada, com baixo teor de gordura saturada e sódio, e rica em frutas, vegetais e grãos (dieta mediterrânea) deve ser realizada sempre que as condições sociais do paciente permitirem. Restrição de sódio para menos de 1,5 g/dia é sugerida para todos os pacientes.

O IMC ideal dever estar entre 18,5 e 25 kg/m<sup>2</sup>. Circunferência abdominal menor que 80 cm para mulheres e menor que 94 cm para homens também é recomendado.

#### 4.2.6. CONTROLE DO ETILISMO

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas está associado a aumento do risco de AVC, sobretudo devido ao descontrole metabólico. Pacientes com AVC isquêmicos devem reduzir ou suspender a ingestão de álcool. A ingestão máxima tolerada deve ser de duas doses para homens e de uma dose para mulheres. Nos pacientes que não faziam uso prévio de álcool a sua ingestão não deve ser incentivada.

#### 4.2.7. TRATAMENTO DA APNEIA DO SONO

A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) está associada a maior morbidade e mortalidade nos pacientes com AVC isquêmico. Além disso, está relacionada à maior risco de hipertensão, cardiopatias e fibrilação atrial, contribuindo para o risco de reincidência da doença.

Os pacientes com SAHOS, devido aos sintomas de sonolência diurna, costumam ter dificuldade para reabilitação devido a sonolência diurna, influenciando o prognóstico.



**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

I - CONTROLE HISTÓRICO						
REVISÃO	DATA	Nº PÁGINAS	HISTÓRICO ALTERAÇÃO	ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
00	16/11/2017	19	EMISSÃO INICIAL	Carlos Guilherme Veloso André Ferreira	Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco	Diva Novy Nagem

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

Na fase aguda, o posicionamento adequado do paciente deve ser observado podendo melhorar a ventilação e a saturação noturna de oxigênio.

Nos pacientes com AVC deve-se aplicar um questionário validado, o STOP-Bang (em anexo), um sistema de pontuação simples que avalia a probabilidade da SAHOS nesses pacientes. No acaso de baixo risco para SAHOS (pontuando 0-2 no STOP-Bang) sugerimos acompanhamento com reavaliação dos sintomas ambulatoriamente. Os pacientes com SAHOS com risco alto e intermediário receberão alta com solicitação de polissonografia e encaminhamento ao pneumologista.

#### **4.2.8. MANEJO DAS SÍNDROMES DEPRESSIVAS**

O estresse e a depressão são fatores associados à incidência de AVC isquêmico. Esta última interfere ainda nos processos de reabilitação e de readaptação do paciente após o evento. Todo paciente deve ser triado para síndromes depressivas na internação e ser reavaliado quanto a aparecimento de sintomas depressivos na consulta de retorno.

### **4.3. TRATAMENTOS ESPECÍFICOS NA PROFILAXIA SECUNDÁRIA DO AVC ISQUÊMICO**

#### **4.3.1. ANTIAGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA**

Para AVC isquêmico ou AIT não cardioembólico deve ser mantido AAS 100-300 mg/dia ou clopidogrel 75 mg/dia em caso de intolerância ao AAS ou recorrência do AVC com fatores de risco controlados.

A combinação de AAS e clopidogrel pode ser considerada após 24 h do ictus e mantida por 90 dias em populações específicas com AIT ou AVC menor.

A combinação de AAS e clopidogrel por um período de 90 dias deve ser realizada em casos de estenose de vasos intracranianos implicados na etiologia do AVC isquêmico.

**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

I - CONTROLE HISTÓRICO						
REVISÃO	DATA	Nº PÁGINAS	HISTÓRICO ALTERAÇÃO	ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
00	16/11/2017	19	EMISSÃO INICIAL	Carlos Guilherme Veloso André Ferreira	Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco	Diva Novy Nagem

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

### 4.3.2. ANTICOAGULAÇÃO ORAL

O uso de anticoagulantes orais está recomendado nos pacientes com etiologia cardioembólica de alto risco, sobretudo nos portadores de Fibrilação Atrial (FA), que não possuam contraindicação ao uso de anticoagulantes e sempre avaliando risco e benefício do uso dos mesmos.

### FIBRILAÇÃO ATRIAL

O uso de warfarina deve objetivar um alvo terapêutico de R.N.I. entre 2,0 e 3,0. Apixabana e Dabigatrana também são indicados para prevenção de novos eventos em pacientes com FA. Apixabana possui superioridade em relação ao desfecho AVC e embolia sistêmica, além de menor taxa de hemorragia intracraniana e melhor desfecho para mortalidade. A dose convencional é de 5 mg duas vezes ao dia. Para pacientes com dois ou mais dos seguintes fatores de risco a dose deve ser ajustada para 2,5 mg duas vezes ao dia: idade  $\geq$  80 anos, peso  $\leq$  60 Kg ou creatinina  $\geq$  1,5 mg/dL.

