

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das maiores causas de morte e incapacidade funcional no mundo. Em algumas regiões do Brasil ainda figura como a principal causa de morte. Caracteriza-se por um déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita e rápida evolução, decorrente do dano localizado em alguma região cerebral, o qual pode ser de natureza isquêmica (AVCI) ou hemorrágica (AVCH).

No caso do AVCI, o dano é causado pela redução da oferta tissular de oxigênio e do suprimento energético decorrentes do comprometimento do fluxo sanguíneo (isquemia) para aquela respectiva região. O AVCI pode ser classificado com base no mecanismo determinante do fenômeno isquêmico. Os mecanismos mais comuns de AVCI são a oclusão de grandes vasos, a embolia de origem cardíaca e a oclusão de pequenas artérias. Caso o fenômeno isquêmico cerebral seja de menor duração, com reversão completa dos sintomas e duração menor que uma hora, é denominado de ataque isquêmico transitório (AIT).

As melhores evidências clínicas disponíveis no momento demonstram que o atendimento adequado, rápido, bem estruturado e multiprofissional aos pacientes com AVCI reduz a mortalidade e a morbidade dos mesmos.

As presentes diretrizes clínico-assistenciais se prestam a auxiliar os serviços no manejo do paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico agudo e servir como referência de conduta clínica e são baseadas nas diretrizes publicadas pelo *Ministério da Saúde* (Portaria de 12 de Abril de 2012), nas diretrizes da *Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares*, nas diretrizes da *American Stroke Association* e nas diretrizes da *European Stroke Organization* Como toda linha, trata-se de referências de conduta que devem, em todas as circunstâncias, ser avaliadas no contexto clínico individualizado de cada paciente.

Os pacientes com AVC devem ser triados com a mesma prioridade que são os pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM), sepse ou politraumatismo. Como a janela terapêutica é estreita, independentemente de se fazer trombólise e/ou trombectomia, deve haver objetividade nas avaliações e exames iniciais.

Este protocolo tem como objetivo geral a implantação de um programa institucional multiprofissional e interdisciplinar para a avaliação e tratamento dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) no Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) visando promover atendimento ágil, com segurança e eficácia, baseado nas melhores evidências disponíveis na literatura médica periodicamente atualizada.

Os objetivos específicos deste protocolo incluem:

- a rápida identificação dos sinais de alerta para um AVC,
- o pronto desencadeamento do processo de investigação diagnóstica,
- o rápido início das medidas terapêuticas de fase aguda (gerais e específicas),
- a implantação de medidas de prevenção secundária e de reabilitação, seguindo as diretrizes preconizadas neste documento.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Pacientes com déficit neurológico de início súbito, independentemente da idade, decorrente de evento isquêmico cerebral até 24 horas do início dos sintomas.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Patologias neurológicas que não tenham etiologia vascular cerebral isquêmica

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PRO28	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

SUSPEITA DIAGNÓSTICA DO AVC

A aplicação das medidas contidas neste protocolo se inicia a partir da identificação de um paciente com sinais de alerta para a suspeita de AVC. Estes incluem quaisquer déficits neurológicos de início súbito, especialmente os localizados. A lista abaixo não é exaustiva, mas entre os principais destacamos:

- Dificuldade repentina para falar ou compreender;
- Fraqueza muscular súbita ou alteração sensitiva súbita unilaterais;
- Perda visual súbita, especialmente se unilateral;
- Perda súbita do equilíbrio ou incoordenação motora repentina

A suspeita de um caso de AVC pode também surgir a partir da pesquisa ativa de algumas alterações neurológicas através da aplicação de escalas desenvolvidas para esse fim, como a ESCALA DE CINCINNATI (anexo 1). O próprio protocolo de MANCHESTER pode auxiliar na suspeita de AVC, especialmente na presença de um dos seguintes itens:

- Alteração de comportamento (Discriminador: Déficit neurológico agudo ou déficit neurológico novo);
- Mal-estar em adultos (Discriminador: Déficit neurológico agudo ou déficit neurológico novo);
- Quedas (Discriminador: Déficit neurológico agudo, déficit neurológico novo ou alteração do nível de consciência)

Após definido os discriminadores, o enfermeiro triador ou responsável pelo paciente deve realizar GLICEMIA CAPILAR e aplicar a ESCALA ROSIER (anexo 2), a partir da qual será gerada uma pontuação indicativa ou não da probabilidade de AVC. Pontuação menor ou igual à 0 tem baixa probabilidade de AVC e pontuação maior ou igual a 1 tem ALTA PROBABILIDADE DE AVC.

O CÓDIGO AVC deve ser acionado sempre que a pontuação na Escala ROSIER for igual ou maior que 1 e o tempo de evolução dos sintomas for igual ou menor que 24 horas. Nesses casos, a classificação de prioridade no atendimento pelo protocolo MANCHESTER sempre deve ser VERMELHO ou LARANJA, desencadeando rápida avaliação médica.

O CÓDIGO AVC envolve a comunicação simultânea e integrada de diversos profissionais e setores hospitalares envolvidos no atendimento inicial dos pacientes com suspeita de AVC agudo, incluindo equipes médicas responsáveis pelo primeiro atendimento nas diversas áreas da instituição, enfermagem, neurologia da retaguarda, radiologia, neurorradiologia intervencionista, neurocirurgia, farmácia, unidade de terapia intensiva, laboratório de análises clínicas e unidade de AVC. Além disso, os setores administrativos também devem ser informados para auxiliar na liberação de elevadores, de liberação de exames sem burocracias. Pode utilizar-se de diferentes e combinadas plataformas de comunicação, incluindo telefonia fixa, móvel e BIP.

Para pacientes que acordam com o déficit (*wake up stroke*), deve-se considerar como horário do início dos sintomas, o último momento em que o paciente esteve assintomático antes de dormir.

Ao ser triado no pronto-socorro como paciente com ALTA PROBABILIDADE DE AVC (Escala ROSIER com pontuação 1 a 5), o paciente deve ser imediatamente acomodado na sala de emergência e as seguintes prescrições de enfermagem devem ser prontamente geradas:

- Realizar glicemia capilar (point to care)
- Acionar CÓDIGO AVC (alta probabilidade de AVC com evolução dos sintomas <24hs)
- Realizar monitoramento cardiovascular não invasivo
- Realizar controles, cuidados gerais (CCG) e sinais vitais (P, PA, T, FR)
- Manter decúbito 30°
- Manter jejum VO
- Instalar oxigênio 2L/min se SatO₂ <92%

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

- Puncionar 2 acessos venosos calibrosos: MSD Calibre 18 (manter salinizado) e MSE Calibre 20 ou 18, com Soro Fisiológico 500ml para manter acesso

- Agilizar o transporte do paciente para o setor de neuroimagem

OBSERVAÇÕES

1. Em pacientes com tempo de evolução dos sintomas acima de 4,5 horas, instalar apenas um acesso venoso (no membro superior não parético) para fins de hidratação e realização de angiotomografia (em razão da não indicação de trombólise intravenosa)
2. Nos pacientes submetidos a trombólise intravenosa, ou após a definição da não necessidade desse tratamento, deve ser retirado o acesso venoso colocado no membro superior parético

Dados importantes que a história deve conter (a serem obtidos concomitantemente às medidas iniciais de atendimento):

a) horário preciso do início dos sintomas (ou último horário em que foi visto normal)

b) tipo dos sintomas

c) condição do paciente

d) evolução dos sintomas

Antecedentes pessoais que devem ser ativamente investigados:

a) Medicamentos em uso: anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, anticoncepcional, vasoconstritores e hipoglicemiantes

b) Hábitos: tabagismo, etilismo e uso de drogas

c) Eventos recentes: AIT, AVC, IAM, trauma, cirurgias, sangramentos, crise convulsiva, gravidez e puerpério

d) Comorbidades: hipertensão arterial, diabetes mellitus, arritmias cardíacas, miocardiopatias, dislipidemia, insuficiência renal e trombofilias

O EXAME NEUROLÓGICO INICIAL deve ser realizado pelo médico plantonista ou hospitalista ou intensivista, utilizando a Escala de AVC do NIH (NIHSS) (anexo 3) e a escala de coma de Glasgow (anexo 4).

