

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

1. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

1.1 Objetivo geral

- Orientar e uniformizar a conduta acerca do paciente com suspeita ou diagnóstico de acidente vascular encefálico (AVC) ao longo de todo atendimento do paciente no Hospital do Subúrbio.

1.2 Objetivos Específicos

- Definir e direcionar as ações de cada profissional nos respectivos setores e de acordo com suas funções.
- Adequar ao HS e viabilizar a realização de terapias de reperfusão (trombólise) em pacientes sem contraindicações.
- Planejar, ainda no internamento, protocolos de reabilitação com abordagem multiprofissional e profilaxia secundária a fim de reduzir o impacto da doença e sua recorrência.
- Direcionar, após a alta hospitalar, a continuação do cuidado em serviços de referência em convênio com o HS.

2. ELEGIBILIDADE

2.1 Critérios de Inclusão

- Suspeita de acidente vascular cerebral conforme quadro clínico, através da avaliação médica ou escalas validadas (p.e. Escala de ROSIER).
- Confirmação do diagnóstico de AVC através de exame de imagem, associado ao quadro clínico apresentado pelo paciente.

2.2 Critérios de Exclusão

- Paciente com diagnóstico de AVC em fase crônica – sem evidência de novo evento recente.
- Afastado AVC após investigação completa.

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

3. FORMAS DE ENTRAR NA LINHA DO AVC

Cumprindo os critérios de inclusão, e na ausência dos critérios de exclusão, o paciente entra na Linha

- Através do CID do internamento:
I64: Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
I63: Infarto cerebral
I62: Outras hemorragias intracranianas não traumáticas
- Suspeita de AVC pela escala de ROSIER (vide ANEXO I)
Pontuação +1 pela escore
Suspeita justificada na escala de ROSIER mesmo que a pontuação seja <1
- Preenchimento da Ficha do AVC (vide ANEXO II)
- Definindo, na Ficha, o diagnóstico como AVCI, AVCH, HSA ou TSVC

4. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Com a chegada do paciente ao Hospital do Subúrbio, ele passará pelo acolhimento e classificação de risco, realizado por um(a) enfermeiro(a). Os objetivos/atribuições do profissional no acolhimento são:

- Atentar as queixas do paciente, colhendo e registrando a história, com data do início do quadro;
- Proceder com exame físico. Identificando precocemente os sinais de alerta;
- Encaminhar o paciente para atendimento médico, classificando o risco.

4.1 A escala de ROSIER (ANEXO I)

A escala de ROSIER (*Recognition of Stroke in the Emergency Room*, do inglês) é uma ferramenta que tem como intuito o reconhecimento precoce do paciente como suspeita de AVC no contexto de uma emergência. A escala consta dos seguintes itens:

- Perda de consciência ou síncope
- Crise convulsiva

Esses dois itens reduzem a probabilidade, quando presentes, de se tratar de um AVC, havendo a redução de um ponto (-1) se a resposta for “sim” para cada um deles.

- Fraqueza facial assimétrica
- Fraqueza do membro superior assimétrica
- Fraqueza do membro inferior assimétrica
- Distúrbio da fala
- Alteração do campo visual

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

Nº: 0001-PT-005
Data Emissão: 17/02/2011

Folha: 03 de 039
Revisão Nº: 06
Data Revisão: 25/07/2022

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Os demais itens acima, quando presentes, aumentam a probabilidade de se tratar de um AVC, havendo acréscimo de um ponto (+1) se a resposta for “sim” para cada um deles.

Se o paciente somar ≥ 1 ponto no total, será definido automaticamente como suspeito de AVC.

É fundamental que o(a) enfermeiro(a) realize a anamnese e o exame físico do paciente para responder às perguntas da escala de ROSIER.

Na escala do sistema PGH, há um espaço para a entrada do tempo de sintomas do paciente. É fundamental realizar, para isso, as seguintes perguntas;

- Qual horário exato (ou aproximado) do momento em que os sintomas surgiram?
- Se o paciente despertou com os sintomas ou foi encontrado por terceiros com os sintomas, qual horário ele foi visto bem pela última vez?

No caso de o paciente ter sido encontrado, não sendo de conhecimento o tempo exato do início do quadro, o último horário em que ele foi visto bem será usado como início dos sintomas.

Em caso de haver discordância entre a suspeita de AVC e a avaliação do enfermeiro(a), o profissional poderá selecionar a opção que considera mais adequada (“SIM” ou “NÃO” em relação à suspeita de AVC) e justificá-la.

5. HISTÓRIA E EXAME FÍSICO

5.1 Investigação Clínica

1. Queixa principal: principal sintoma e o tempo de início.
2. História da doença atual:
 - Detalhamento da queixa principal
 - i. Sintomas comuns que devem levantar a suspeita de AVC:
 1. Hemiparesia
 2. Monoparesia (fraqueza de apenas um membro)
 3. Desvio da comissura labial
 4. Hipoestesia (redução/alteração da sensibilidade)
 5. Disartria
 6. Afasia
 7. Rebaixamento da consciência
 8. Outros: disfagia, tontura/desequilíbrio etc.

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

- Informação quanto à instalação do quadro neurológico:

i. **Início súbito:** instalação típica nos casos de AVC. Habitualmente, o paciente ou acompanhante informará que o quadro se iniciou em um horário específico (p.e. 10:30) ou deitou-se na noite sem sintomas e, ao despertar, foi identificado o déficit neurológico*. Para maior sensibilidade, é fundamental que esse dado seja questionado diretamente pelo médico. Eventualmente, o paciente poderá ter sintomas agudos, porém de instalação insidiosa (p.e. despertou bem há 48, mas foi evoluindo com sonolência e inapetência ao longo dos dias subsequentes) – o que reduz a suspeita para AVC.

ii. Se o paciente já tiver um déficit neurológico prévio, tentar obter com familiares (ou com o próprio paciente, se tiver condições de informar) detalhes dos sintomas anteriores e, com precisão, o que mudou recentemente.

**Wake up stroke:* Em casos de pacientes que se deitaram assintomáticos e despertaram com déficit, é fundamental ter detalhes precisos, como: “realmente não havia nenhuma queixa ontem à noite?”; “ele chegou a ser visto assintomático na madrugada, ao se levantar para ir ao banheiro? Qual horário?” e “qual horário precisamente em que foi visto bem pela última vez?”

Obs: questionar sobre trauma recente.

3. Antecedentes médicos:

- Comorbidades: fatores de risco para doenças cerebrovasculares – hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, cardiopatias, nefropatias, uso de anticoagulantes e antiagregantes, distúrbios de coagulação, passado de AVC etc.
- Uso de medicamentos habituais: importante saber uso de medicamentos para as comorbidades. Entretanto, no contexto da emergência, é fundamental identificar medicamentos que sejam relevantes para a tomada de decisões, como: anticoagulantes (especificando qual droga), antiagregantes, droga antiepiléptica.
- Cirurgias e procedimentos prévios relevantes: lembrar-se sobre o tempo em que esses procedimentos foram realizados – o que pode impactar na decisão sobre a trombólise (vide a seção “critérios de exclusão para trombólise”, 4.4.1).
- Questionar sobre AVC prévio: especificar o tempo do último evento.
- Hábitos de vida: História de etilismo e tabagismo (caracterizar quanto à intensidade do consumo), assim como uso de drogas ilícitas. Realização de atividade física/sedentarismo.
- Interrogatório sistemático: Demais dados, conforme sistemas específicos, que sejam relevantes (p.e. febre, precordialgia, dispneia etc)

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

4. Exame neurológico

- Exame das funções mentais
- Nervos cranianos
- Força muscular/tônus
- Sensibilidade
- Reflexos profundos e superficiais
- Coordenação
- Equilíbrio
- Marcha

5. Demais aspectos do exame físico, conforme médico assistente/interconsultor, fisioterapeuta, fonoaudióloga e demais profissionais.

6. Na suspeita ou diagnóstico de AVC

- Aplicação do *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) – (vide ANEXO III)
- Sempre realizar o NIHSS na emergência/primeira avaliação e antes da alta.
- Realizar ao longo do internamento conforme necessário (p.e. após trombólise, devido a mudanças no quadro neurológico).

6. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

6.1 Exames Laboratoriais

Solicitar: Hemograma, TP, TTPA, ureia, creatinina, sódio, potássio, troponina.

Demais exames deverão ser solicitados conforme quadro clínico do paciente, suas comorbidades e a critério médico, não sendo considerado prioridade na emergência.

No paciente em janela para trombólise identificado no escore de Rosier, a solicitação dos exames laboratoriais dar-se-á automaticamente.

Tempos do exame laboratorial:

Paciente com suspeita/diagnóstico de AVC isquêmico em janela para trombólise:

- Tempo solicitação-resultado < 45 minutos.

Paciente com suspeita de AVC isquêmico fora de janela para trombólise ou AVC hemorrágico:

- Tempo solicitação-resultado < 2 horas

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

6.2 Investigação Radiológica

6.2.1 Tomografia de crânio

- Exame de escolha na emergência, sendo indicada na admissão do paciente que entre na Linha do Cuidado do AVC.
- Deverá ser solicitado na suspeita clínica de AVC.

Tempos da tomografia de crânio (da solicitação ao laudo):

- Paciente em janela para trombólise: até 45 minutos da chegada do paciente no hospital
- Paciente com AVC fora da janela para trombólise: até 1 hora da chegada do paciente no hospital

Obs: em paciente com sinais e sintomas de hipertensão intracraniana (HIC), o tempo entre a solicitação e o laudo da tomografia será < 2 horas.