O tempo de início da anticoagulação é controverso e deve ser ponderado em cada caso. De forma geral, deve-se iniciar a anticoagulação dentro dos primeiros 14 dias do evento se não houver contraindicações (como transformação hemorrágica ou hipertensão de difícil controle). Em pacientes com AIT ou AVC menor a anticoagulação pode ser iniciada de imediato ou nas primeiras 72 h do evento. Casos com extensão moderada da isquemia podem ser iniciados dentro de 5 a 7 dias do ictus.

Em pacientes com contraindicação à anticoagulação oral, devido a um maior risco de sangramento cerebral, é recomendado AAS 300mg/dia.

### OUTRAS INDICAÇÕES DE ANTICOAGULAÇÃO

Para pacientes com AVC isquêmico causado por Infarto agudo do miocárdio (IAM) e evidência de trombo mural no ventrículo esquerdo a anticoagulação oral é indicada, com alvo

**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

I - CONTROLE HISTÓRICO						
REVISÃO	DATA	Nº PÁGINAS	HISTÓRICO ALTERAÇÃO	ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
00	16/11/2017	19	EMISSÃO INICIAL	Carlos Guilherme Veloso André Ferreira	Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco	Diva Novy Nagem

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

de RNI entre 2-3, podendo variar o tempo de anticoagulação de 3 meses a mais de 1 ano, com necessidade de seguimento.

Para pacientes com doença arterial coronariana e indicação de anticoagulação oral a associação de AAS e de anticoagulantes orais pode ser avaliada, com AAS em doses de 100mg, preferencialmente tendo forma de apresentação com liberação entérica.

Para os pacientes com AVC isquêmico ou AIT que tem cardiomiopatia dilatada, warfarina com RNI entre 2-3 ou terapia de antiagregação plaquetária, pode ser considerada para prevenção de recorrência de eventos, a depender do caso avaliado.

Terapia de anticoagulação pode ser indicada para subgrupos de pacientes quando o forame oval patente for considerado na etiologia do evento vascular, estando em associação com trombose venosa profunda, aneurisma de septo atrial ou estados de hipercoagulabilidade.

Para pacientes com AVC isquêmico ou AIT que tem doença reumática de valva mitral, tendo-se presença ou não de FA, anticoagulação por longo prazo com warfarina é desejável, com um alvo de RNI entre 2,0-3,0.

Para pacientes com AVC isquêmico ou AIT portadores de valvas cardíacas mecânicas, anticoagulação oral é recomendada, com RNI com faixa terapêutica entre 2,5-3,5.

Para pacientes com AVC isquêmico ou AIT portadores de prótese cardíaca biológica com nenhuma fonte de tromboembolismo, anticoagulação com warfarina, com faixa terapêutica entre 2-3 pode ser considerada.

### 4.3.3 ENDARTERECTOMIA E ANGIOPLASTIA CAROTÍDEA

De forma geral, para pacientes com AVC isquêmico ou AIT nos últimos 6 meses e estenose carotídea ipsilateral severa (70-99%), a endarterectomia está indicada em casos com morbimortalidade perioperatória estimada < 6% e nos casos em que exista parênquima viável a ser preservado. Para pacientes com estenose de vaso sintomático moderada (50-69%), indica-se endarterectomia após avaliação individualizada. Os procedimentos não estão indicados em estenoses abaixo de 50%.

**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

I - CONTROLE HISTÓRICO						
REVISÃO	DATA	Nº PÁGINAS	HISTÓRICO ALTERAÇÃO	ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
00	16/11/2017	19	EMISSÃO INICIAL	Carlos Guilherme Veloso André Ferreira	Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco	Diva Novy Nagem

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

Quando o procedimento for indicado e não houver contraindicação, o mesmo deve ser realizado dentro de 14 dias do ictus.

A angioplastia está indicada como alternativa a endarterectomia em casos selecionados de pacientes com baixo risco de complicação. Em pacientes com mais de 70 anos deve-se dar preferência à realização de endarterectomia.

#### **4.4 PACIENTES COM AVC E OUTRAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS**

Estes são outros fatores associados a etiologias específicas e reincidência e que possuem terapia particular.