A pontuação do NIHSS deve ser registrada no mínimo nos seguintes tempos: ADMISSÃO, PRÉ TROMBÓLISE, trombólise (se for o caso), pós trombólise, ADMISSÃO UTI, 24 HORAS, diariamente e na ALTA. Na admissão ao hospital, a pontuação deve ser registrada pelo médico que realizar o primeiro atendimento ao paciente; na admissão da UTI, pelo intensivista; e, nos demais momentos, pelo neurologista. Déficits não contemplados por estas escalas devem ser anotados no prontuário, como alteração pupilar, disfagia, nistagmo, déficits de pares cranianos, outras alterações cognitivas e comportamentais, sinais de rigidez de nuca, e outros.

A avaliação neurológica deverá acontecer, no máximo, até o fim do primeiro exame de neuroimagem, no sentido de permitir a imediata decisão terapêutica e, nos casos com indicação de tratamento de recanalização, seu início no intervalo máximo de 60 minutos da admissão (trombólise intravenosa) e 90 minutos da admissão (trombectomia mecânica). O neurologista deve registrar no prontuário a indicação ou a contra-indicação ao tratamento de recanalização (nesse caso, registrando em prontuário a justificativa da contra-indicação).

Nos demais setores (Unidades de Internação; Unidade de Terapia Intensiva; Unidades Diagnósticas; Unidades Ambulatoriais) a suspeita de AVC pode ocorrer durante a avaliação realizada pela enfermagem, ou mesmo antes, através da observação dos sinais de alerta por outros profissionais atuando nestes setores ou pela própria manifestação do paciente ou acompanhante. Nesse caso, o enfermeiro do setor deve ser imediatamente notificado e acionar o código AMARELO (SUSPEITA DE AVC), para que a avaliação médica seja urgentemente realizada e, na confirmação da suspeita de AVC com tempo de evolução inferior a 24 horas, ser acionado o CÓDIGO AVC.

O acionamento do CÓDIGO AVC leva a uma notificação multisetorial imediata, incluindo o neurologista de retaguarda. Essa equipe deve atuar de forma integrada e complementar, buscando abranger todas as demandas necessárias no caso (anamnese complementar, exame físico, procedimentos de enfermagem, tratamento inicial, esclarecimentos ao paciente e familiares sobre os possíveis tratamentos específicos, solicitação de exames e demandas administrativas) de forma a que o paciente esteja pronto para

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

o início do tratamento específico ao final do exame protocolar de neuroimagem.

O atendimento inicial ao CÓDIGO AVC não deve ser prejudicado por tentativas de comunicação com os médicos responsáveis por tais pacientes. Tal comunicação deve ser feita de forma simultânea ao andamento do protocolo institucional.

Os procedimentos iniciais incluem verificação dos sinais vitais, instalação da monitorização não invasiva, glicemia capilar, eletrocardiograma (ECG), dois acessos venosos periféricos calibrosos, e coleta dos exames laboratoriais protocolares (hemograma completo, plaquetas, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativado, sódio potássio, uréia e creatinina) que já estão incluídos em campo específico na prescrição semiestruturada do PROTOCOLO AVC no prontuário eletrônico do paciente. A realização do ECG e o resultado dos exames de laboratório não devem, de maneira alguma, atrasar a realização do exame protocolar de neuroimagem. No intuito de se ganhar tempo, a coleta dos exames de sangue deve, preferencialmente, acontecer simultaneamente à punção venosa. Devem ser utilizadas as prescrições eletrônicas semiestruturadas do PROTOCOLO AVC, pré-elaboradas para as etapas do tratamento, bem como outras ferramentas previstas (escalas de avaliação disponíveis) no atendimento aos pacientes do CÓDIGO AVC.

A glicemia capilar é o único resultado laboratorial obrigatório nos pacientes em CÓDIGO AVC antes da administração intravenosa do trombolítico, quando esse tratamento estiver indicado. A obrigatoriedade do resultado de outros exames laboratoriais antes do tratamento trombolítico intravenoso deve ser considerada apenas em casos selecionados.

Pacientes internados com diagnóstico primário ou secundário de AVC recente, aqui definido como aquele cujo reconhecimento diagnóstico ocorreu dentro das primeiras 96 horas, mas em tempo superior a 24 horas, não tem indicação de acionamento do CÓDIGO AVC, mas devem ser incluídos na LINHA DE CUIDADOS AO PACIENTE COM AVC, que abrange os cuidados após o período hiperagudo, tanto na fase hospitalar como no pós-alta, incluindo medidas terapêuticas para prevenção secundária e terapias de reabilitação. O acionamento da LINHA DE CUIDADOS AO PACIENTE COM AVC deve ser feito em qualquer unidade de internação da instituição sempre e imediatamente após o reconhecimento diagnóstico de um caso de AVC em tempo de evolução superior a 24 horas ou após o término das medidas terapêuticas da fase hiperaguda.

TEMPOS MÁXIMOS RECOMENDADOS NO CÓDIGO AVC

Porta (senha)¹ à avaliação médica inicial – 10 minutos

Porta (senha) ao acionamento do CÓDIGO AVC – 15 minutos

Porta (senha) ao início da neuroimagem – 25 minutos

Porta (senha) ao laudo da neuroimagem – 45 minutos

Porta (senha) ao resultado laboratorial protocolar – 45 minutos

Porta (senha) ao início do trombolítico IV, se indicado – 60 minutos

Porta (senha) ao início da trombectomia, se indicada – 90 minutos

Porta (senha) à transferência para UTI, se indicada – 180 minutos

¹No caso de CÓDIGO AVC para pacientes internados, o horário porta (senha) será considerado o momento do reconhecimento do sinal de alerta que levou ao acionamento do código.

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PRO28	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DA SUSPEITA DE AVC
NEUROIMAGEM

No atendimento do paciente com CÓDIGO AVC é obrigatória a realização do exame de neuroimagem, cujos objetivos são descartar a presença de lesões cerebrais de causa não vascular que se colocam como diagnósticos diferenciais (tumores, abscessos etc.) e, na presença de lesões cerebrais de causa vascular, permitir a diferenciação entre quadros isquêmicos (AVCI) e hemorrágicos (AVCH). Além disso, a possibilidade de tratamentos de recanalização por trombectomia mecânica traz a necessidade de adicionar ao protocolo de neuroimagem da fase aguda do AVC um estudo dos grandes vasos cerebrais.

O protocolo institucional de neuroimagem utilizado no CÓDIGO AVC é a TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM CONTRASTE e a ANGIOTOMOGRAFIA CERVICAL. No contexto do CÓDIGO AVC a angiotomografia deve ser realizada rotineiramente sem a necessidade de avaliação prévia dos exames de uréia e creatinina. Nos pacientes portadores de insuficiência renal declarada, a realização da angiotomografia deve ser decidida através do contato telefônico com o neurologista.

