

BMJ Best Practice

Visão geral do AVC

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Introdução	3
Doenças	4
Referências	6
Aviso legal	8

Introdução

Define-se acidente vascular cerebral (AVC) como um déficit neurológico agudo durando mais de 24 horas, de etiologia cerebrovascular. É dividido em AVC isquêmico (causado por oclusão ou estenose vascular) e AVC hemorrágico (causado por ruptura vascular, resultando em hemorragia intraparenquimatosa e/ou subaracnoide). O AVC isquêmico corresponde a 87% de todos os casos de AVC, ao passo que o AVC hemorrágico corresponde a cerca de 10% e a hemorragia subaracnoide a 3%.[1]

Doenças

◇ Acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Acidente vascular cerebral \(AVC\) isquêmico](#)

Independentemente da etiologia específica, um AVC isquêmico ocorre quando o suprimento de sangue para um território vascular cerebral é reduzido em decorrência da oclusão ou estenose crítica de uma artéria cerebral. Uma minoria dos AVCs isquêmicos é causada por trombose sinusal cerebral ou por trombose venosa cortical. Os fatores de risco fortemente associados a AVCs isquêmicos incluem idade avançada, história familiar, hipertensão,[1] tabagismo[2] diabetes,[3] fibrilação atrial,[4] comorbidades cardíacas,[5] estenose de artéria carótida,[6] [7] [8] doença falciforme[9] e dislipidemia.[10]

◇ Estenose da artéria carótida

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Estenose da artéria carótida](#)

Causa de uma minoria dos acidentes vasculares cerebrais (AVCs) isquêmicos. Os principais fatores de risco incluem idade avançada, tabagismo e história familiar de doença cardiovascular.[11] Na revascularização da carótida assintomática de alto grau e sintomática moderada ou de alto grau, a estenose da artéria carótida ajuda a prevenir futuros AVCs.

◇ Ataque isquêmico transitório (AIT)

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Ataque isquêmico transitório \(AIT\)](#)

Deve-se suspeitar de isquemia cerebral quando o paciente apresenta sintomas típicos de dormência ou fraqueza unilaterais rapidamente revertidas, mas também sintomas menos clássicos, como perda de visão unilateral, afasia transitória ou vertigem. Os ataques isquêmicos transitórios (AITs) têm grande risco de eventos isquêmicos cerebrais recorrentes precoces. Os principais fatores de risco incluem fibrilação atrial, valvopatia, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, diabetes,[12] estenose da carótida,[13] tabagismo,[14] abuso de álcool[15] e idade avançada. A avaliação e a iniciação de prevenção secundária devem ocorrer rapidamente.

◇ AVC hemorrágico

» [veja nossa abrangente cobertura sobre AVC hemorrágico](#)

A hemorragia intracerebral é causada pela ruptura vascular com sangramento para o parênquima cerebral. Três quartos dos AVCs hemorrágicos decorrem de hemorragia intracerebral, sendo o restante devido a hemorragias subaracnoides. Os principais fatores de risco incluem história familiar, idade avançada,[16] hemofilia, angiopatia amiloide cerebral, hipertensão,[17] anticoagulação,[18] [19] uso de drogas simpatomiméticas ilícitas,[20] malformações vasculares[21] e a síndrome de Moyamoya.[22]

◇ Aneurisma cerebral

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Aneurisma cerebral](#)

Geralmente assintomático até a ruptura, que resulta em hemorragia subaracnoide. Recomenda-se rastreamento das populações de risco com neuroangiografia não invasiva. Os principais fatores de risco incluem tabagismo, consumo moderado a alto de álcool,[23] história familiar, hemorragia subaracnoide prévia e doença hereditária do tecido conjuntivo.[24]

◇ Hemorragia subaracnoide

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Hemorragia subaracnoide](#)

Uma emergência médica em que ocorre sangramento dentro do espaço subaracnoide. A causa mais comum de hemorragia subaracnoide não traumática é o aneurisma intracraniano. Os fatores de risco fortes incluem hipertensão, tabagismo, história familiar e doença renal policística autossômica dominante.^[25]