##### **4.4.1. ATEROMA DE ARCO AÓRTICO**

O risco de tromboembolismo em pacientes com aterosclerose aórtica é marcadamente aumentado quando há placa complexa, que é definida como espessura > 4 mm ou ulceração. Todos os pacientes com aterosclerose aórtica com ou sem história de acidente vascular cerebral devem ser tratados para prevenção secundária de doenças cardiovasculares. Estas terapias incluem terapia antitrombótica (aspirina ou clopidogrel), estatina de alta potência, controle pressórico e glicêmico e cessação do tabagismo.

A anticoagulação rotineira nestes casos não está indicada, salvo em casos selecionados, com placa complexa e AVC recorrente sem outra causa justificável.

##### **4.4.2. DISSECÇÃO ARTERIAL**

Anticoagulação com heparina seguida de varfarina com alvo de RNI entre 2-3 por um período de 3 a 6 meses tem sido a conduta recomendada na maioria dos casos. Tem sido preferida nas dissecções extracranianas, com área isquêmica pequena, com múltiplos eventos envolvendo o mesmo território e trombos intraluminais nos estudos de imagem.

**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

I - CONTROLE HISTÓRICO						
REVISÃO	DATA	Nº PÁGINAS	HISTÓRICO ALTERAÇÃO	ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
00	16/11/2017	19	EMISSÃO INICIAL	Carlos Guilherme Veloso André Ferreira	Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco	Diva Novy Nagem

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

Procedimento endovascular associado deve ser avaliado sempre que persistem os sintomas apesar do tratamento, nos pacientes com contraindicação a anticoagulação, e naquelas com reserva diminuída devido a doença multivascular.

#### 4.4.3. SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE

A única trombofilia efetivamente comprovada por aumentar a incidência de isquemia artéria é a SAAF.

Todo paciente com AVC diagnosticado com SAAF deve ser triado para pesquisa de trombose venosa associada. Nas oclusões arteriais isoladas não há consenso sobre a melhor terapia de manutenção. Recomendações são o uso de warfarina com alvo de RNI entre 2-3 associada a baixas dose (81mg) de AAS ou warfarina isolada com alvo de RNI superior a 3,0.

Para pacientes de alto risco aterosclerótico com SAAF recomenda-se uso de aspirina.

#### 4.4.4. ANEMIA FALCIFORME

Em pacientes com AVC e anemia falciforme recomenda-se controle dos riscos cardiovasculares associado a terapia com antiplaquetários. Uso de hidroxiuréia e transfusões com alvo de HbS < 30-50% também são recomendados.

#### 4.4.5. VDRL REATOR

A sífilis em sua forma meningovascular é uma causa de AVC isquêmico com risco de recorrência e deterioração neurológica. Todo paciente com AVC isquêmico deve ser submetido durante propeidêutica etiológica à titulação do VDRL sérico. Diante de resultado positivo deve-se estender propeidêutica com FTA-ABS sérico e punção lombar para estudo do líquido, incluindo VDRL.

**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

<b>I - CONTROLE HISTÓRICO</b>						
<b>REVISÃO</b>	<b>DATA</b>	<b>Nº PÁGINAS</b>	<b>HISTÓRICO ALTERAÇÃO</b>	<b>ELABORAÇÃO</b>	<b>VERIFICAÇÃO</b>	<b>APROVAÇÃO</b>
<b>00</b>	<b>16/11/2017</b>	<b>19</b>	<b>EMISSÃO INICIAL</b>	<b>Carlos Guilherme Veloso André Ferreira</b>	<b>Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco</b>	<b>Diva Novy Nagem</b>

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

## **5. REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada.Coordenação Geral de Urgência e Emergência. Programa Nacional de Atendimento à doença vascular aguda. MS, 2009.
2. www.americanheart.org Heart disease and stroke statistics- 2016 update, American Heart Association.
3. Bamford J, Sandercock P, Dennis M, Burn J, Warlow C. "Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction" Lancet 22;337(8756):1521-6,1991.
4. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke, rt-PA Stroke Study.Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. N Engl J Med 1995;333:1581-1587.
5. Toni D, Chamorro A, Kaste M et al. Acute treatment of ischemic stroke. Cerebrovasc Dis 2004; 17(suppl 2); 30-46. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. Primeiro Consenso Brasileiro para Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. Arq Neuropsiquiatr 2002;60 (3-A):675-680.
6. Adams Jr HP, Brott TG, Furlan AJ et al. Guidelines for thrombolytic therapy for acute stroke: a supplement to the Guidelines for the Management of Patients with Acute Ischemic Stroke. A statement for healthcare professionals from a 24 special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. Stroke 1996;27:1711-1718
7. Hacke W, Donnan G, Fieschi C et al. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. Lancet 2004;363:768-774.