Para uma avaliação mais sistematizada e objetiva da TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM CONTRASTE deve ser utilizada pela equipe de radiologia a escala ASPECTS (anexo 4), a qual se destina a fornecer um sistema de classificação confiável para a detecção de alterações cerebrais isquêmicas precoces.

No protocolo institucional de neuroimagem do CÓDIGO AVC, o exame de ANGIOTOMOGRAFIA cerebral e cervical tem o objetivo principal de verificar a possível existência de oclusão de uma grande artéria, sendo ferramenta necessária como parte da avaliação da elegibilidade ao tratamento de recanalização por trombectomia mecânica.

A possibilidade de expansão da janela terapêutica para trombectomia mecânica primária em pacientes com AVCI até 24 horas de evolução traz a necessidade de se adicionar ao protocolo de neuroimagem, para avaliação de pacientes com tempo de evolução dos sintomas acima da janela convencional de 6 horas, análises radiológicas ou de correlação clínico-radiológica que permitam selecionar candidatos ao tratamento a partir de uma estimativa de viabilidade tecidual. Por essa razão, nos pacientes do CÓDIGO AVC com oclusão de grande artéria e tempo de evolução entre 4,5 horas e 24 horas, deve ser realizado estudo complementar com RM DE ENCÉFALO, apenas com as sequências DWI e FLAIR, com estimativa volumétrica do core isquêmico, como informação adicional ao quadro clínico a fim de que o neurologista, utilizando a pontuação da NIHSS possa realizar uma correlação clínico-radiológica adequada.

O resultado do exame protocolar de neuroimagem deve ser informado pelo radiologista imediatamente após o final do exame, verbalmente e através do preenchimento do laudo semiestruturado. O horário da transmissão do LAUDO VERBAL deve ser registrado, bem como a quem o mesmo foi transmitido.

Nos casos de CÓDIGO AVC em que o exame de neuroimagem demonstrar a presença de AVCH (HIP), o protocolo se resumirá ao exame do parênquima cerebral e de imagem vascular. O exame de neuroimagem pode, nesses casos, estimar o volume da hemorragia intraparenquimatosa através da aplicação da fórmula ABC/2.

Em casos selecionados, a realização de angiografia cerebral digital pode trazer informações diagnósticas complementares. Entretanto, na maior parte dos casos, esse exame não faz parte da investigação diagnóstica preliminar do AVC, sendo indicado, quando necessário, em momento posterior do atendimento. Da mesma forma, complementação investigativa, radiológica ou laboratorial, particularmente destinadas à definição da melhor estratégia de prevenção secundária, devem ser adiadas para um momento posterior.

EXAMES LABORATORIAIS

Os exames laboratoriais protocolares devem ser colhidos sistematicamente e imediatamente após o acionamento do CÓDIGO AVC, mas não devem atrasar a realização dos exames de imagem. Seus resultados são úteis para a detecção de anormalidades que podem influenciar na conduta terapêutica e no prognóstico, como a existência de anemia, policitemia, plaquetopenia, trombocitose, coagulopatia e hiperglicemia. Entretanto, particularmente falando sobre o tratamento trombolítico intravenoso, os resultados laboratoriais não devem ser considerados imprescindíveis para o início do mesmo, salvo nos casos com alta probabilidade de alterações laboratoriais com impacto no tratamento trombolítico (uso recente de anticoagulantes, suspeita de alterações hematológicas ou hepáticas). A glicemia capilar é o único resultado laboratorial obrigatório em todos os pacientes em CÓDIGO AVC

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

antes do início do tratamento trombolítico intravenoso. A obrigatoriedade do resultado de outros exames laboratoriais deve ser reservada apenas a casos selecionados.

DEFINIÇÃO DA CONDUTA APÓS TÉRMINO DA NEUROIMAGEM

Imediatamente após o término do exame protocolar de neuroimagem o neurologista deve definir a conduta terapêutica do caso. Para isso, a avaliação neurológica emergencial, com anamnese e exame clínico neurológico (incluindo Escala de Coma de Glasgow e NIHSS), fundamental para a decisão terapêutica, deve já ter sido realizada anteriormente. Também, informações complementares e outros esclarecimentos aos acompanhantes e familiares (antecipando as possibilidades de tratamento), bem como eventuais contatos com outros médicos, quando necessário, devem ser feitos antes desse momento decisório do tratamento ao fim do exame de neuroimagem. O neurologista responsável pelo atendimento deve definir a conduta terapêutica no máximo até 45 minutos após a admissão do paciente ao PA ou 30 minutos após o acionamento do CÓDIGO AVC.

TRATAMENTO INDICADO
MEDIDAS TERAPÊUTICAS GERAIS

As medidas terapêuticas gerais visam favorecer a viabilidade do tecido cerebral, através da adequação e estabilização de certos parâmetros fisiológicos. Alguns desses parâmetros podem sofrer variação, particularmente na fase aguda do AVC requerendo, por essa razão, monitoramento. Embora as medidas terapêuticas gerais tenham forte grau de recomendação e sejam intuitivamente benéficas, na sua maioria apresentam baixo nível de evidência.

Posterior adequação das medidas terapêuticas gerais pode ser necessária a partir da definição diagnóstica e terapêutica específica após o resultado do exame protocolar de neuroimagem. Um exemplo disso inclui o controle da pressão arterial, o qual pode ter diferente recomendação nos casos de AVCI com indicação de tratamento trombolítico intravenoso quando comparados com aqueles sem essa indicação.

Medidas objetivando redução de danos devem ser implementadas, tais como:

- Realizar **MONITORAMENTO MULTIPARAMÉTRICO** (PA, FC, FR, Saturação e etc.) contínuo pelo menos durante as primeiras 24 horas de evolução do AVCI;
- Manter o paciente em **DECÚBITO ELEVADO A 30 GRAUS**. Decisão individual quanto ao melhor decúbito deve ser analisada posteriormente;
- Manter a **SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO >94%** da maneira menos invasiva possível (cateter nasal, máscara, CPAP ou BIPAP);
- Observar cuidados de **PROTEÇÃO DE VIAS AÉREAS**. Em pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou disfunção bulbar que traga risco de broncoaspiração considerar intubação oro-traqueal (IOT);
- Manter a **TEMPERATURA CORPÓREA <38°C** com medicamentos antipiréticos, como a dipirona ou o paracetamol e, nos casos refratários, cobertores térmicos;
- Manter o paciente em **JEJUM** até que o diagnóstico seja definido e a situação neurológica estabilizada. A alimentação oral deverá ser liberada após uma **AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE DEGLUTIÇÃO** (screening de disfagia);
- Realizar **MONITORAMENTO FREQUENTE DA GLICEMIA CAPILAR**, inicialmente de hora em hora, mantendo-o entre 140-180 mg/dl, **EVITANDO HIPERGLICEMIA E HIPOGLICEMIA**. Não está definida qual a melhor via e forma de administração, se subcutânea ou intravenosa, mas a via subcutânea é geralmente eficiente, mais simples e com menor risco de hipoglicemia; tratar hipoglicemia (glicemia <60 mg / dL) através da infusão intravenosa de 40 ml de solução glicosada a 50%;
- **CORRIGIR HIPOTENSÃO E HIPOVOLEMIA** para manter os níveis sistêmicos de perfusão necessários para suportar a função orgânica,

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

utilizando solução salina isotônica.

TRATAMENTO TROMBOLÍTICO INTRAVENOSO

Estudos multicêntricos e bases de dados internacionais tem demonstrado o benefício do tratamento trombolítico intravenoso com alteplase ao longo dos últimos 20 anos. Recentemente, alguns estudos têm demonstrado resultados positivos com o uso de tenecteplase, abrindo a possibilidade do seu uso em casos muito selecionados.