6.2.2 Angiotomografia

Exame de escolha na suspeita de doenças vasculares intracranianas dos diversos tipos de AVC (p.e. isquemias, hemorragias, trombozes venosas).

Critérios para Angio-TC para solicitação de urgência (na Emergência)*:

- Se diagnóstico na emergência de hemorragia subaracnoide (HSA)
- Se diagnóstico de AVC hemorrágico < 24h do ictus
- Se suspeita de trombose venosa cerebral

*Vide seção "Suspeita de AVC na Emergência"

Considerar aplicar a Regra de Ottawa para decisão do pedido de tomografia de crânio e Angiotomografia para suspeita de HSA

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Regra de Ottawa:

Aplicar a Regra de Ottawa se o(a) paciente preencher os seguintes critérios:

Critérios de inclusão (apresentar todos os critérios):

- Idade \geq 15 anos
- Cefaleia de forte intensidade, nova, não traumática
- Alcançou a intensidade máxima em menos de 1 hora

Critérios de exclusão (apresentar todos os critérios):

- Déficit neurológico novo
- Aneurisma prévio
- Tumor cerebral previamente diagnosticado
- História de cefaleia recorrente

Investigar se, ao menos, 1 dos seguintes:

- Dor cervical ou sintoma sugestivo de rigidez de nuca
- Idade \geq 40 anos
- Perda de consciência testemunhada
- Início durante exercício físico/esforço
- Cefaleia súbita (em “trovoada”)
- Rigidez de nuca (durante o exame físico)

7. CONDUÇÃO DA SUSPEITA / DIAGNÓSTICO DE AVC NA EMERGÊNCIA

7.1 AVC isquêmico (AVCI)

Paciente com instalação súbita de um sintoma neurológico

Ao menos um dos sintomas abaixo:

- Déficit motor dimidiado (unilateral) (hemiparesia, monoparesia)
- Déficit sensitivo dimidiado (unilateral) (“dormência” ou “formigamento”)
- Desvio de comissura labial / paresia facial tipo central (comprometimento da porção inferior da face)
- Alteração da consciência (sonolência, torpor, coma)
- Afasia (alteração da linguagem – déficit de fluência, dificuldade de compreensão, mutismo)
- Disartria (alteração da fala)
- Alteração do comportamento (agitação, apatia, lentificação psicomotora)
- Alteração da cognição (confusão, desorientação, negligência)
- Ataxia (alteração da coordenação ou do equilíbrio)

TC de crânio normal ou com imagem sugestiva de isquemia em fase aguda/subaguda

Não havendo outra causa mais provável que explique o quadro clínico

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

7.1.1 Subtipos de AVC isquêmico

- **AVC *minor*:**
Suspeita ou diagnóstico de AVC isquêmico
NIHSS < 5
Obs: NIHSS ≥ 5 considerar AVC *major*

- **AVC lacunar**
Suspeita ou diagnóstico de AVC isquêmico
Presença de alguma das síndromes lacunares:
 - Motora pura
 - Sensitivo-motora
 - Sensitiva pura
 - Atáxica pura
 - Disartria-mão desajeitada (disartria + ataxia do membro superior)Ausência dos seguintes sintomas:
 - Hemianopsia
 - Afasia
 - Negligência
 - Apraxia
 - Desvio do olhar conjugado

- **AVC de circulação posterior**
Paciente com suspeita de AVC
Presença de ao menos um dos seguintes sintomas:
 - Ataxia
 - Vertigem
 - Paralisia facial periférica
 - Desvio da língua
 - Desvio da úvula/palato mole
 - Ptose
 - EstrabismoTC de crânio normal; ou com hipodensidade no tronco encefálico ou cerebelo; ou com ressonância magnética com restrição à difusão no tronco encefálico ou cerebelo
Não havendo outra causa mais provável que explique o quadro clínico

7.2 AVC hemorrágico intraparenquimatoso (AVCH)

- Paciente com instalação súbita de um sintoma neurológico (ao menos um dos sintomas)
- Déficit motor dimidiado (unilateral) (hemiparesia, monoparesia)
 - Déficit sensitivo dimidiado (unilateral) (“dormência” ou “formigamento”)
 - Desvio de comissura labial / paresia facial tipo central (comprometimento da porção inferior da face)
 - Alteração da consciência (sonolência, torpor, coma)
 - Afasia (alteração da linguagem – déficit de fluência, dificuldade de compreensão, mutismo)

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

- Disartria (alteração da fala)
- Alteração do comportamento (agitação, apatia, lentificação psicomotora)
- Alteração da cognição (confusão, desorientação, negligência)
- Ataxia (alteração da coordenação ou do equilíbrio)
- Cefaleia de moderada a forte intensidade

TC de crânio com evidência de hemorragia parenquimatosa
Não havendo outra causa mais provável que explique o quadro clínico

7.3 Hemorragia Subaracnoide (HSA)

Paciente com instalação súbita de um sintoma neurológico (ao menos um dos sintomas)

- Déficit motor dimidiado (unilateral) (hemiparesia, monoparesia)
- Déficit sensitivo dimidiado (unilateral) (“dormência” ou “formigamento”)
- Desvio de comissura labial / paresia facial tipo central (comprometimento da porção inferior da face)
- Alteração da consciência (sonolência, torpor, coma)
- Afasia (alteração da linguagem – déficit de fluência, dificuldade de compreensão, mutismo)
- Disartria (alteração da fala)
- Alteração do comportamento (agitação, apatia, lentificação psicomotora)
- Alteração da cognição (confusão, desorientação, negligência)
- Ataxia (alteração da coordenação ou do equilíbrio)

Presença de cefaleia de forte intensidade, em “trovoada” ou a pior cefaleia da vida.
TC de crânio com evidência de hemorragia no espaço subaracnoide ou líquido com características de sangramento subaracnoide.
Não havendo outra causa mais provável que explique o quadro clínico

7.4 Trombose do Seio Venoso Cerebral (TSVC)

Cefaleia nova de instalação aguda (< 15 dias), sem melhora ou em piora progressiva
Dará suporte ao diagnóstico a presença de um dos sintomas (critério não obrigatório)

- Déficit motor dimidiado (unilateral) (hemiparesia, monoparesia)
- Déficit sensitivo dimidiado (unilateral) (“dormência” ou “formigamento”)
- Desvio de comissura labial / paresia facial tipo central (comprometimento da porção inferior da face)
- Alteração da consciência (sonolência, torpor, coma)
- Afasia (alteração da linguagem – déficit de fluência, de compreensão, mutismo)
- Disartria (alteração da fala)
- Alteração do comportamento (agitação, apatia, lentificação psicomotora)
- Alteração da cognição (confusão, desorientação, negligência)
- Ataxia (alteração da coordenação ou do equilíbrio)
- Alteração visual (turvação ou piora da acuidade visual)

Angiotomografia de crânio com falha de enchimento venoso ou alterações sugestivas de trombose venosa cerebral
Não havendo outra causa mais provável que explique o quadro clínico

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

7.5 Ataque Isquêmico Transitório (AIT)

Paciente com instalação súbita de um sintoma neurológico
Preencher os seguintes critérios:

- Melhora completa dos sintomas em menos de 24 horas (NIHSS 0)
- Sem evidência, em exames de imagem, de lesões isquêmicas ou sangramentos.

Não havendo outra causa mais provável que explique o quadro clínico

Observação: Todos os pacientes, na emergência, após diagnóstico de AVC, precisarão:

- Ter descrito o resultado da escala THRIVE (ANEXO VI)
- A ficha de AVC
- Preencher nos casos de AVC isquêmico ou hemorragia intraparenquimatosa, o NIHSS
- Ter solicitação de avaliação com a Neurologia e/ou Neurocirurgia

7.6 Definição de unidade de internamento

Após a decisão médica de internar o paciente com suspeita ou diagnóstico de AVC, deve-se seguir os critérios para definir a unidade de internamento mais adequada.

7.6.1 Pacientes em janela para trombólise.

A trombólise deverá ser realizada na sala de reanimação.

Após o procedimento, TODOS os pacientes deverão ser admitidos na UTI

7.6.2 Pacientes fora de janela para trombólise < 48h sintomas.

Os pacientes deverão ser internados em uma unidade de terapia intensiva se apresentar 1 ou mais dos critérios abaixo:

- < 24 horas do início dos sintomas
- NIHSS > 10
- Em piora neurológica*
- Sinais de hipertensão intracraniana**
- Escala de coma de Glasgow < 13
- Uso de droga vasoativa
- ASPECTS < 7
- AVC isquêmico de fossa posterior
- Qualquer caso de AVC hemorrágico
- Qualquer caso de hemorragia subaracnóidea
- Sinais/suspeita de emergência hipertensiva

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

7.6.3 Pacientes > 48h de sintomas:

Os pacientes deverão ser internados em UTI se apresentar 1 ou mais dos critérios abaixo:

- <5 dias e NIHSS > 20 e/ou ASPECTS < 5
- Em piora neurológica*
- Sinais de hipertensão intracraniana**
- Escala de coma de Glasgow < 10
- Uso de droga vasoativa
- Qualquer caso de hemorragia subaracnóidea
- Sinais/suspeita de emergência hipertensiva

* Piora de 4 pontos no NIHSS ou 2 pontos na escala de coma de Glasgow

** Cefaleia, náuseas com ou sem vômitos, papiledema, tríade de Cushing (bradicardia, hipertensão às custas da sistólica, respiração irregular).

