



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Diretriz Assistencial

Ataque Isquêmico Transitório

Versão eletrônica atualizada em
Março- 2010

Introdução:

O ataque isquêmico transitório (AIT) é definido como um episódio transitório de disfunção neurológica causado por isquemia focal do encéfalo, medula espinhal ou retina na ausência de infarto agudo. No passado, AIT foi definido arbitrariamente como qualquer evento isquêmico focal com duração inferior a 24 horas. Recentemente, diversos estudos demonstraram que essa definição não é ideal, uma vez que 30 a 50% dos pacientes classicamente definidos como tendo um AIT apresentam lesão isquêmica intracraniana detectada pela seqüência de difusão da ressonância magnética (RM). Estudos demonstram que há um risco superior a 10% de Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCi) agudo no período de 90 dias após um AIT. O risco é particularmente elevado nos primeiros dias após o evento, sendo que até 1/4 dos AVCis ocorrem nos primeiros dois dias após o AIT. A incidência de AIT é maior no território carotídeo, com uma taxa anual estimada de 110 por 100.000 quando comparada com uma taxa de 30 por 100.000 no território vértebro-basilar. A determinação da presença de fatores de risco para AVC e introdução de tratamento apropriado nesses pacientes reduzem o risco de morte e seqüelas. Vários estudos têm demonstrado a importância do diagnóstico e medidas terapêuticas precoces em pacientes com AIT.

Fluxograma na Unidade de Primeiro Atendimento (UPA)

O atendimento do paciente com AIT deve ser sincronizado e ágil. O reconhecimento precoce da suspeita de AIT e a seqüência organizada das ações na fase aguda dependem de um fluxo de atendimento pré-estabelecido e bem determinado.

A equipe estabiliza o paciente com quadro de AIT, realiza história clínica e exame direcionado, investiga os diagnósticos diferenciais e inicia o tratamento através das medidas gerais. O médico faz a avaliação imediata e conduz o caso. O paciente é transportado até o exame de imagem, que é realizado em caráter emergencial. Durante o transporte intra-hospitalar o paciente é acompanhado pelo médico. Quando há instabilidade clínica ou alteração do nível de consciência, um anestesista é chamado para auxiliar no transporte. O paciente pode retornar a Unidade de Primeiro Atendimento (UPA), ser encaminhado para outro exame complementar ou pode ser transferido imediatamente para a Unidade de Terapia Intensiva ou semi-intensiva.

Estratificação de Risco

Aproximadamente metade do risco de AVCi após um AIT acontece nas primeiras 48 horas, fazendo com que a avaliação diagnóstica precoce seja fundamental na prevenção de novos eventos. A avaliação utilizando o escore ABCD² é recomendada para diferenciar pacientes de alto e baixo risco. O escore compreende os seguintes itens:

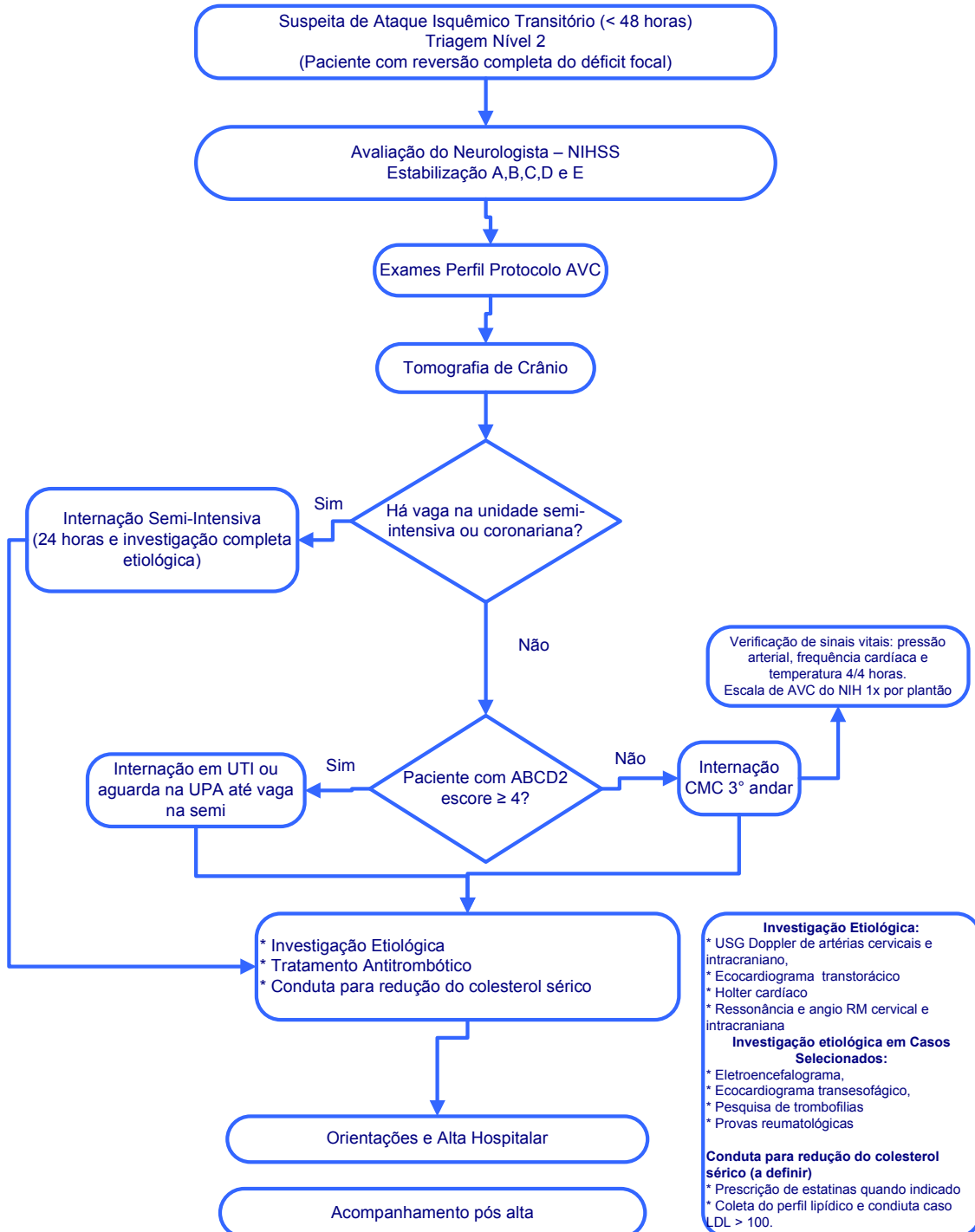
A (age) Idade ≥ 60 anos	1 ponto
B (blood pressure) Pressão arterial ≥140/90 mmHg	1 ponto
C Clínica	2 pontos: hemiparesia 1 ponto: distúrbio de linguagem sem hemiparesia
D Duração	2 pontos ≥ 60 minutos 1 ponto 10-59 minutos
D Diabetes	1 ponto