Os potenciais benefícios do tratamento trombolítico intravenoso devem ser contrabalanceados com seus potenciais riscos, especialmente o risco hemorrágico, que é primeiramente intracerebral e, secundariamente, em outros órgãos. A chance de recuperação funcional completa, objetivo maior do tratamento, claramente se reduz com o aumento do intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento intravenoso.

A indicação do tratamento trombolítico intravenoso deve contemplar os critérios de elegibilidade, observando-se os CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO para essa indicação.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Tempo de evolução até 270 minutos (cautela para tempo de evolução 180-270 minutos em pacientes >80 anos; com história de e AVC prévio; pontuação na Escala de AVC do NIH ≤ 25 ; uso de quaisquer anticoagulantes orais; e imagem isquêmica envolvendo mais de um terço do território da artéria cerebral média). Para pacientes que não apresentam tempo de evolução bem documentado, o mesmo deve ser estimado a partir do último horário em que o paciente foi visto normal
- Idade ≥ 18 anos
- Exame de neuroimagem sem outros diagnósticos diferenciais (particularmente hemorragias) e sem sinais de franca alteração isquêmica recente (hipoatenuação marcante no caso da tomografia de crânio), podendo apresentar sinais de alteração isquêmica precoce de extensão leve a moderada.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pressão arterial $\geq 185/110$ mmHg sem possibilidade de redução e/ou estabilidade em valores abaixo desses, com tratamento anti-hipertensivo, antes do início do tratamento;
- Glicemia inicial ≤ 50 mg/dl. O tratamento em pacientes que apresentam glicemia inicial < 50 ou > 400 mg/dl sem melhora do déficit após a normalização da glicemia pode ser razoável;
- Tomografia computadorizada de crânio com hipoatenuação franca sugerindo lesão irreversível ou hipoatenuação extensa (mesmo que leve a moderada);
- AVCI nos últimos 3 meses;
- Traumatismo craniano grave nos últimos 3 meses;
- Cirurgia intracraniana ou intrarraqueana nos últimos 3 meses;
- História de hemorragia intracraniana;
- Sinais e sintomas suspeitos de hemorragia subaracnóide;
- Tumor gastrointestinal ou sangramento gastrointestinal nos últimos 21 dias;

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

- Plaquetopenia <100000/mm;
- Tempo de protrombina (TP) >15 segundos ou RNI >1,7;
- Tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPa) >40 segundos;
- Uso de dose terapêutica de heparina de baixo peso molecular nas últimas 24 horas;
- Uso de inibidores diretos da trombina ou inibidores diretos do fator Xa, a menos que testes laboratoriais, tais como TTPa, RNI, plaquetas, Tempo de Trombina, ou ensaios de atividade do fator Xa, estejam normais ou o paciente não tenha recebido uma dose desses agentes nas últimas 48 horas (assumindo que a função renal esteja normal);
- Suspeita de endocardite bacteriana;
- Suspeita de dissecação aórtica;
- Presença de tumor cerebral intra-axial. O tratamento é provavelmente recomendado para pacientes com tumor cerebral extra-axial.

O tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível, pois o tempo para o início do tratamento está fortemente associado aos resultados. Assim, nos casos de CÓDIGO AVC com indicação de tratamento trombolítico intravenoso, mesmo aqueles provenientes das UI e UTI, O MEDICAMENTO DEVE SER INICIADO AINDA NO SETOR DE NEUROIMAGEM. Estabelece-se que o ENFERMEIRO DO CDI, APÓS DEFINIÇÃO POR TROMBÓLISE AINDA NO SETOR DE NEUROIMAGEM, DEVE AVISAR O ENFERMEIRO DO PA PARA QUE O MESMO SE DESLOQUE AO REPOUSO DA TOMOGRAFIA, JUNTAMENTE COM O KIT DE TROMBÓLISE, para iniciar, pelo menos a fase de bolus ainda na tomografia e iniciar a fase da infusão contínua. APÓS A REALIZAÇÃO DA NEUROIMAGEM E CONFIRMAÇÃO DO AVCI, A ENFERMAGEM DO PA DEVE CONFIRMAR A SOLICITAÇÃO DE VAGA NA UTI (já avisada previamente no momento do acionamento do CÓDIGO AVC)

PARA OS PACIENTES PROVENIENTES DA UTI, O RESPONSÁVEL PELO INÍCIO DA TROMBÓLISE AINDA NO SETOR DE NEUROIMAGEM SERÁ O ENFERMEIRO DA UTI que se deslocará para a realização de pelo menos a fase de bolus da medicação trombolítica e iniciar a fase de infusão.

OBSERVAÇÕES
Fármaco

-

NOTA: O frasco de alteplase não deve ser agitado para a diluição, pois pode desnaturar o produto, e perder seu efeito.

Esquema de administração

O tratamento trombolítico intravenoso, quando indicado, deve ser realizado com ALTEPLASE NA DOSE DE 0,9 MG/KG (dose máxima de 90 mg), EM INFUSÃO CONTÍNUA POR 60 MINUTOS, sendo 10% DA DOSE ADMINISTRADA EM BOLUS INTRAVENOSO durante um minuto.

Tempo de tratamento/infusão

- A alteplase deve ser administrada por 60 minutos e interrompida caso haja qualquer evidência de anafilaxia ou suspeita de sangramento ativo em local não passível de compressão mecânica. (VER FTP “CUIDADOS NA ADMINISTRAÇÃO DE ALTEPLASE NO

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO”).
Benefícios Esperados

- Redução do tempo de recuperação da capacidade de deambular com ajuda e sem ajuda.
- Redução do número de pacientes com complicações e morte associadas ao AVC.
- Redução do grau de incapacidade um ano após o tratamento.

Monitorização

Pressão arterial: medição a cada 15 min por 1 hora, a cada 30 min por mais 6 horas e a cada 1 hora por 24 horas.

NIHSS: a cada 30 min nas primeiras 6 horas, e depois a cada 1 hora até completar 24 horas. Aumento de 4 pontos pode indicar sangramento.

Se piora súbita ≥ 4 pontos na escala de AVC do NIH e/ou cefaleia intensa, piora do nível de consciência, elevação súbita da pressão arterial, náuseas e vômitos: interromper imediatamente a infusão do alteplase e solicitar TC crânio sem contraste urgente, hemograma, TP, PTTa, plaquetas e fibrinogênio e acionar neurologista;

Pontos de Atenção

- **Não utilizar antiagregantes, heparina ou anticoagulante oral** nas primeiras 24 horas pós-trombolítico;
- **Não realizar cateterização venosa central** ou punção arterial nas primeiras 24 horas;
- **Não introduzir sonda vesical** até pelo menos 30 minutos do término da infusão do trombolítico;
- **Não introduzir sonda nasoenteral** nas primeiras 24 horas após a infusão do trombolítico;
- A idade avançada, mesmo acima de 80 anos, não deve ser considerada critério absoluto para contra-indicação ao tratamento trombolítico intravenoso.
- Pontuação baixa na Escala de AVC do NIH não deve ser considerada como critério absoluto para exclusão do tratamento. Maior peso deve ser dado ao comprometimento funcional apresentado pelo paciente.

Na ausência da suspeita clínica de alteração laboratorial, o tratamento trombolítico intravenoso não deve ser adiado em razão da ausência dos resultados laboratoriais

TROMBECTOMIA MECÂNICA

Diversos estudos multicêntricos recentemente publicados demonstram maior taxa de recanalização e melhor desfecho clínico em pacientes com AVCI tratados com trombolítico intravenoso (quando dentro da janela terapêutica) e trombectomia mecânica naqueles que apresentam critérios de indicação para isso.