7.7 Conduas a serem tomadas na Emergência no AVC isquêmico

7.7.1 Trombólise Intravenosa

A trombólise intravenosa deverá ser cogitada em todo paciente com AVC isquêmico em janela para trombólise. Para a realização da trombólise, é fundamental ver a elegibilidade.

CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO:

- AVC isquêmico com déficit neurológico mensurável persistente.
- Idade acima de 18 anos.
- Janela terapêutica de até 4,5 h do início dos sintomas.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Tempo do início dos sintomas incerto ou desconhecido
- Suspeita clínica de HSA apesar de não evidenciada na TC
- Imagem de Infarto na TC ou RM com área > 1/3 da artéria cerebral média (ou ASPECTS < 7)
- Sangramento ativo (GI ou urinário nos últimos 21 dias)
- Distúrbios hemorrágicos não limitados a: plaquetas <100.000, uso de heparina em dose plena nas últimas 48 horas e TTPA > limite superior; uso recente de anticoagulante oral e RNI > 1.7
- Neurocirurgia, traumatismo cranioencefálico (TCE) grave ou AVC nos últimos três meses
- Cirurgia de grande porte ou trauma nos últimos 14 dias.
- Punção arterial recente em local não compressível, nas últimas 24h.
- Punção lombar nos últimos sete dias
- História de hemorragia cerebral, malformação arteriovenosa ou aneurisma cerebral
- Glicemia < 50mg/dL ou > 400mg/DI
- PA sistólica > 185 mmHg ou diastólica > 110mmHg
- Evidência de pericardite ativa, endocardite ou êmbolo séptico.
- Aborto recente (últimas 3 semanas), gravidez ou puerpério.
- Se uso de algum dos novos anticoagulantes orais < 48h

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Obs.: para casos com início > 3 horas e menor que 4 horas e meia, proceder com decisão individualizada nas situações abaixo:

- História de AVC + diabetes mellitus
- Idade acima de 80 anos
- Uso de anticoagulante oral
- Escore do NIHSS acima de 25

Considerar trombólise nos casos abaixo (critérios de exclusão relativos):

- Déficit neurológico prévio – se for possível determinar, com precisão (pelo paciente ou familiares), o déficit neurológico anterior.
- Melhora significativa do déficit neurológico – considerar o NIHSS no momento da decisão, apesar da melhora (p.e. pode ter havido melhora de 15 para 7, permanecendo ainda importante o NIHSS).
- Sintomas leves – NIHSS <4 – se houver sintomas limitantes, como déficit de linguagem, de campo visual ou paresias importantes, considerar trombólise.
- Doença renal crônica dialítica – se TTPA estiver normal, é recomendada trombólise
- Glicemia <50mg/dl ou >400mg/dl – após correção do distúrbio da glicose, poderá ser trombolisado.
- Crise epiléptica como início dos sinais e sintomas
- Infarto agudo do miocárdio nos últimos três meses
- Punção lombar < 7 dias
- Menstruação – não havendo história de menorragia ou passado de anemia importante devido ao fluxo menstrual intenso, poderá ser considerada trombólise.
- Neoplasia extracraniana – ponderar a neoplasia, estágio e localização.

Obs: Pacientes acima de 80 anos – é considerado seguro e recomendado, principalmente nos casos em início de janela (0-3h). Individualizar em cada caso.

Após constatar indicação para a realização do procedimento, iniciar trombólise:

Alteplase (Actilyse®), 0,9 mg/kg (dose máxima de 90 mg) (vide ANEXO IV)

- 10% da dose em bolus
- 90% da dose em 1 hora (em bomba de infusão)

Diluição de acordo com a bula e o solvente (água destilada) do medicamento, formando uma solução com proporção de 1:1 (1mg = 1 mL).

Para iniciar a trombólise:

- Obter 02 acessos venosos
- Cabeceira do leito elevada em 30°
- Monitorização
- Nível pressórico < 185 mmHg de sistólica e < 110 de diastólica
- Obtenção de termo de responsabilidade com o paciente ou responsável

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Durante a trombólise:

- Evitar procedimentos invasivos (p.e. passagem de sondas ou injeções intramusculares)
- Dieta zero
- Nível pressórico < 180 mmHg de sistólica e < 105 mmHg de diastólica
- Aferir e registrar a pressão arterial a cada 15 minutos
- Glicemia < 180 mg/dL (em torno de 140-180 mg/dL)

Obs: Interromper a trombólise se:

- Piora neurológica (piora de 4 pontos no NIHSS ou de 2 pontos na escala de coma de Glasgow) *
- Nível pressórico acima de 180 x 105 mmHg com dificuldade de controle
- Cefaleia de moderada a forte intensidade durante a trombólise ou de instalação súbita *
- Vômitos *
- Crise epiléptica *
- Qualquer sangramento **

* Nos casos descritos, repetir imediatamente a TC de crânio. Se houver ausência de sangramento e/ou não houver suspeita de hemorragia subaracnoide (vide seção “Diagnóstico de Hemorragia Aracnoide”), poderá ser retomada a trombólise – avaliar cada caso individualmente.

** Se exames laboratoriais (TP, TTPA e plaquetas) não evidenciarem discrasia sanguínea e não houver suspeita clínica de doenças hematológicas evidentes, poderá ser retomada trombólise se se tratar de um sangramento menor (gengival, nasal ou do local de acesso venoso).

Após a trombólise (nas 24h subsequentes):

- Evitar procedimentos invasivos (p.e. passagem de sondas ou injeções intramusculares)
- Dieta zero
- Nível pressórico < 180 mmHg de sistólica e < 105 mmHg de diastólica nas próximas 24 horas
- Aferir e registrar a pressão arterial:
 - a cada 15 min. nas primeiras 2 horas
 - a cada 30 min. nas próximas 4 horas
 - a cada 60 min. até completar 24 horas
- Glicemia < 180 mg/dL (em torno de 140-180 mg/dL)
- Tratar hipertermia (temperatura axilar > 37.8 ° C)
- Não iniciar anticoagulantes (profiláticos ou terapêuticos)
- Iniciar O2 suplementar se saturação de oxigênio (SaO2) < 94 %
- Repetir a TC de crânio após 24 horas da trombólise – ou antes, se piora neurológica ou suspeita de hemorragia intracraniana.

Após 24 horas, se a TC de crânio não evidenciar sangramento, prosseguir para a seção da “Profilaxia secundária” no “Paciente com AVC isquêmico não trombolisado” (seção 4.4.2).

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

7.7.2 Paciente com AVC isquêmico não trombolisado

Caso o paciente não seja submetido à trombólise intravenosa, a conduta a ser tomada é:

- Dieta zero até avaliação da Fonoaudiologia ou, em casos selecionados, do rastreio de disfagia pelo médico assistente (vide seção “Fonoaudiologia”).
- Nível pressórico < 220 mmHg de sistólica e < 120 mmHg de diastólica nas primeiras 24 horas do ictus. Após esse período, iniciar controle progressivo, visando normotensão.
- Aferir e registrar a pressão arterial a cada 6 horas.
- Glicemia < 180 mg/dL (em torno de 140-180 mg/dL)
- Tratar hipertermia (temperatura axilar > 37.8 ° C)
- Iniciar profilaxia para TEV (vide seção adiante)
- Iniciar O2 suplementar se saturação de oxigênio (SaO2) < 94 %

7.7.3 Profilaxia secundária – iniciar até 48h da admissão (preconizado para assim que possível)

- AAS, 100 mg/dia
- Sinvastatina, 40 mg/noite

Tratando-se de um AVC *minor* (vide seção “Suspeita e diagnóstico de AVC na emergência”, subtipo “AVC *minor*”), a profilaxia secundária deverá ser a seguinte:

Profilaxia secundária no AVC *minor* – deverá ser iniciada até 48h da admissão, sendo preconizado o início assim que possível:

- AAS, 100 mg/dia
- Clopidogrel, 75 mg/dia por 21 dias.
- Sinvastatina, 40 mg/noite

7.7.4 Profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV)

▪ Iniciar em:

- Pacientes com AVC isquêmico não trombolisados
- Pacientes com AVC isquêmico trombolisados após 24 horas da administração do alteplase se não houver evidência de transformação hemorrágica após TC de controle em 24 horas.

Atenção:

- Na suspeita ou diagnóstico de AVC isquêmico, não iniciar anticoagulação plena/terapêutica na emergência, independente da indicação ou doença de base (p.e. tromboembolismo pulmonar, fibrilação atrial etc). Aguardar avaliação da Neurologia/Neurocirurgia para definição.
- Considerar contraindicações clínicas em cada paciente.

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

7.7.5 Profilaxia para crise epiléptica

- **Primária:**
Não iniciar droga antiepiléptica em pacientes que não apresentaram crise epiléptica.
- **Secundária:**
Se o paciente apresentar crise epiléptica associado ao quadro de AVC, iniciar alguma das drogas antiepilépticas:
 - Fenitoína, dose inicial 100mg de 12/12 horas ou 8/8 horas, intravenoso ou via oral.
Obs: não fazer dose de ataque de fenitoína, exceto se diagnosticado *status epilepticus*.
 - Ácido valproico, dose inicial de 500 mg de 12/12 horas ou 500 mg de 8/8 horas, via oral.
 - Carbamazepina, dose inicial de 200 mg de 8/8 horas

Solicitar avaliação da Neurologia ou Neurocirurgia para definir programação do uso da droga, assim como a necessidade de ajustes, trocas, suspensão ou acréscimos.

Obs: em caso de uso de alguma das drogas antiepilépticas, avaliar interações medicamentosas com outras drogas em uso (p.e. varfarina).