**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

<b>I - CONTROLE HISTÓRICO</b>						
<b>REVISÃO</b>	<b>DATA</b>	<b>Nº PÁGINAS</b>	<b>HISTÓRICO ALTERAÇÃO</b>	<b>ELABORAÇÃO</b>	<b>VERIFICAÇÃO</b>	<b>APROVAÇÃO</b>
<b>00</b>	<b>16/11/2017</b>	<b>19</b>	<b>EMISSÃO INICIAL</b>	<b>Carlos Guilherme Veloso André Ferreira</b>	<b>Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco</b>	<b>Diva Novy Nagem</b>

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

8. NINDS rt-PA Stroke Trial Investigators and Coordinators. A systems approach to immediate evaluation and management of hyperacute stroke: experience at 8 centers and implications for community practice and patient care. Stroke. 1997; 28:1530-40.

9. Stroke Unit Trialists Collaboration. A collaborative systematic review of the randomized trials of organized inpatient (stroke unit) care after stroke. Br Med J. 1997;314:1151-9.

10. NINDS. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke: The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. N Engl J Med. 1995;333:1581-7.

11. Bart van der Worp, H and Jan van Gijn, F.R.C.P. Acute Ischemic Stroke. N Engl J Med 2007;357:572-9.

12. The European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008 Cerebrovasc Dis 2008;25:457–507.

13. Hacke, W. et al for the ECASS Investigators. Thrombolysis with Alteplase 3 to 4.5 Hours after Acute Ischemic Stroke, N Engl J Med 2008;359:1317-29.

## **6. ANEXOS**

### **ANEXO 1: TESTE DE FAGERSTRÖM PARA A DEPENDÊNCIA À NICOTINA**

**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

I - CONTROLE HISTÓRICO						
REVISÃO	DATA	Nº PÁGINAS	HISTÓRICO ALTERAÇÃO	ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
00	16/11/2017	19	EMISSÃO INICIAL	Carlos Guilherme Veloso André Ferreira	Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco	Diva Novy Nagem

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
  - (3) nos primeiros 5 minutos
  - (2) de 6 a 30 minutos
  - (1) de 31 a 60 minutos
  - (0) mais de 60 minutos
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
  - (1) sim
  - (0) não
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
  - (1) o 1º da manhã
  - (0) os outros
4. Quantos cigarros você fuma por dia?
  - (0) menos de 10
  - (1) 11-20
  - (2) 21-30
  - (3) mais de 31
5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?
  - (1) sim
  - (0) não
6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?
  - (1) sim
  - (0) não

Total: 0-2 = muito baixa; 3-4 = baixa; 5 = média; 6-7 = elevada;  
8-10 = muito elevada



**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

I - CONTROLE HISTÓRICO						
REVISÃO	DATA	Nº PÁGINAS	HISTÓRICO ALTERAÇÃO	ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
00	16/11/2017	19	EMISSÃO INICIAL	Carlos Guilherme Veloso André Ferreira	Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco	Diva Novy Nagem

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

**ANEXO 2: STOP-BANG PARA TRIAGEM DE APEIA OBSTRUTIVA DO SONO**

• roncoS?

Você ronca alto (alto o bastante para ser ouvido através de portas fechadas ou seu parceiro cutuca você por roncar à noite)?

( ) Sim ( ) Não

• faTigado?

Você frequentemente sente-se cansado, fatigado ou sonolento durante o dia (por exemplo, adormecendo enquanto dirige)?

( ) Sim ( ) Não

• Observado?

Alguém já observou você parar de respirar ou engasgando/sufocando durante o sono?

( ) Sim ( ) Não

• Pressão?

Você tem ou está sendo tratado por pressão alta?

( ) Sim ( ) Não

• oBesidade com índice de massa corporal (IMC) maior que 35 kg/m<sup>2</sup>?

Índice de massa corporal (IMC) maior que 35 kg/m<sup>2</sup>?

( ) Sim ( ) Não

• IdAde

Idade maior que 50 anos?

( ) Sim ( ) Não

• circuNferência de Pescoço

(medida na altura do "pomo-de-adão")

Para homens: circunferência cervical, maior ou igual a 43 cm.

Para mulheres: circunferência cervical maior ou igual a 41 cm.

( ) Sim ( ) Não

• Gênero

Sexo masculino?