- Oclusão de artéria carótida interna ou artéria cerebral média proximal (M1);
- Idade ≥ 18 anos;
- Pontuação ≥ 6 na Escala de AVC do NIH;

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

- Tomografia de crânio com pontuação ≥ 6 na Escala ASPECTS;
- Pontuação 0-1 na Escala de Rankin modificada (mRS) antes do AVCI atual;
- Início do tratamento (punção arterial) em até 6 horas do início dos sintomas.

Evidências mais recentes demonstram o benefício da trombectomia mecânica em pacientes com AVCI com tempo de evolução dos sintomas entre 6-24 horas e sinais clínicos e radiológicos indicativos da existência de viabilidade tecidual significativa. Esses pacientes, em princípio, devem ser selecionados pelos seguintes critérios:

- NIHSS ≥ 10 ;
- mRS pré AVCI 0-1;
- Infarto com extensão menor que 1/3 do território de ACM no exame de tomografia;
- Oclusão de grande artéria em circulação anterior – ACI distal/T carotídeo ou ACM/M1);
- Presença de MISMATCH CLÍNICO-RADIOLÓGICO (conforme os critérios do estudo DAWN Trial)
 - Pacientes ≥ 80 anos; NIHSS ≥ 10 e core isquêmico < 21 ml;
 - Pacientes < 80 anos; NIHSS ≥ 10 e core isquêmico < 31 ml;
 - Pacientes < 80 anos; NIHSS ≥ 20 e core isquêmico < 51 ml;

OBSERVAÇÕES

- O TRATAMENTO TROMBOLÍTICO INTRAVENOSO NÃO SER PRESCINDIDO em favor do tratamento endovascular quando o tempo de evolução estiver dentro da janela terapêutica para o mesmo.
- Nos pacientes com janela terapêutica avançada (6-24 horas) a mensuração clínica para definição do mismatch clínico-radiológico deve ser feita através da Escala de AVC do NIH (NIHSS) e a estimativa do volume do core isquêmico através da complementação do estudo de neuroimagem com RM (apenas DWI/FLAIR)
- Ao final do exame de neuroimagem, os pacientes identificados como tendo oclusão de grande artéria e indicação de trombectomia devem ser encaminhados diretamente para o setor de HEMODINÂMICA, evitando-se perda de tempo com o retorno a outros setores do hospital (PA, UTI etc.).

TRATAMENTO DO AVCI NA UTI

Além das medidas terapêuticas de recanalização, outros tratamentos de fase aguda visam prevenir e corrigir possíveis complicações clínicas e neurológicas observadas nesse período. No momento apropriado, por vezes de forma concomitante, também devem ser iniciadas as medidas terapêuticas de prevenção secundária e de reabilitação. Os pacientes com AVCI agudo submetidos, ou não, aos tratamentos de recanalização, devem ser internados preferencialmente nos leitos da UTI neurológica/Unidade de AVC, com o objetivo de receberem um tratamento integrado, multiprofissional e interdisciplinar, baseado em protocolos escritos e em rotinas bem definidas.

Os pacientes com AVCI agudo submetidos ao tratamento trombolítico intravenoso devem receber monitoramento neurológico periódico, através da Escala de AVC do NIH, sobretudo nas primeiras 24 horas (admissão; 15/15 minutos nas primeiras 2 horas; 30/30 minutos até completar 6 horas; 60/60 minutos até completar 24 horas). Nos pacientes não submetidos ao tratamento trombolítico, a

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

Escala de AVC do NIH deve ser aplicada pelo menos a cada 60 minutos até completar 24 horas. Este monitoramento deve ser feito pelas equipes médica e de enfermagem.

Os pacientes devem ser mantidos em situação de normovolemia através de soluções salinas isotônicas intravenosas, evitando-se o uso de soluções com alto teor de água livre e soluções glicosadas.

Evitar o tratamento da pressão arterial elevada nas primeiras 24 horas do AVCI nos pacientes não submetidos a tratamento de recanalização, salvo nos casos com níveis pressóricos extremamente elevados (pressão sistólica >220 mmHg ou pressão diastólica >120 mmHg), ou nos pacientes nos quais coexiste alguma condição clínica aguda merecedora de redução pressórica (isquemia miocárdica, insuficiência renal, insuficiência cardíaca descompensada e dissecação de aorta).

É importante checar possíveis causas de elevação pressórica nos pacientes com AVCI agudo, incluindo ansiedade, dor, distensão vesical e hipertensão intracraniana.

Os pacientes com AVCI submetidos a tratamento de recanalização devem ser mantidos com pressão arterial ≤180/105 mmHg nas primeiras 24 horas após o tratamento.

As medicações anti-hipertensivas que o paciente vinha usando podem ser reintroduzidas após 24 horas do início do AVC, desde que necessárias, e que não haja contra-indicação.

Pacientes hipotensos devem receber solução salina a 0,9% e ter eventual arritmia cardíaca corrigida. Permanecendo a situação, podem receber medicação vasoativa (noradrenalina, dopamina) para garantir perfusão na zona de penumbra. Nestes casos, deve ser feita cuidadosa observação do paciente, com monitorização cardíaca e pressórica.

ANTIHIPERTENSIVOS PARENTERAIS NA FASE AGUDA DO AVCI

1- CLORIDRATO DE ESMOLOL (frasco de 10 ml, com 10 mg/ml e frasco de 10 ml, com 250 mg/ml)

Dar bolus IV de 500 mcg/kg em 1 min, mantendo 50 mcg/kg/min por 4 min

Se PA ainda inadequada repetir bolus (500 mcg/kg), prosseguindo com 100 mcg/kg/min por 4 min

Se PA ainda inadequada repetir bolus (500 mcg/kg), prosseguindo com 150 mcg/kg/min por 4 min

Se PA ainda inadequada repetir bolus (500 mcg/kg), prosseguindo com 200 mcg/kg/min (máximo)

Observação: Após alcançar a PA adequada, continuar com infusão contínua na dose correspondente

2 - TARTARATO DE METOPROLOL (frasco de 5 ml, com 1 mg/ml)

Dar bolus IV de 5 mg a uma velocidade de 1 mg/min

Repetir um bolus IV de 5 mg a cada 10 min, se necessário (máximo total de 20 mg)

2- CLORIDRATO DE HIDRALAZINA (frasco de 1 ml, com 20 mg/ml)

Dar um bolus IV de 5 mg

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PRO28	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

Repetir um bolus IV de 5 mg a cada 15 min, se necessário (dose máxima total de 40 mg)

Se necessário, infusão IV contínua de 0,0125 a 0,05mg/kg/hora (não excedendo 3mg/kg/dia)

3 - NITROPRUSSIATO DE SÓDIO (frasco de 50 mg + diluente com solução glicosada 5% 2 ml)

Iniciar infusão IV contínua na dose de 0,5 mcg/kg/minuto

Ajustar a velocidade, se necessário, a cada 10 minutos (máximo 8 mcg/kg/minuto)

PREVENÇÃO DE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES NA FASE AGUDA DO AVCI

Algumas medidas devem ser observadas para determinar possíveis fatores de complicação:

- Dar atenção especial inicial a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação. Restos de alimentos e secreções devem ser aspirados. A intubação orotraqueal não deve ser guiada somente pela pontuação na Escala de Coma de Glasgow, mas por evidência de rebaixamento de consciência com risco de aspiração, ou na presença de sinais de insuficiência respiratória ($pO_2 < 60$ mm Hg ou $pCO_2 > 50$ mm Hg). Sedação adequada deve preceder o procedimento de intubação independentemente do nível de consciência à admissão. Alguns pacientes desenvolvem padrão de respiração de Cheyne-Stokes após o AVC, e atenção deve ser dada à eventual necessidade de suplementação de O₂. Assim, todos os pacientes devem ser monitorizados por oxímetro;
- Realizar avaliação quanto a possibilidade de disfagia nas primeiras 24 horas da admissão, antes de reiniciar alimentação por via oral; quando necessário, a alimentação por sonda nasoenteral pode ser utilizada, e naqueles pacientes com disfagia intensa e de duração mais prolongada, recomenda-se a passagem de gastrostomia para melhor nutrição. Ressalta-se que, nos pacientes submetidos ao tratamento com TPA IV, não deve ser realizada passagem de sonda nasoenteral nas primeiras 24 horas;
- Evitar a manutenção de acessos venosos no membro parético;
- Realizar monitorização multiparamétrica não invasiva contínua (PA, FC, SatO₂, FR). Na impossibilidade de monitorização invasiva, monitorar de forma intermitente a cada 5 min;
- Iniciar uso profilático subcutâneo de heparina de baixo peso molecular (enoxaparina 40 mg/dia) ou heparina não fracionada (5000 UI 8/8 horas), observando também o protocolo institucional de TEV. Tromboembolismo venoso representa 10% das mortes em pacientes com AVCI. Pacientes imobilizados e mais idosos apresentam maior risco. A prevenção de TEV é também um indicador de qualidade na assistência ao paciente com AVCI. Os pacientes submetidos a tratamento trombolítico intravenoso devem aguardar 24 horas para iniciar o uso da profilaxia medicamentosa. Nos pacientes com contraindicação ao uso de anticoagulantes pode ser utilizado dispositivos de compressão pneumática intermitente;
- Iniciar antiagregação plaquetária com aspirina (100 mg/dia) o mais rapidamente possível, quando indicado, nas primeiras 48 horas. Pacientes submetidos ao tratamento trombolítico intravenoso devem aguardar 24 horas do término deste tratamento para o início do antiagregante plaquetário;
- Manter profilaxia medicamentosa contra hemorragia digestiva alta, sobretudo nos pacientes com história de úlcera péptica, uso de aspirina, trombolíticos ou anticoagulantes;
- Monitorizar a temperatura corporal (em princípio, axilar) a cada 2 horas. Tratamento com antitérmicos deve ser oferecido se

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

temperatura maior que 37,5° C. A presença de febre deve levar à procura de possíveis infecções (pulmonar, urinária);

- Realizar controle periódico da glicemia, buscando manter os pacientes em normoglicemia. Pacientes hiperglicêmicos (glicose > 180 mg/dl) devem receber correção com suplementação de insulina e monitorização periódica, visando manter os níveis glicêmicos entre 140-180 mg/dl. Pacientes hipoglicêmicos (glicemia < 60 mg/dl) devem ser tratados com glicose hipertônica. Evitar o uso de hipoglicemiantes orais na fase aguda do AVCI;
- Pacientes com AVCI devem iniciar uso de antitrombóticos nas primeiras 48 horas. Aqueles submetidos à trombólise devem aguardar 24 horas após a administração intravenosa de TPA, para receber antiagregantes plaquetários. Nos pacientes que não tiverem indicação de trombólise está indicada a administração de AAS na dose de 100 mg ainda na fase aguda do AVCI a depender do tamanho da lesão isquêmica. Caso a etiologia seja cardioembólica, a equipe assistente deverá avaliar a indicação de anticoagulação.
- Evitar sondagem urinária de demora. Havendo retenção urinária e necessidade de sonda vesical, dar preferência à sondagem vesical intermitente de alívio.
- Evitar a ocorrência de lesões cutâneas por pressão através do uso precoce de colchões adequados (antiescara, pneumáticos), da mobilização do paciente com mudança de decúbito em intervalos regulares (2/2 horas), e do apoio dos membros, orientado pela fisioterapia, com uso de coxins para evitar pressão sobre as superfícies ósseas. A troca regular de fraldas também reduz a ocorrência de úlceras por pressão. A prevenção de lesões também é um indicador de qualidade na assistência ao paciente com AVCI.

COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO AVCI AGUDO

Complicações que merecem destaque incluem a hemorragia cerebral sintomática associada ao uso da alteplase, que deve ser suspeitada na presença de novos sinais e sintomas neurológicos, iniciados durante a infusão da alteplase ou dentro das próximas 24 horas, incluindo rebaixamento da consciência, piora do déficit neurológico, aumento expressivo da pressão arterial, cefaléia e vômitos; o angioedema orolingual após uso de trombolítico; o infarto cerebral maligno, que deve ser suspeitado nos casos de AVCI agudo de grande extensão que evoluem com rebaixamento progressivo do nível de consciência nos primeiros dias, sobretudo nas primeiras 24-48 horas; e as crises epilépticas.

HEMORRAGIA CEREBRAL ASSOCIADA AO USO INTRAVENOSO DE ALTEPLASE

Na suspeita de hemorragia cerebral associada ao uso intravenoso da alteplase: interromper infusão da alteplase (se ainda estiver em uso); colher exames laboratoriais (Hb/Ht, TP/RNI, TTPA, fibrinogênio, tipagem sanguínea); realizar tomografia computadorizada de crânio sem contraste com urgência. Caso o paciente ainda esteja recebendo o trombolítico, não retirar o sistema pelo qual o medicamento está sendo administrado, a fim de que, descartada a hemorragia, e havendo tempo hábil, se possa retomar imediatamente a infusão do medicamento.

Após confirmação da hemorragia cerebral sintomática relacionada ao uso da alteplase considerar as medidas abaixo. Nos casos com hemorragia sistêmica e queda da hemoglobina administrar concentrado de hemácias.

- Crioprecipitado 10 UI IV (em 10-30 minutos); dar dose adicional se fibrinogênio <200 mg/dl
- Plaquetas 6-8 UI IV
- Avaliação hematológica e tratamento hemostático

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PRO28	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

- Ácido tranexâmico 1000 mg IV (em 10 minutos)
- Ácido épsilon-aminocapróico 4-5 gramas IV (em 1 hora); dar dose adicional de 1 grama IV ou oral SN
- Avaliação neurocirúrgica

Nos casos de angioedema orolingual deve-se interromper a infusão da alteplase intravenosa, manter a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação adequada (se necessário, com intubação orotraqueal dirigida por nasofibrosopia), e iniciar tratamento medicamentoso, que pode incluir as seguintes medidas, conforme a gravidade do quadro.

- Difenidramina 50 mg IV
- Ranitidina 50 mg IV
- Em caso de continuidade no aumento do angioedema
 - Metilprednisolona 125 mg IV
 - Adrenalina (0,1%) 0,3 ml SC
 - Berinert® (inibidor de C1 esterase) 20 UI/kg IV lento ou infusão 4 ml/min (nos casos não responsivos às medidas anteriores)

Nos casos de infarto cerebral maligno deve ser considerada a realização de craniectomia descompressiva, especialmente dentro das primeiras 48 horas nos pacientes <60 anos (o benefício do tratamento cirúrgico em pacientes >60 anos é incerto); solicitar avaliação neurocirúrgica; podem ser usados diuréticos osmóticos (manitol) e solução salina hipertônica em caso de deterioração clínica (como preparo para cirurgia). Hipotermia, barbitúricos ou corticosteroides não são recomendados.