Pacientes com escore ≥ 4 são classificados como de alto risco, enquanto pacientes com escore < 4 como de baixo risco. Em séries de validação do escore ABCD², o risco de AVCi foi de 0% para escores 0-1, 1.3% para escores 2 ou 3, 4.1% para escores 4 ou 5 e 8.1% para escores 6 ou 7. O escore ABCD² é utilizado no Hospital Israelita Albert Einstein para definir se o paciente será internado em ambiente de terapia intensiva (escore > 4) ou em clínica médica neurológica (escore ≤ 4).

Exames realizados após a avaliação inicial

- Hemograma completo com plaquetas e coagulograma completo.
- Glicemia sérica, sódio, potássio, uréia, creatinina, avaliação de intoxicação por drogas em caso de suspeita, troponina sérica.
- Eletrocardiograma..
- Tomografia de Crânio

Diretrizes para o tratamento do Ataque Isquêmico Transitório



Avaliação da presença de oclusões ou estenoses arteriais

Idealmente, pacientes com AIT devem ser avaliados rapidamente quanto à presença de estenoses ou oclusões em artérias extra e intracranianas. A escolha de que teste utilizar depende da disponibilidade e experiência de cada instituição, além da presença ou não de contra-indicação a realização de determinados testes (por exemplo RM em pacientes portadores de marcapasso ou angiotomografia em pacientes com insuficiência renal). Para avaliação das artérias cervicais e intracraniana podem ser utilizados a angiorressonância, angiotomografia ou o ultrassom com Doppler.

Tratamento

- Observação em ambiente semi-intensivo ou unidade de terapia intensiva por 24 a 48 horas se escore ABCD² ≥ 4 ;
- Internação em clínica médica-cirúrgica se ABCD² < 4 e controle dos sinais vitais a cada 4 horas e avaliação da escala de AVC do NIHSS a cada 6 horas;
- Controle dos níveis pressóricos e da glicemia (ver capítulos de protocolos clínicos);
- Profilaxia de trombose venosa profunda;
- Realização dos exames complementares citados acima;
- Antiagregação plaquetária precoce;
- Abordagem cirúrgica ou endovascular das carótidas quando indicado por grau de estenose e/ou características da placa;
- Heparinização e anticoagulação nos casos caracterizados como cardioembolia com alto risco de recorrência (exemplo fibrilação atrial);
- Controle dos fatores de risco como dislipidemia e tabagismo;
- Educação para o paciente e seus familiares, além de orientações constantes durante a internação e na alta.

Indicadores de Qualidade

Os indicadores de qualidade acompanhados pelo Programa Integrado de Neurologia para pacientes com AIT são:

Indicador
Antiagregante Plaquetário nas Primeiras 48 horas da Admissão
Antiagregante Plaquetário na Alta Hospitalar
Conduta para redução do colesterol sérico
Prescrição de Anticoagulante na Alta dos pacientes com fibrilação ou flutter atrial
Tempo Médio de Permanência
Mortalidade
Eventos Adversos Graves

Prescrição de antiagregante plaquetário nas primeiras 48 horas da admissão e na alta hospitalar

São considerados elegíveis todos os pacientes com AIT que não possuam contra-indicação para a terapia.

Os anticoagulantes prescritos em doses para prevenção de TVP são insuficientes para antiagregação plaquetária.

População excluída: pacientes que foram transferidos para outro hospital; pacientes que evadiram-se; pacientes que evoluíram a óbito; pacientes admitidos para endarterectomia eletiva.

Prescrição de anticoagulante na alta hospitalar dos pacientes com fibrilação ou flutter atrial

São considerados elegíveis todos os pacientes que apresentem fibrilação ou *flutter atrial* na ausência de contra-indicações para anticoagulação.

Conduta para redução do colesterol sérico

Pacientes com AVCI e LDL > 100, ou LDL não mensurada, ou usuário de hipolipemiante antes da admissão devem receber hipolipemiante na prescrição de alta hospitalar.

População excluída: pacientes que foram transferidos para outro hospital; pacientes que evadiram-se; pacientes que evoluíram a óbito; pacientes admitidos para endarterectomia eletiva;