( ) Sim ( ) Não

Critérios de pontuação para a população geral:

- Baixo risco de apneia obstrutiva do sono (AOS): Sim para 0-2 questões
- Intermediário risco de AOS: Sim para 3-4 questões
- Alto risco de AOS: Sim para 5-8 questões

ou "Sim" para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + gênero masculino

ou "Sim" para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + IMC > 35 kg/m<sup>2</sup>

ou "Sim" para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + circunferência cervical ≥ 43 cm para homens ou ≥ 41 cm para mulheres

**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

I - CONTROLE HISTÓRICO						
REVISÃO	DATA	Nº PÁGINAS	HISTÓRICO ALTERAÇÃO	ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
00	16/11/2017	19	EMISSÃO INICIAL	Carlos Guilherme Veloso André Ferreira	Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco	Diva Novy Nagem

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

**ANEXO 3: ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO**

(Score total máximo 100)

<b>Alimentação</b> 0 - Totalmente dependente 5 - Necessita de ajuda (para cortar) 10 - Independente
<b>Banho</b> 0 - Não pode executar sem assistência 5 - Executa sem assistência
<b>Toailete Pessoal</b> 0 - Necessita de ajuda 5 - Lava o rosto, penteia cabelos e escova os dentes
<b>Vestuário</b> 0 - Totalmente dependente 5 - Necessita de ajuda, mas faz pelo menos a metade da tarefa dentro de um período de tempo razoável 10 - Independente, amarra sapatos, fixa fivelas e coloca adaptações (órtese, et.)
<b>Controle de Intestinos</b> 0 - Acidentes frequentes 5 - Acidentes ocasionais ou necessita auxílio com enema ou supositório 10 - Sem acidentes e independente para uso de enemas ou supositórios, se necessário.
<b>Controle da Bexiga</b> 0 - Incontinência ou necessidade de uso de dispositivo de coleta (fralda, coletor, sonda, etc.) 5 - Acidentes ocasionais ou necessita de ajuda com o dispositivo de coleta 10 - Sem acidentes, capaz de cuidar do dispositivo de coleta, se for usado
<b>Locomoção até o banheiro</b> 0 - Não usa banheiro, restrito ao leito 5 - Necessita de ajuda para equilibrar-se, colocar as roupas, cortar o papel higiênico 10 - Independente no banheiro
<b>Transferência da cama para a cadeira</b> 0 - Restrito ao leito não é possível o uso da cadeira 5 - Capaz de sentar, mas necessita assistência máxima na transferência 10 - Mínima assistência ou supervisão 15 - Independente, inclusive nas travas da cadeira de rodas e levantar o suporte do pé
<b>Mobilidade e deambulação</b> 0 - Senta na cadeira de rodas mas não se impulsiona 5 - Independente na cadeira de rodas por 50 m, não consegue caminhar 10 - Caminha com ajuda por uma distância de 50 m 15 - Independente por 50 m, pode usar dispositivos de auxílio, sem ser o andador com rodas
<b>Subir escadas</b> 0 - Não sobe escadas 5 - Necessita de ajuda ou supervisão 10 - Independente, pode usar dispositivo de auxílio

**TÍTULO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

<b>I - CONTROLE HISTÓRICO</b>						
<b>REVISÃO</b>	<b>DATA</b>	<b>Nº PÁGINAS</b>	<b>HISTÓRICO ALTERAÇÃO</b>	<b>ELABORAÇÃO</b>	<b>VERIFICAÇÃO</b>	<b>APROVAÇÃO</b>
00	16/11/2017	19	<b>EMISSÃO INICIAL</b>	Carlos Guilherme Veloso André Ferreira	Rodrigo Kleinpaul Odilon Braz Alysson Ferreira Breno Franco	Diva Novy Nagem

Este documento foi elaborado com a colaboração: Mariana Ferreira; Aretha Marques; Nathália da Silva; Jéssica Evaristo; Andréa Barbosa.

**Interpretação dos Resultados**

100 pontos - totalmente independente

99 a 76 pontos - dependência leve

75 a 51 pontos - dependência moderada

50 a 26 pontos - dependência severa

25 e menos pontos - dependência total

**ANEXO 4: ESCORE DE RANKIN**

<b>Pontuação</b>	<b>Classificação</b>	<b>Descrição</b>
0	Assintomático.	Regressão dos sintomas.
1	Sintomas sem incapacidade	Capaz de realizar suas tarefas e atividades habituais prévias.
2	Incapacidade leve	Incapaz de realizar todas as suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar suas atividades pessoais sem ajuda.
3	Incapacidade moderada	Requer alguma ajuda para suas atividades, mas capaz de andar sem ajuda.
4	Incapacidade moderada a grave	Incapaz de realizar suas atividades e andar sem ajuda.
5	Incapacidade grave	Limitado a cama, incontinência urinária, requer ajuda de outras pessoas todo o tempo.
6	Óbito	