O uso profilático de medicamentos antiepiléticos não está recomendado nos pacientes com AVCI, mas somente no caso de ocorrência de uma primeira crise. Nesse caso, pode ser realizado tratamento de manutenção com fenitoína (100mg 8/8h). Nos casos de Estado de Mal Epilético, deve ser realizada dose de ataque de fenitoína (18 a 20 mg/kg), não ultrapassando uma velocidade de infusão de 50mg/min, devido ao risco de arritmia cardíaca e hipotensão arterial.

LINHA DE CUIDADOS AO PACIENTE COM AVC

Após o período do tratamento hiperagudo do AVCI, de forma geral entendido como o período das primeiras 24 horas (incluindo os pacientes com potencial benefício de trombectomia mecânica em janela terapêutica avançada), os pacientes com AVCI devem ser incluídos na LINHA DE CUIDADOS AO PACIENTE COM AVC, que abrange os cuidados após o período hiperagudo, tanto na fase hospitalar como no pós-alta, incluindo medidas terapêuticas para prevenção secundária e terapias de reabilitação.

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO AVCI

Após a ocorrência de um AVCI, um dos focos do tratamento consiste em estabelecer medidas para prevenção de outro AVCI, ao que chamamos prevenção secundária. A melhor conduta preventiva deve ser baseada no entendimento do mecanismo causador do evento isquêmico atual. Por essa razão, em complementação aos exames diagnósticos com foco na fase aguda do AVCI, devem ser realizados, oportunamente, exames para investigação do provável mecanismo e etiologia do AVCI, visando definir o melhor tratamento para prevenção secundária.

A prescrição de antitrombóticos na alta do paciente é um indicador de qualidade na assistência ao paciente com AVCI. Habitualmente são utilizados antiagregantes plaquetários para a prevenção de eventos aterotrombóticos e anticoagulantes orais para a prevenção de eventos cardioembólicos.

Em pacientes com AVCI de origem aterotrombótica recomenda-se o uso de estatinas para prevenção secundária do AVCI, mesmo naqueles com níveis baixos de colesterol. A prescrição de estatina na alta do paciente é um indicador de qualidade na assistência ao

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

paciente com AVCI.

CUIDADOS MULTIPROFISSIONAIS DURANTE O PLANO TERAPÊUTICO
ENFERMAGEM
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Os diagnósticos de Enfermagem baseados na NANDA (tabela 1 e tabela 2) podem auxiliar os enfermeiros a identificar problemas em potencial, traçando então possíveis intervenções e metas tangíveis.

Tabela 1- Relação Diagnósticos risco de enfermagem / Intervenções de enfermagem

DIAGNÓSTICO	DEFINIÇÃO	FATORES DE RISCO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	Risco de redução na circulação do tecido cerebral	Terapia trombolítica	Observar RNC;
Risco de Sangramento	Risco de redução no volume de sangue capaz de comprometer a saúde	Terapia trombolítica; Coagulopatia; Efeitos secundários relacionados ao tratamento farmacológico.	Observar sinais de sangramento; Observar aspecto da ferida operatória /curativo; Observar edema, calor, rubor no local da FO; Verificais SSVV.

Tabela 2- Relação Diagnósticos reais de enfermagem / Intervenções de enfermagem

DIAGNÓSTICO	DEFINIÇÃO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Deglutição prejudicada	Funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado a déficit na função oral, faríngea ou esofágica.	Evidencia observada de dificuldade para deglutir	Anormalidades da laringe/vias aéreas superiores/ orofaríngeas -Envolvimento de nervo craniano	Verificar presença de engasgos; Observar sialorréia; Manter cabeceira elevada; Verificar presença de tosse as refeições; Garantir a posição adequada do paciente para facilitar a mastigação e deglutição; Sugerir avaliação fonoaudiológica.

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PRO28	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

Eliminação urinária prejudicada	Disfunção na eliminação da urina	Incontinência; Retenção urinária; Hesitação urinária.	Dano sensório-motor	Verificar dor; Verificar alterações de coloração, odor, aspecto das eliminações vesicais; Observar integridade da pele; Seguir protocolo de prevenção de DAI; Observar edemas; Observar confusão mental; Observar arritmias.
Mobilidade física prejudicada	Limitação no movimento físico independente ou voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.	Capacidade limitada para realizar atividades motoras finas/ grossas; Dificuldade para virar-se; Instabilidade postural; Movimentos lentos/ descontrolados/ descoordenados; Tremor induzido pelo movimento.	Controle muscular diminuído; Desuso; Força muscular diminuída; Prejuízo cognitivo; Prejuízos musculoesqueléticos/ neuromusculares.	Realizar mudança de decúbito rigorosamente; Avaliar condições da pele; Evitar arraste e cisalhamento; Estimular movimentos de membros afetados; Quando sentado utilizar apoio tronco; Estimular paciente a sentar na poltrona; Determinar o nível de mobilidade e as limitações dos movimentos; Determinar o nível de consciência e a capacidade de colaborar;
Mobilidade no leito prejudicada	Limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra no leito	Incapacidade de mover-se de um lado para outro; Incapacidade de mover-se da posição PRONA para supina/ sentada para supina/ supina para PRONA/ deitado para sentado.	Força muscular insuficiente; Prejuízo cognitivo; Prejuízos musculoesqueléticos/ neuromusculares.	Realizar mudança de decúbito; Avaliar condições da pele; Utilizar coxins de apoio; Evitar arraste e cisalhamento; Identificar os métodos

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

				de prevenção de lesão durante as transferências; Manter o corpo do paciente no alinhamento correto durante os movimentos; Evitar pressão e apoio do lado plégico.
Capacidade de transferência prejudicada	Limitação ao movimento independente entre duas superfícies próximas	Incapacidade de transferir-se de um local para outro próximo	-Equilíbrio prejudicado; Força muscular insuficiente; -prejuízo cognitivo; -Prejuízos musculoesqueléticos/ neuromusculares.	Seguir protocolo de queda; Evitar apoiar-se em mobílias; Estimular o uso de equipamentos para apoio da marcha; Estimular presença de acompanhante.
Déficit no autocuidado para alimentação	Capacidade prejudicada de desempenhar ou completar atividades de alimentação.	Incapacidade de: abrir recipientes, completar refeição, engolir ou ingerir alimentos seguramente, levar alimentos até a boca, manusear utensílios, mastigar alimentos, pegar alimentos, pegar xícara ou copo, utilizar artefatos auxiliares.	Prejuízo cognitivo; Prejuízo musculoesquelético/ neuromuscular; Prejuízo perceptivo.	Estimular /realizar auto alimentação; Observar aceitação alimentar; Deixar ao alcance a refeição oferecida; Verificar presença de engasgos; Observar sialorréia; <i>Manter cabeceira elevada;</i> Verificar presença de tosse as refeições; Garantir a posição adequada do paciente para facilitar a mastigação e deglutição; Providenciar higiene oral antes das refeições.
Déficit no autocuidado para banho	Capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de	Incapacidade de acessar o banheiro/ lavar o corpo/ obter fonte de água/ pegar artigos para banho/ regular a água do	Incapacidade de perceber uma parte do corpo; Incapacidade de	Estimular /realizar o autocuidado para banho; Oferecer cadeira de