7.8 Paciente com Ataque Isquêmico Transitório (AIT)

Sendo diagnosticado o AIT, considerar as condutas de acordo com o risco de AVC isquêmico:

Escore ABCD2:

A: Idade (**A**ge)

>60 anos: 1 ponto

<60 anos: 0

B: Pressão arterial (**B**lood pressure)

PAS > 140 mmHg ou PAD > 90 mmHg: 1 ponto

Outro: 0

C: Sintomas clínicos (**C**linical symptoms)

Fraqueza unilateral: 2 pontos

Distúrbio de linguagem: 1 ponto

Outro: 0

D: Duração do AIT (**D**uration of TIA)

>60 minutos: 2 pontos

10-59 minutos: 1 ponto

<10 minutos: 0

E: Diabetes:

Sim: 1 ponto

Não: 0

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Se total ≥ 4 pontos, internar para observação e ponderar investigação no internamento.
Se optado por internamento:

- Internamento na enfermaria
- Dieta liberada conforme comorbidades ou julgamento do médico assistente.
- Controle pressórico, visando normotensão
- Aferir e registrar a pressão arterial a cada 6 horas.
- Controle glicêmico
- Tratar hipertermia (temperatura axilar $> 37.8^{\circ} \text{C}$)
- Iniciar profilaxia para TEV se o paciente apresentar risco elevado independente do quadro neurológico.
- Iniciar O₂ suplementar se saturação de oxigênio (SaO₂) $< 94\%$

7.8.1 Profilaxia secundária – deverá ser iniciada logo após o diagnóstico na admissão:

- AAS, 100 mg/dia
- Clopidogrel, 75 mg/dia (por 21 dias)
- Sinvastatina, 40 mg/noite

7.9 Condutas a serem tomadas na emergência no AVC hemorrágico

O paciente com diagnóstico ou com suspeita de AVC hemorrágico intraparenquimatoso ou hemorragia subaracnoide espontânea deverá ser atendido na sala de reanimação. Na unidade, deverão ser feitas as seguintes condutas:

- Monitorização contínua
- Aferição de níveis pressóricos a cada 15 minutos enquanto estiver na emergência
- Controle pressórico - manter pressão sistólica entre 140-180mmHg.
- Iniciar O₂ suplementar se saturação de oxigênio (SaO₂) $< 94\%$
- Se Escala de Coma de Glasgow ≤ 8 :
 - Intubação orotraqueal
 - Pressão arterial média invasiva
 - Acesso venoso central
- Se hemorragia subaracnoide espontânea (HSAe), iniciar nimodipina, 60 mg de 4/4 horas do diagnóstico até 21 dias (do ictus).

TC de crânio.

No laudo do exame, deverá constar:

- Volume estimado do hematoma
- Localização do sangramento
- Desvio de linha média, se existir, e sua extensão
- Presença/ausência de hemorragia intraventricular

Angiotomografia de crânio.

Deverá ser solicitado em pacientes com até 24h do ictus.

- Avaliar presença do “dot sign” e “black hole sign” – estimar/prever aumento do hematoma.

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Acionar a Neurocirurgia em até 1 hora após o resultado da tomografia de crânio/angiotomografia.

O neurocirurgião, definindo a conduta cirúrgica deverá:

- Pacientes com indicação neurocirúrgica que cheguem até 6 h do ictus - aviso de 1h
- Pacientes com indicação neurocirúrgica que cheguem entre 6-12 h do ictus - aviso de 3h
- Pacientes com indicação neurocirúrgica que cheguem após 12 h do ictus - aviso de 6h

7.9.1 Profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV)

- Iniciar Profilaxia mecânica até 24-48h, como segue.
- Se não houver aumento da hemorragia em até 24-48h, nos casos não operados, iniciar profilaxia química, com heparina de baixo peso ou não-fracionada
- Após 24h de procedimento neurocirúrgico, se houver redução do hematoma, com heparina de baixo peso ou não-fracionada

7.9.2 Profilaxia para crise epiléptica

▪ Primária:

Não iniciar droga antiepiléptica em pacientes que não apresentaram crise epiléptica.

▪ Secundária:

Se o paciente apresentar crise epiléptica associado ao quadro de AVC, iniciar alguma das drogas antiepilépticas:

- Fenitoína, dose inicial 100mg de 12/12 horas ou 8/8 horas, intravenoso ou via oral.
Obs: não fazer dose de ataque de fenitoína, exceto se diagnosticado *status epilepticus*.
- Ácido valproico, dose inicial de 500 mg de 12/12 horas ou 500 mg de 8/8 horas, via oral.
- Carbamazepina, dose inicial de 200mg de 8/8 horas

Solicitar avaliação da Neurologia ou Neurocirurgia para definir programação do uso da droga, assim como a necessidade de ajustes, trocas, suspensão ou acréscimos.

8. CONDUÇÃO DO AVC NA TERAPIA INTENSIVA

8.1 AVC isquêmico

8.1.1 Investigação

Realizar TC de controle se:

- O tempo entre o ictus e primeira TC foi em menos de 24h sem evidência de lesão*.
- Paciente com piora neurológica significativa (aumento de 4 pontos no NIHSS e/ou queda de 2 pontos na escala de coma de Glasgow), independente do tempo do ictus.
- Suspeita de hemorragia/transformação hemorrágica.
- Sinais clínicos de hipertensão intracraniana novos.
- Após 24 horas da trombólise.

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

*Em pacientes sintomáticos com a primeira tomografia sem alterações realizada após 24h do ictus, considerar realização de tomografia de controle em casos específicos, com possibilidade de mudança de conduta conforme exame de imagem.

Investigação etiológica do AVC isquêmico:

- A investigação etiológica deverá ser realizada na enfermaria.
- Iniciar a investigação etiológica na UTI nos casos em que o(s) exame(s) possa mudar a conduta ainda na unidade fechada.

8.1.2 Controles

Paciente trombolisado:

- Manter nível pressórico abaixo de 180x105 mmHg (nas primeiras 24h)
 - Medir a cada 15 min. nas primeiras 2 horas
 - Medir a cada 30 min. nas próximas 4 horas
 - Medir a cada 60 min. até completar 24 horas
- Após 24 horas da trombólise, iniciar controle dos níveis pressóricos, visando PA < 140 x 90 mmHg.
- Tratar hipertermia ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$)
- Tratar hiperglicemia ($> 180 \text{ mg/dL}$)
- Escala de Coma de Glasgow e avaliação das pupilas a cada 4 hora nas primeiras 24 horas.
- Escala NIHSS a cada 6 horas ou com maior frequência se mudanças do quadro ou por definição do médico assistente enquanto estiver na UTI.
- Não iniciar antiagregantes ou anticoagulantes nas primeiras 24h do ictus.
- Evitar nas primeiras 24h procedimentos invasivos (passar cateteres, sonda gástrica ou vesical)
- Dieta zero nas primeiras 24h após a trombólise

Paciente não trombolisado:

- Evitar hipotensão (PAM $> 65 \text{ mmHg}$)
- Hipertensão permissiva nas primeiras 24 horas do ictus até 220 x 120 mmHg
 - Considerar maior controle pressórico em casos específicos (p.e. infarto agudo do miocárdio, edema agudo de pulmão)
 - Após 24 h do ictus, iniciar controle progressivo da Pressão, visando PA < 140 x 90 mmHg.
- Tratar hipertermia ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$)
- Tratar hiperglicemia (se $> 180 \text{ mg/dL}$)
- Escala de Coma de Glasgow e avaliação das pupilas a cada 6/6 horas nas primeiras 24 horas.
- Escala NIHSS a cada 12 horas ou com maior frequência se mudanças do quadro ou por definição do médico assistente nas primeiras 24 horas. Após, NIHSS diário.
- Dieta zero até avaliação de disfagia ou, em casos selecionados, após rastreio de disfagia pelo médico assistente.

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

- Manter profilaxia secundária – já iniciada na emergência.
- Profilaxia medicamentosa TEV
- Fisioterapia / mobilização precoce

8.1.3 Profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV)

Iniciar em:

- Pacientes com AVC isquêmico não trombolisados
- Pacientes com AVC isquêmico trombolisados após 24 horas da administração do alteplase se não houver evidência de transformação hemorrágica após TC de controle em 24 horas.

8.1.4 Edema cerebral

Considerar salina hipertônica¹ no AVC isquêmico se:

- Hipodensidade de 1/3 ou mais do território da ACM visualizado nas primeiras 6h do ictus*
- Desvio da linha média > 5 mm devido ao edema*
- Sinal da artéria cerebral média hiperdensa na TC da admissão (se < 24h do ictus)
- Piora neurológica concomitante à piora do edema
- AVC isquêmico cerebelar: com sinais de compressão do quarto ventrículo e/ou do tronco encefálico através de sinais clínicos e/ou radiológicos, infarto bilateral ou da artéria cerebelar posterior inferior*.

* Solicitar avaliação da Neurocirurgia.

¹Fazer salina hipertônica para sódio de 145-155 mEq/L por até 5 dias ou após se necessário.