Artigos principais

Referências

1. Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, et al; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics - 2018 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2018 Mar 20;137(12):e67-492. [Erratum in: *Circulation*. 2018 Mar 20;137(12):e493.] [Texto completo](#)
2. Wolf PA, D'Agostino RB, Kannel WB, et al. Cigarette smoking as a risk factor for stroke: the Framingham study. *JAMA*. 1988 Feb 19;259(7):1025-9.
3. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and cardiovascular disease: the Framingham study. *JAMA*. 1979 May 11;241(19):2035-8.
4. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham study. *Stroke*. 1991 Aug;22(8):983-8.
5. Goldstein LB, Adams R, Becker K, et al. Primary prevention of ischemic stroke: a statement for healthcare professionals from the Stroke Council of the American Heart Association. *Stroke*. 2001 Jan;32(1):280-99. [Texto completo](#)
6. Chambers BR, Norris JW. Outcome in patients with asymptomatic neck bruits. *N Engl J Med*. 1986 Oct 2;315(14):860-5.
7. Barnett HJ, Taylor DW, Haynes RB, et al; North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis. *N Engl J Med*. 1991 Aug 15;325(7):445-53. [Texto completo](#)
8. Barnett HJ, Taylor DW, Eliasziw M, et al. Benefit of carotid endarterectomy in patients with symptomatic moderate or severe stenosis. *N Engl J Med*. 1998 Nov 12;339(20):1415-25. [Texto completo](#)
9. Adams RJ, McKie VC, Hsu L, et al. Prevention of a first stroke by transfusions in children with sickle cell anemia and abnormal results on transcranial Doppler ultrasonography. *N Engl J Med*. 1998 Jul 2;339(1):5-11. [Texto completo](#)
10. Iso H, Jacobs DR Jr, Wentworth D, et al. Serum cholesterol levels and six-year mortality from stroke in 350,977 men screened for the multiple risk factor intervention trial. *N Engl J Med*. 1989 Apr 6;320(14):904-10.
11. Ricotta JJ, Aburahma A, Ascher E, et al; Society for Vascular Surgery. Updated Society for Vascular Surgery guidelines for management of extracranial carotid disease. *J Vasc Surg*. 2011 Sep;54(3):e1-31. [Texto completo](#)
12. Whisnant JP, Brown RD, Petty GW, et al. Comparisons of population-based models of risk factors for TIA and ischemic stroke. *Neurology*. 1999 Aug 11;53(3):532-6.

13. Brott TG, Brown RD, Meyer FB, et al. Carotid revascularization for prevention of stroke: carotid endarterectomy and carotid artery stenting. *Mayo Clin Proc.* 2004 Sep;79(9):1197-208.
14. Sacco RL. Risk factors for TIA and TIA as a risk factor for stroke. *Neurology.* 2004 Apr 27;62(8 Suppl 6):S7-11.
15. Reynolds K, Lewis B, Nolen JD, et al. Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. *JAMA.* 2003 Feb 5;289(5):579-88.
16. Woo D, Sauerbeck LR, Kissela BM, et al. Genetic and environmental risk factors for intracerebral hemorrhage: preliminary results of a population-based study. *Stroke.* 2002 May;33(5):1190-5.
17. Kannel WB, Wolf PA, Verter J, et al. Epidemiologic assessment of the role of blood pressure in stroke. The Framingham study. *JAMA.* 1970;214:301-10.
18. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ.* 2002 Jan 12;324(7329):71-86. [Erratum in: *BMJ* 2002 Jan 19;324(7330):141.] [Texto completo](#)
19. Hart RG, Boop BS, Anderson DC. Oral anticoagulants and intracranial hemorrhage. Facts and hypotheses. *Stroke.* 1995 Aug;26(8):1471-7. [Texto completo](#)
20. Wojak JC, Flamm ES. Intracranial hemorrhage and cocaine use. *Stroke.* 1987 Jul-Aug;18(4):712-5.
21. Barnes B, Cawley CM, Barrow DL. Intracerebral hemorrhage secondary to vascular lesions. *Neurosurg Clin N Am.* 2002 Jul;13(3):289-97.
22. Takahashi JC, Funaki T, Houkin K, et al; JAM Trial Investigators. Significance of the hemorrhagic site for recurrent bleeding: prespecified analysis in the Japan Adult Moyamoya trial. *Stroke.* 2016 Jan;47(1):37-43. [Texto completo](#)
23. Juvela S, Hillbom M, Numminen H, et al. Cigarette smoking and alcohol consumption as risk factors for aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke.* 1993 May;24(5):639-46.
24. Schievink WI. Intracranial aneurysms. *N Engl J Med.* 1997 Jan 2;336(1):28-40. [Erratum in: *N Engl J Med* 1997 Apr 24;336(17):1267.]
25. Rinkel GJ. Intracranial aneurysm screening: indications and advice for practice. *Lancet Neurol.* 2005 Feb;4(2):122-8.

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Editorial Team,

BMJ Publishing Group

DIVULGAÇÕES: This overview has been compiled using the information in existing sub-topics.