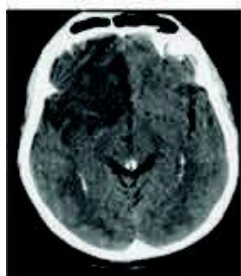
8.1.5 Transformação Hemorrágica

Nos casos de transformação hemorrágica, a classificação dar-se-á conforme a classificação ECASS (abaixo). É considerado como urgência o hematoma tipo 2 – devendo-se seguir o fluxograma e condutas semelhantes ao AVC hemorrágico (vide seção “AVC hemorrágico)

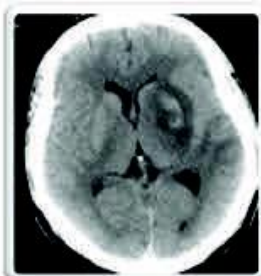
LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Tipos de transformação hemorrágica (Classificação do European Cooperative Acute Stroke Study – ECASS)

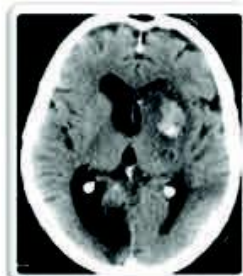
Transformação
Petequial – TIPO 1



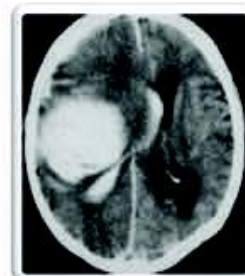
Transformação
Petequial – TIPO 2



Hematoma
– TIPO 1



Hematoma
– TIPO 2



Fonte: Stroke, 1999, v. 30, p. 2280-2284.

8.1.6 Alta da UTI

Se os pacientes apresentarem **TODOS** os critérios:

- Controle pressórico sem uso de droga vasoativa
- Estabilidade hemodinâmica
- Sem piora neurológica
- Escala de Coma de Glasgow > 12
- Com definição da lesão isquêmica e/ou com TC de controle sem lesões de risco (efeito de massa importante ou transformação hemorrágica)
- Paciente sem condições clínicas que impeçam a alta da unidade fechada (p.e. sepse grave)

Considerar alta nos seguintes casos:

- AVC isquêmico lacunar ou AVC isquêmico *minor* (vide seção “Suspeita e Diagnóstico de AVC isquêmico na emergência”, seção 4.2):
 - Poderá receber alta após 24h da admissão na UTI.
- AVC isquêmico não-lacunar ou AVC isquêmico *major* (vide seção “Suspeita e Diagnóstico de AVC isquêmico na emergência”, seção 4.2):
 - Poderá receber alta entre 2 e 5 dias.

Nos casos de pacientes que não preencherem os critérios acima, a definição deverá ser em conjunto com a Neurologia e/ou Neurocirurgia.

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

8.2 AVC hemorrágico

8.2.1 Monitorização

- Registro de níveis pressóricos a cada 4 horas – ou em intervalo menor, se necessário.
- Controle pressórico - manter pressão sistólica entre 140-180mmHg, visando normotensão após 24 horas do ictus.
- Iniciar O2 suplementar se saturação de oxigênio (SaO2) < 94 %
- Condução clínica do paciente crítico – se Escala de Coma de Glasgow \leq 8:
 - Intubação orotraqueal
 - Pressão arterial média invasiva
 - Acesso venoso central
- Nos casos de hematomas intracerebrais espontâneos com derivação ventricular externa (DVE), monitorizar a pressão intracraniana (PIC) para tratamento medicamentoso
- Nas HSA espontâneas com DVE, atentar para a manipulação da DVE para não correr o risco de ressangramento do aneurisma

8.2.2 Outras condutas

- Se hemorragia subaracnoide espontânea (HSAe), iniciar nimodipina, 60 mg de 4/4 horas do diagnóstico até 21 dias (do ictus).
- Pacientes em uso de antiagregantes e indicação cirúrgica
 - Reserva de 02 concentrados de hemácias e 10 unidades de plaquetas
 - Desmopressina 0,4mcg/kg, EV, em dose única
- Pacientes plaquetopênicos com indicação cirúrgica
 - Reserva de 02 concentrados de hemácias
 - Transfusão de plaquetas - alvo 100000 plaquetas para cirurgia
 - Reserva de 10 unidades de plaquetas para transfusão no intra ou no pós-operatório, a depender da causa da plaquetopenia
- Pacientes em uso de anticoagulantes com indicação cirúrgica

Varfarina

- Complexo protrombínico (30UI/kg) ou
- Plasma fresco (10-20ml/kg) + vitamina K

Inibidores da trombina ou do Fator Xa

- Agentes reversores específicos

Heparina não fracionada

- Sulfato de protamina 1mg/100 unidades de heparina até no máximo 50mg

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

8.2.3 Cuidados com a DVE

- Tritocomia total em couro cabeludo;
- Troca do curativo pós-operatório em 48 horas (trocar antes apenas se sujidade)
- Tunelização e fixação de cateter em círculo com fixação da borboleta no crânio e encurtamento com cateter
- Avaliar uso de IV Fix como cobertura primária para curativos ao invés de atadura e micropore/espradrapo

Avaliar curativo adesivo transparente (tipo tegaderm) nas DVEs após a primeira troca

8.2.4 Profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV)

- Iniciar Profilaxia mecânica até 24-48h, como segue.
- Nos casos de hemorragia intraparenquimatosa, se não houver aumento da hemorragia em até 48h, nos casos não operados, iniciar profilaxia química, com heparina de baixo peso ou não-fracionada
- Após 24h de procedimento neurocirúrgico, se houver redução do hematoma, com heparina de baixo peso ou não-fracionada
- Nos casos de hemorragia subaracnoide, conforme orientação da Neurologia/Neurocirurgia.

Considerar condutas descritas na seção “Condutas a serem tomadas na emergência no AVC hemorrágico” caso o paciente tenha sido regulado diretamente para a UTI ou não tenham sido feitas na emergência.

8.2.5 Alta da UTI

Nos casos de AVC hemorrágico e de hemorragia subaracnoide, definir junto à Neurologia e/ou à Neurocirurgia a condição e o tempo adequado para alta da unidade fechada.

9. CONDUTAS NA ENFERMARIA

9.1 Investigação etiológica

9.1.1 Exames de imagem

- Tomografia de crânio, realizar TC de controle se:
 - O tempo entre o ictus e a primeira TC foi em menos de 24h sem evidência de lesão isquêmica ou hemorrágica*.
 - Paciente com piora neurológica significativa (aumento de 4 pontos no NIHSS e/ou queda de 2 pontos na escala de coma de Glasgow), independente do tempo do ictus.
 - Suspeita de hemorragia/transformação hemorrágica.
 - Sinais clínicos de hipertensão intracraniana.

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

*Em pacientes sintomáticos com a primeira tomografia sem alterações realizada após 24h do ictus, considerar realização de tomografia de controle em casos específicos, com possibilidade de mudança de conduta conforme exame de imagem.

- Ressonância magnética:
 - Conforme indicação do neurologista ou neurocirurgião

- Doppler de carótidas e vertebrais:
 - Exame de escolha em investigação de comprometimento de vasos extracranianos em pacientes com diagnóstico de AVC isquêmico.
 - Considerar o benefício em casos específicos, podendo ser substituído pela angiotomografia conforme o protocolo.
 - Ponderar a realização ambulatorial* nos seguintes casos:
 - AVC isquêmico lacunar
 - Sem mudança de conduta no internamento
 - Paciente em discussão de cuidados paliativos

- Angiotomografia:
 - Exame alternativo ao Doppler de carótidas e vertebrais para investigação de doenças vasculares extracranianos. Poderá substituir o Doppler de carótidas e vertebrais nos seguintes casos:
 - Pacientes com AVCi de circulação posterior (sem etiologia evidente; p. ex: cardiopatia emboligênica).
 - Evidência de estenose crítica ou oclusão de ACI (Artéria Carótida Interna) no Doppler (confirmar achado).
 - Pacientes < 40 anos sem uma etiologia mais provável identificada na admissão (p.e. fibrilação atrial, IAM).
 - Em casos selecionados de AVCi recorrente no mesmo território (avaliar estenose intracraniana).
 - Ponderar a realização ambulatorial* nos seguintes casos:
 - Sem mudança de conduta no internamento

- Angiorressonância:
 - Alternativa à angiotomografia, quando houver contraindicação de sua realização
 - Em pacientes com disfunção renal com impedimento de realizar contraste, fazendo estudo de vasos através da técnica *Time of Flight* (TOF).

- Ecocardiografia transtorácica:
 - Solicitado em pacientes com AVC isquêmico, para investigação etiológica, caso haja previsão de mudança de conduta no internamento.
 - Ponderar a realização ambulatorial* nos seguintes casos:
 - AVC isquêmico lacunar
 - Sem mudança de conduta no internamento
 - Paciente em discussão de cuidados paliativos

*Considerar alta hospitalar e agendamento no serviço de Bioimagem para realização no HS e retorno no ambulatório de Clínica Médica para demais condutas.

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

9.1.2 Eletrocardiograma

- Deverá ser realizado em todos os pacientes na admissão, ainda na emergência e conforme indicação cínica ao longo do internamento.

9.1.3 Exames laboratoriais

- Admissão: hemograma, TP, TTPA, ureia, creatinina, sódio, potássio, troponina.
- Demais exames deverão ser solicitados conforme quadro clínico do paciente, suas comorbidades e a critério médico.

9.2 Profilaxia Secundária – AVC isquêmico

Após a investigação etiológica, definir a profilaxia secundária baseada na causa do AVC isquêmico, de acordo com a classificação TOAST:

9.2.1 Aterosclerose de grande artéria:

Extracraniana:

Profilaxia secundária

- AAS, 100 mg/dia
- Sinvastatina, 40 mg/noite

Intracraniana:

Profilaxia secundária – deverá ser iniciada logo após o diagnóstico na admissão:

- AAS, 100 mg/dia
- Clopidogrel, 75 mg/dia (por 3 meses)
- Sinvastatina, 40 mg/noite

9.2.2 Oclusão de pequeno vaso

Profilaxia secundária

- AAS, 100 mg/dia
- Sinvastatina, 40 mg/noite

Obs: no caso de AVC *minor*, acrescentar clopidogrel, 75 mg/dia por 21 dias.

9.2.3 Cardioembólico

Fibrilação atrial/*flutter* atrial ou trombo intracavitário:

Profilaxia secundária

Com comprometimento valvar:

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

- Varfarina, visando RNI entre 2-3.

Sem comprometimento valvar:

- Varfarina, visando RNI entre 2-3.
- Algum dos anticoagulantes orais diretos (DOACs): dabigatrana, rivaroxabana, apixabana ou edoxabana.

Insuficiência cardíaca com ritmo sinusal com fração de ejeção < 30-35 % ou alteração segmentar da parede do ventrículo esquerdo, em alta suspeita de etiologia embólica:

- Considerar varfarina, visando RNI entre 2-3

Em outras possíveis etiologias cardioembólicas, considerar os casos individualmente para definir a melhor profilaxia secundária.

9.2.4 Causa desconhecida:

Profilaxia secundária

- AAS, 100 mg/dia
- Sinvastatina, 40 mg/noite

9.2.5 Outra etiologia conhecida:

A profilaxia dependerá da doença de base (p.e. vasculite ou síndrome do anticorpo antifosfolípide)

9.3 Profilaxia Secundária – Trombose do seio venoso cerebral

Profilaxia secundária

- Varfarina, visando RNI entre 2-3.
- Algum dos anticoagulantes orais diretos (DOACs), preferencialmente dabigatrana, rivaroxabana ou apixabana.

Se primeiro episódio ou a etiologia for transitória, manter a anticoagulação por 3-12 meses.

Em caso de recorrência ou etiologia intratável e permanente, a anticoagulação será constante, sem um prazo definido.

10 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

10.1 Enfermagem

10.1.1 Classificação de risco:

- Atentar para queixas do paciente, colhendo e registrando a história e data do início dos sinais e sintomas;

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

- Proceder com exame físico. Identificando precocemente os sinais de alerta;
- Encaminhar o paciente para atendimento médico, classificando o risco.
- Preenchimento da Escala de ROSIER

10.1.2 Assistência de enfermagem:

- Atendimento inicial:
 - Priorizar o encaminhamento para TC, acompanhando-o;
 - Puncionar acesso venoso pérvio;
- Avaliar constantemente o nível de consciência, de acordo com escala neurológica específica, além de função cognitiva e motora;
- Proceder à avaliação pupilar e resposta fotomotora a cada 1h, atentando para movimentos oculares, conforme intervalo padronizado;
- Atentar para registros e avaliação dos parâmetros clínicos, sinalizando para alterações significativas:
 - Manter níveis pressóricos conforme orientação da neurologia;
 - Atentar e sinalizar a ocorrência de hipertermia, medicando quando $T > 37^{\circ}$;
 - Atentar e sinalizar episódios de hiperglicemia > 180 mg/dL;
- Avaliar sinais progressivos de piora clínica (Convulsões, decorticação, descerebração, hipertermia, hiperglicemia);
- Registrar em prontuário todas as condutas e cuidados de enfermagem prestados.

ATENÇÃO PARA FICHA DE MONITORIZAÇÃO NEUROLÓGICA QUE DEVERÁ SER UTILIZADA NAS PRIMEIRAS 24 HORAS (ANEXO III)

* Pós trombolíticos:

- Manter avaliação pupilar, motora e Glasgow a cada 1 hora;
- Atentar para ocorrência de sangramentos;
- Monitorar sinais e sintomas de hipotensão, atentando para labilidade pressórica;
- Acompanhar resultado de Hb / Ht e coagulograma (TP, TTPa, plaquetas), conforme rotina de coleta.

10.2 Fisioterapia

A equipe de Fisioterapia deverá admitir o paciente em até 24 horas da admissão no hospital.

- Realizar avaliação funcional;
- Correção Postural no leito otimizada (cabeceira elevada 30 a 45° + mudanças de decúbito, se não houver restrições);

* *Assistência respiratória:*

- Manter vigilância Respiratória (atentar para sinais de desconforto respiratório, hiperventilação, ritmo irregular ou padrões respiratórios anormais) e neurológica (redução do nível de consciência);
- Avaliar a capacidade tussígena;

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

- Manter vias aéreas pérvias;
- Pacientes em ventilação espontânea devem realizar a mensuração da capacidade vital, definindo condutas de acordo com as alterações funcionais constatadas;
- Realizar Terapia de Expansão Pulmonar (PVR's, EPAP / PEP, VNI) ou Terapia de Higiene Brônquica (Tosse Técnica, TMA, AFE, EPAP / PEP, CPAP Flash), se necessário;
- Avaliar necessidade de ventilação não-invasiva em casos de desconforto respiratório (CPAP, BIPAP), e instituir suporte ventilatório somente após liberação médica;
- Paciente em Ventilação Mecânica deve realizar assistência e Monitorização Ventilatória com intervenção utilizando as Terapias de Expansão Pulmonar e/ou Higiene Brônquica, se necessário.
* Em casos de sinais de Hipertensão craniana, instituir a ventilação neuroprotetora, realizando o cálculo do VE35 (Volume minuto que resulte numa PaCO2 de 35 mmHg);

** Assistência motora:*

- Avaliar a Motricidade do paciente, instituindo condutas de abordagem passiva ou ativa, de acordo com as condições do paciente avaliado, objetivando otimizar a função do Sistema Músculo-esquelético;
- Prevenir os efeitos deletérios da imobilidade no leito;
- Exercícios de ADM (MMSS / MMII);
- Alongamento global;
- Atividades de rolamento e postura sentada;
- Treino do controle de tronco;
- Treino das Atividades de Vida Diária (AVD's);
- Profilaxia para TVP;
- Transferência de peso / Reações de equilíbrio na posição sentada;
- Atividades em Ortostase (Sustentação de peso e Readaptação funcional da marcha);
- Prática Mental (pensar na ação a ser desempenhada)

* Minimizar as mobilizações e manobras fisioterapêuticas nos pacientes com HIC até término da fase aguda.

10.3 Serviço Social

- Realizar admissão social dos pacientes, a fim de compreender a dinâmica social do paciente e seus familiares, no prazo de até 72h após internamento;
- Orientar os familiares quanto as normas, rotinas e serviços prestados pela instituição, tão quanto da importância do acompanhamento do paciente em seu processo de saúde x doença;
- Acolhimento e orientação aos acompanhantes de pacientes em estado grave;
- Discutir com o Corpo Clínico a resolução de pendências clínicas, objetivando a desospitalização;
- Identificar problemas sociais que possam interferir na hospitalização e alta, compartilhando com a equipe de saúde, via evolução multiprofissional;
- Acompanhar junto ao médico assistente os pacientes elegíveis para Home Care e Cuidados Paliativos fazendo interface com a família;
- Participar do processo de transferência via CER, junto à equipe multiprofissional, paciente e família em relação a documentação e orientações pertinentes ao Serviço Social, quando ocorrer;

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

- Orientar familiares e/ou responsáveis, quanto doação de sangue e/ou acionando recursos comunitários, quando necessários;
- Prestar orientações quando necessário, quanto aos direitos previdenciários (auxílio doença, aposentadoria por idade e por invalidez, entre outros), assistenciais (Benefício de Prestação Continuada, Programa Bolsa Família), e de saúde (obtenção de medicação e insumos via posto de saúde, materiais, dieta, órteses, próteses, cadeira de rodas ou banho), além da necessidade de manter o acompanhamento de saúde na própria instituição ou em Unidade Básica de Saúde, conforme a indicação da equipe (consultas médicas, fisioterapia, fonoaudiologia, realização de curativos, etc).

10.4 Fonoaudiologia

10.4.1 Atribuições

A avaliação da Fonoaudiologia iniciar-se-á na linha do cuidado do AVC automaticamente após a entrada do paciente como parte da linha. Cada profissional identificará os pacientes partes da linha do cuidado do AVC e realizará a sua admissão e análise inicial;

Os objetivos da Fonoaudiologia são:

- Identificar a via segura de alimentação: via oral, sonda alimentar (naso ou oro) e/ou gastrostomia;
- Identificar o risco de broncoaspiração;
- Definir conduta terapêutica adequada para reabilitação da função da deglutição.
- Verificar ocorrência de broncoaspiração em pacientes traqueostomizados com programação para início de dieta oral.

A Fonoaudiologia terá até 24 horas da entrada do paciente na Linha do Cuidado do AVC para a admissão da especialidade.

São exceções para avaliação no tempo estipulado os seguintes casos:

1. Paciente submetido à trombólise venosa (dieta zero nas primeiras 24h do procedimento)
2. Pacientes admitidos intubados ou realizada intubação oro-traqueal nas primeiras 24 horas da admissão no hospital
3. Pacientes com programação de procedimentos cirúrgicos nas primeiras 24 horas da admissão no hospital
4. Paciente com contraindicação para avaliação da Fonoaudiologia por critério médico ou da Fonoaudiologia.

Considerar a realização do *screening* para disfagia pelo(a) médico(a) assistente conforme elegibilidade descrita abaixo:

10.4.2 Teste de Rastreio para Disfagia

Elegibilidade:

- Diagnóstico de AVC

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

- Previsão de avaliação da Fonoaudiologia > 12 horas
- Ausência de TODOS os critérios abaixo:
 - Escala de coma de Glasgow < 13
 - Assimetria/fraqueza facial
 - Assimetria/fraqueza da língua
 - Assimetria fraqueza do palato

Preenchendo-se os critérios, pode ser realizado o teste com água, conforme orientação a seguir:

1. Administrar 100 mL de água com goles sequenciais
2. Observar qualquer compensação com a garganta, como tosse ou voz molhada, imediatamente ou após 1 minuto.

Se sinais de aspiração durante o teste, **prosseguir com a dieta oral suspensa e aguardar avaliação da deglutição pela Fonoaudiologia.**

Se o paciente não apresentar sinais de aspiração:

- Poderá iniciar medicamentos por via oral
- Poderá iniciar dieta oral adaptada, na consistência líquida espessada até avaliação especializada.

Obs: Ainda que o paciente passe no teste, na primeira administração de medicamento ou dieta, é importante avaliar o desempenho da deglutição. Ao sinal de aspiração, prosseguir com dieta zero e a administração oral de medicamentos.

10.5 Nutrição Clínica

10.5.1 Objetivos

- Manter/ recuperar o estado nutricional do paciente;
- Ofertar dieta de forma segura ao paciente;
- Monitorar aceitação da dieta, evolução clínica e nutricional do paciente;
- Auxiliar no controle da pressão arterial;
- Prevenir possíveis complicações, como desnutrição, broncoaspiração, diarreia, obstipação.

10.5.2 Atribuições da nutricionista

- Verificar mapa da linha de cuidado do AVC, priorizando o atendimento aos pacientes que foram internados e ainda não tenham sido admitidos pelo Serviço de Nutrição Clínica;
- Aguardar avaliação fonoaudiológica, definindo consistência de dieta segura, conforme a mesma;
- Realizar admissão nutricional, avaliando risco de desnutrição e definindo o nível de assistência nutricional;
- Fazer visitas aos pacientes internados, realizando possíveis alterações na conduta nutricional conforme necessidades dos pacientes;
- Realizar reavaliações nutricionais (conforme prazo determinado, pelo nível de assistência nutricional dos pacientes), revendo risco nutricional e nível de assistência, fazendo modificações na conduta nutricional se necessário;

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

- Verificar as prováveis altas hospitalares, dando orientação nutricional, de acordo às necessidades do paciente.

10.5.3 Do atendimento inicial

- Verificar prescrição médica, admitindo os pacientes com indicação de dieta via oral exclusiva;
- Liberar dieta oral após avaliação fonoaudiológica e solicitação em prescrição médica, determinando a consistência da mesma conforme sugerido pela fonoaudióloga.

10.5.4 Da admissão nutricional

- Deve ser realizada em até 48h do internamento do paciente;
- Realizar inquérito alimentar, exame físico, avaliação antropométrica, bem como avaliação dos exames bioquímicos solicitados pelo médico, definindo o diagnóstico nutricional do paciente;
- Realizar a triagem de risco nutricional, verificando se há ou não risco de desnutrição, através da *Nutritional Risk Screening (NRS) 2002*;
- Definir nível de assistência nutricional:
 - Secundário: pacientes que tiveram AVC, mas sem sequelas graves e que apresentam bom estado nutricional.
 - Terciário: pacientes que tiveram AVC, porém com sequelas importantes ou outras doenças graves associadas, além dos pacientes com risco nutricional e/ou desnutrição.

10.5.5 Do acompanhamento nutricional

- Visitar os pacientes três vezes por semana e em casos de intercorrências, monitorando aceitação da dieta, possíveis ocorrências de sintomas gastrointestinais, alterando a conduta nutricional quando necessário;
- Monitorar liberação de estímulo oral, bem como evolução da consistência de dieta conforme sugerido pela fonoaudióloga para os pacientes que seguem em acompanhamento fonoaudiológico;
- Reavaliar o estado nutricional dos pacientes a cada 7 dias (se nível terciário) ou a cada 15 dias (se nível secundário), ajustando o plano terapêutico às necessidades do paciente. Caso seja sinalizada a alta hospitalar, reavaliar os pacientes que tiverem mais de 7 dias da última avaliação nutricional, independentemente do nível de assistência.

10.5.6 Do tratamento pós alta

Dar orientações nutricionais para o paciente de alta hospitalar, de forma verbal e impressa, a fim de que o mesmo mantenha os cuidados com a alimentação no pós alta hospitalar.

10.5.7 Indicadores da Nutrição Clínica na Linha de Cuidado do AVC

- Taxa de admissões pacientes com dieta via oral;
- Taxa de conformidade no tempo da admissão (meta: 95%);
- Taxa diagnóstico nutricional na admissão;
- Taxa de risco nutricional na admissão;
- Taxa de evolução nutricional dos pacientes reavaliados;

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

- Taxa de incidência de desnutrição hospitalar entre os pacientes que foram reavaliados (tolerância: 20%);
- Taxa de pacientes com dieta oral na alta

11 CUIDADOS ESPECIAIS

11.1 Critérios para investigação etiológica / cuidados paliativos

Considerar não realizar investigação etiológica para o AVC isquêmico e discutir com a equipe o início de cuidados paliativos nos seguintes casos.

- Escala modificada de Rankin (mRS) prévia ao AVC atual 5.
- Paciente > 80 anos com mRS no internamento atual 5.
- Escala *THRIVE* ≥ 6 (prognóstico ruim).
- Paciente com doenças neurodegenerativas (p.e. doença de Alzheimer ou Parkinson) avançadas ou neoplasias malignas sem terapia curativa possível.
- Infarto maligno de artéria cerebral média sem indicação cirúrgica.
- Diagnóstico de trombose de artéria basilar com mRS 5.

Observações:

- Os critérios acima não devem ser usados de forma unânime para definir condutas – entretanto, podem balizar a tomada de decisões.
- Discutir com a equipe e familiares as decisões tomadas.

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

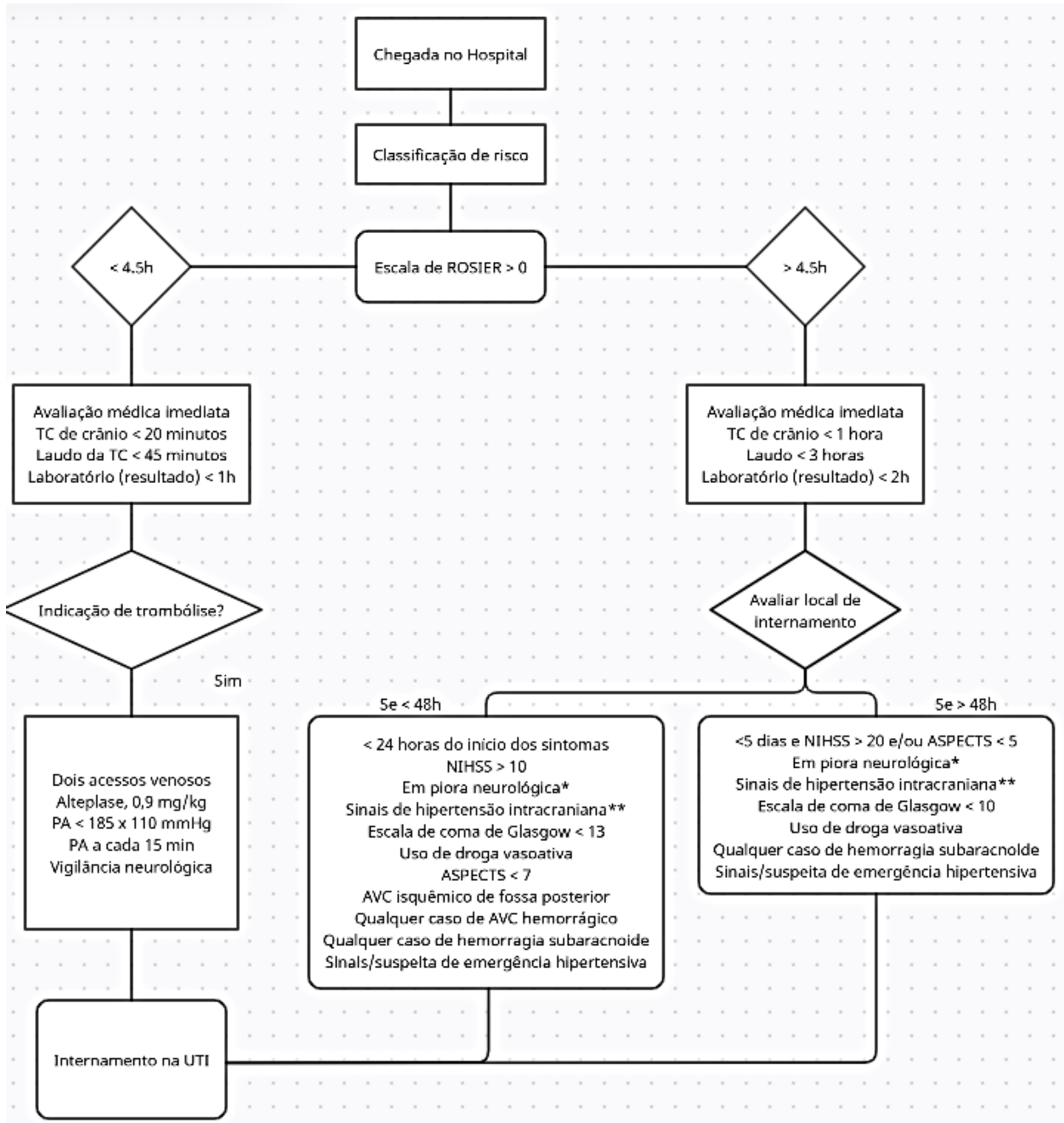
APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

12. FLUXOGRAMA CLÍNICO

12.1. Atendimento Inicial (unidade de emergência)



ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

Nº: 0001-PT-005
Data Emissão: 17/02/2011

Folha: 033 de 039
Revisão Nº: 06
Data Revisão: 25/07/2022

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CINTRA, Elaine; et al. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo, 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

Expansion of the Time Window for Treatment of Acute Ischemic Stroke With Intravenous Tissue Plasminogen Activator: A Science Advisory From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2009;40;2945-2948

Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 2013 Mar;44(3):870-947

Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008. The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee.

Manual de Rotinas para atenção ao AVC. Editora MS. Brasília – DF 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf

Statins After Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack: An Advisory Statement From the Stroke Council, American Heart Association and American Stroke Association. *Stroke* 2004;35;1023

Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. Primeiro consenso brasileiro para trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo. *Arq Neuropsiquiatr* 2002;60:675-680.

Tissue Plasminogen Activator For Acute Ischemic Stroke. *N Engl J Med* 1995;333:1581-7.

Thrombolysis with Alteplase 3 to 4.5 Hours after Acute Ischemic Stroke. *N Engl J Med* 2008; 359:1317-1329.

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

Nº: 0001-PT-005
Data Emissão: 17/02/2011

Folha: 034 de 039
Revisão Nº: 06
Data Revisão: 25/07/2022

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

ANEXO I

Escala de ROSIER

Tempo de Execução do Forms da Oracle - [Escala de Rosier]

Ação Editar Consultar Bloco Gravar Campo Janela Ajuda

PGH: Promédica Gestão Hospitalar HS 25008 EMER0580 10 Dez 21

Paciente [Redacted] Convênio SUS

Idade 34 Sexo M Dt/hr atendimento 07/10/2021 11:54 Setor Ambulatório Adulto

Data/hora	Usua. Cadastra	Nome	Pontos	AVC?
10/12/2021 15:30	25008	FELIPE OLIVEIRA COSTA	2	Não

Início dos sintomas há 4.5 horas - Data/hora 10/12/2021 11:30

Se o horário de início dos sintomas é desconhecido digite 99 em horas e deixe o campo Data/hora em branco.

- Perda de consciência ou síncope: (-1)
- Apresentou convulsão: (-1)
- Fraqueza assimétrica facial: (+1)
- Fraqueza assimétrica dos braços: (+1)
- Fraqueza assimétrica das pernas: (+1)
- Perturbação da fala: (+1)
- Campo visual afetado: (+1)

Se a pontuação for maior do que 0 (zero) a suspeita de AVC é alta.
Caso seja menor ou igual a 0 (zero) a suspeita é baixa mas ainda existe. Pontos 2 Suspeita de AVC calculada Sim

Paciente apresenta suspeita de AVC? Não Se a resposta for diferente do que foi calculado a justificativa é obrigatória

Justificativa

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

Nº: 0001-PT-005
Data Emissão: 17/02/2011

Folha: 035 de 039
Revisão Nº: 06
Data Revisão: 25/07/2022

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

ANEXO II

Ficha do AVC

Tempo de Execução do Forms da Oracle - [Ficha de AVC]
Ação Editar Consultar Bloco Gravar Campo Janela Ajuda

Unidade **HS** Usuário **25008/PROD** Módulo **CCLI0730** Data **10/11/2021**

Paciente
Paciente [REDACTED] Convênio **SUS**
Idade **58** Sexo **Masculino** Data/Hora do atendimento na Recepção **13/10/2021 11:05**

Seq	Data/hora	Usuário	Nome	Diagnóstico	Outros Diag.
10699	30/10/2021 08:47	25008	FELIPE OLIVEIRA COSTA	AVCH	

Fatores de Risco	Tratamento nas 1as 48h	Complicações	Profilaxia secundária ACVi / AIT
HAS <input type="checkbox"/>	TPA <input type="checkbox"/>	Herniação <input type="checkbox"/>	Ácido Acetilsalicílico <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	Estatina <input type="checkbox"/>	Transf. Hemorrágica <input type="checkbox"/>	Clopidogrel <input type="checkbox"/>
Anticoncepcional oral <input type="checkbox"/>	Anticoagulante <input type="checkbox"/>	Hematoma intraparenq <input type="checkbox"/>	Sinvastatina <input type="checkbox"/>
Fib. Atrial <input type="checkbox"/>	Antiplaquetário <input type="checkbox"/>	Infeccção resp. <input type="checkbox"/>	Atorvastatina <input type="checkbox"/>
Indique	Indique	Indique	Indique

Diagnóstico
AVCH Outros **Se afastado AVC, definir diagnóstico** Dt/hr Adm. Trombolítico

Escala de Rar

Oxfordshire Stroke Classification Scale (OSCS)

Classificação etiológica do TOAST

Achados =>

CÓPIA

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

ANEXO III

Escala de NIHSS

National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

É uma escala especificamente validada para uso em pacientes portadores de acidente vascular cerebral e pontua itens do exame neurológico. Auxilia a prever extensão da área cerebral lesada, risco de transformação hemorrágica e risco de hipertensão intracraniana.

Em pacientes com infarto no território da artéria cerebral média, pontuação < 10 indica infarto leve; 10-17 infarto moderado; e >17 infarto extenso.

1a. Nível de consciência	0=alerta; 1=desperta com estímulo verbal; 2=desperta somente com estímulo doloroso; 3=resposta reflexa a estímulo algico.
1b. Orientação: idade e mês	0=ambos corretos; 1=um correto; 2=ambos incorretos.
1c. Comandos: abrir/fechar olhos, apertar e soltar mão	0=ambos corretos; 1=um correto; 2=ambos incorretos.
2. Motricidade ocular (voluntária ou olhos de boneca)	0=normal; 1=paresia do olhar conjugado; 2=desvio conjugado do olhar.
3. Campos visuais	0=normal; 1=hemianopsia parcial, quadrantanopsia, extinção; 2=hemianopsia completa; 3=cegueira cortical.
4. Paresia facial	0=normal; 1=paresia mínima (aspecto normal em repouso, sorriso assimétrico); 2=paresia/segmento inferior da face; 3=paresia/segmentos superior e inferior da face.
5. Motor membro superior: braços entendidos 90° (sentado) ou 45° (deitado) por 10 s.	0=sem queda; 1=queda, mas não atinge o leito; 2=força contra gravidade mas não sustenta; 3=sem força contra gravidade, mas qualquer movimento mínimo conta; 4=sem movimento. MSD _____ MSE _____ MID _____ MIE _____
6. Motor membro inferior: elevar perna a 30° deitado por 5 s.	
7. Ataxia apendicular	0=sem ataxia (ou afásico, hemiplégico); 1=ataxia em membro superior ou inferior; 2=ataxia em membro superior e inferior.
8. Sensibilidade dolorosa	0=normal; 1=déficit unilateral mas reconhece o estímulo (ou afásico, confuso); 2=paciente não reconhece o estímulo ou coma ou déficit bilateral.
9. Linguagem	0=normal; 1=afasia leve-moderada (compreensível); 2=afasia severa (quase sem troca de informações); 3=mudo, afasia global, coma.
10. Disartria	0=normal; 1=leve a moderada; 2=severa, ininteligível ou mudo; X=intubado.
11. Extinção/negligência	0=normal; 1=negligência ou extinção em uma modalidade sensorial; 2=negligência em mais de uma modalidade sensorial.

Pontuação total (0 a 42): _____

ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

ANEXO IV

TABELA DE VOLUME DE RTPA POR PESO

PESO	VOLUME BOLUS (mL)	VOLUME EM 1 HORA (mL)
40	3,6	32,4
45	4,05	36,45
50	4,5	40,5
55	4,95	44,55
60	5,4	48,6
65	5,85	52,65
70	6,3	56,7
75	6,75	60,75
80	7,2	64,8
85	7,65	68,85
90	8,1	72,9
95	8,55	76,95
100 ou mais	9	81



ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL

LINHA DO CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

ANEXO VI

ESCALA THRIVE

Escala a ser aplicada no início da assistência do paciente, a fim de auxiliar na definição de demais condutas.

Critério Valor

NIHSS

≤ 10	0
11-20	+2
≥ 21	+4

Idade

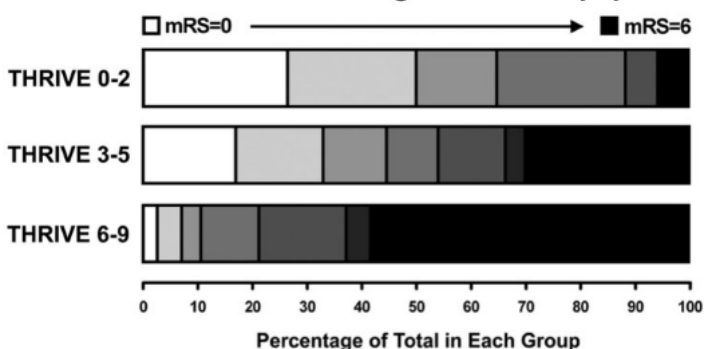
≤ 59	0
60-79	+1
≥ 80	+2

História

Hipertensão	+1
Diabetes mellitus	+1
Fibrilação atrial	+1

Pontuação	Prognóstico
0-2	Bom
3-5	Regular
6-9	Ruim

Outcomes in original THRIVE paper



ELABORADO POR/ REVISADO POR: FELIPE COSTA

APROVADO POR: ROGÉRIO PALMEIRA

SETOR: PROTOCOLO ASSISTENCIAL INSTITUCIONAL