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

	banho/higiene por si mesmo.	banho/ secar o corpo.	perceber a relação espacial; Prejuízo cognitivo; Prejuízo musculoesquelético/ neuromuscular. Prejuízo perceptivo.	banho; Melhorar a autoestima do paciente; Determinar o nível de consciência e a capacidade de colaborar;
Déficit no autocuidado para higiene íntima	Capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de higiene íntima por si mesmo.	Incapacidade de chegar ao vaso/ dar descarga/ fazer higiene íntima apropriada/ levantar-se do vaso ou cadeira higiênica, manipular roupas.	Fraqueza Prejuízo cognitivo; Prejuízo musculoesquelético/ neuromuscular. Prejuízo perceptivo.	Estimular / realizar higiene íntima; Observar condições da pele; Seguir protocolo de prevenção de DAI; Auxiliar na utilização do vaso sanitário;
Déficit no autocuidado para vestir-se	Capacidade prejudicada de realizar ou completar atividades de vestir-se e arrumar-se por si mesmo.	-Capacidade prejudicada de Capacidade prejudicada para calçar sapatos; Incapacidade de retirar ou colocar vestuários; Incapacidade de usar dispositivos auxiliares;	Prejuízo cognitivo; Prejuízo musculoesquelético/ neuromuscular. Prejuízo perceptivo.	Estimular / realizar a autocuidado para vestir-se; Deixar ao alcance as roupas e pertences; Estimular o exercício de vestir-se; Reforçar as tentativas de vestir-se sozinho.
Negligência unilateral	Prejuízo na resposta sensorial e motora, nas representações mentais e na atenção espacial do corpo e do ambiente correspondente, caracterizado por desatenção a um dos lados e atenção excessiva ao lado oposto. Negligência do lado esquerdo é mais grave e persistente que do lado	Conservação de tarefas motoras e visuais do lado não negligenciado; Deixa a comida no prato do lado negligenciado; Distorção de desenhos na metade da página relativa ao lado negligenciado; Falha na movimentação do lado negligenciado; Parece não perceber posicionamento do membro negligenciado.	Hemianopsia; Hemiplegia do lado esquerdo decorrente de AVC do hemisfério direito. Lesão cerebral decorrente de problemas cerebrovasculares.	Estimular / chamar / oferecer objetos para a paciente do lado negligenciado; Estimular autocuidado.

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

	direito.			
Percepção sensorial perturbada (especificar: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, tátil, olfativa)	Mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos.	Comunicação prejudicada; Distorções sensoriais; Mudança na acuidade sensorial; Mudança na capacidade de resolução de problemas; Mudança na resposta usual aos estímulos.	Integração sensorial alterada; Recepção sensorial alterada; Transmissão sensorial alterada.	Estimular a comunicação, visual, sentidos (tátil, auditivo, gustativo, olfativa)
Confusão Aguda	Início abrupto de distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo.	Flutuação na atividade psicomotora/ cognição/ nível de consciência.	Nada consta para o AVC	Observar nível de consciência, déficit de atenção; sinais de rebaixamento do nível de consciência; Prestar apoio emocional/;
Confusão crônica	Uma deterioração irreversível, prolongada e/ou progressiva do intelecto e da personalidade, caracterizada por capacidade diminuída para a interpretação dos estímulos ambientais e para processos de pensamento intelectual, e manifestada por distúrbios da memória, da orientação e do comportamento.	Evidencia clínica de prejuízo orgânico; Memória antiga ou recente alterada; Prejuízo cognitivo progressivo; Resposta alterada a estímulos;	Acidente Vascular Cerebral	Observar orientação no tempo e espaço; Observar nível de consciência, déficit de atenção; sinais de rebaixamento do nível de consciência; Prestar apoio emocional; Estimular presença de familiares.
Memória prejudicada	Incapacidade de lembrar ou recordar partes de informações ou habilidades	Esquecimento de efetuar uma ação em horário planejado; Experiências de	Distúrbios neurológicos.	Estimular a memória com perguntas direcionadas; Observar orientação no

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

	comportamentais	esquecimento; Incapacidade de aprender novas informações; Incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada; Incapacidade de recordar eventos; Incapacidade de reter novas informações.		tempo e espaço; Estimular a memória pela repetição do último pensamento que o paciente expressou e de eventos recentes.
Comunicação verbal prejudicada	Habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos.	Déficit visual parcial ou total; Desorientação; Afasia; Verbalização imprópria.	Alteração no Sistema Nervoso Central.	Estimular a verbalização; Acompanhamento fonoaudiólogo ACM; Utilizar imagens para comunicação;
Integridade da pele prejudicada	Epiderme ou derme alterada	Destruição de camadas da pele; Invasão de estruturas do corpo; Rompimento de superfície de pele.	Extremos de idade; Imobilização física; Proeminências ósseas;	Observar integridade da pele; Utilizar dispositivos de proteção para evitar LP; Seguir protocolo de prevenção de LP; Realizar mudança de decúbito; Observar sinais e sintomas de infecção.
Integridade tissular prejudicada	Dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos.	Tecido destruído;	Déficit de conhecimento; Fatores mecânicos; Fatores nutricionais; Mobilidade física prejudicada.	Verificar cianose de extremidades; Seguir protocolo de prevenção de LP; Realizar mudança de decúbito; Observar sinais e sintomas de infecção;

TIME MULTIPROFISSIONAL DE REABILITAÇÃO

Diversos profissionais podem participar do time de reabilitação, na dependência das necessidades apresentadas, e instrumentos de avaliação funcional devem ser usados para determinar o grau de incapacidade funcional apresentada pelo paciente e o progresso

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PRO28	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

observado através do programa institucional de reabilitação aplicado.

Os pacientes internados pelo diagnóstico de AVCI devem ser avaliados pela equipe de reabilitação dentro das primeiras 24 horas de internação, a partir do que deve ser elaborado um plano de reabilitação individualizado para cada paciente. Os resultados da aplicação do plano de reabilitação devem ser periodicamente avaliados para os devidos ajustes no mesmo.

O paciente deve receber orientações sobre a continuidade do tratamento de reabilitação no período após a alta hospitalar.

FISIOTERAPIA

A atuação do fisioterapeuta aos pacientes com AVCI agudo se inicia, geralmente, após sua admissão na UTI/UAVC. Ocasionalmente, sobretudo em situações de maior acometimento respiratório, podem ser chamados a intervir desde o pronto-atendimento.

Na UTI os pacientes recebem atendimento a cada 6 horas, ou sempre que necessário, com o objetivo de evitar complicações respiratórias e circulatórias, e os efeitos deletérios do imobilismo.

O paciente incluído na LINHA DE CUIDADOS AO PACIENTE COM AVC deve ser submetido a uma triagem da fisioterapia a fim de se avaliar sua situação funcional e se estabelecer um plano terapêutico de reabilitação fisioterápica.

FONOAUDIOLOGIA

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEGLUTIÇÃO

Todos os pacientes incluídos na LINHA DE CUIDADOS AO PACIENTE COM AVCI devem ser avaliados quanto a capacidade de deglutição pela equipe de fonoaudiologia, dentro das primeiras 24 horas, visando identificar a presença de disfagia, prevenindo e reduzindo complicações clínicas associadas à mesma. Para essa triagem quanto a presença de disfagia o paciente deve estar clinicamente estável da parte respiratória e hemodinâmica, bem como se encontrar alerta e responsivo (Glasgow de 13-14).

O paciente deve permanecer em jejum oral até que essa triagem seja realizada.

Na presença constatada de disfagia, a equipe de fonoaudiologia deve iniciar o acompanhamento terapêutico da disfagia, mediante autorização da equipe médica assistente. Nesse momento, juntamente com a equipe multiprofissional assistente, deve ser definida a melhor via de alimentação e a dieta mais segura para cada caso, visando o controle dos riscos de broncoaspiração e o rápido início do processo de reabilitação da deglutição e das patologias de comunicação (fala e linguagem).

Nos casos em que a alimentação por via oral for possível e segura, e o paciente estiver em processo de reintrodução e liberação de dieta via oral, deve ser realizado um monitoramento da alimentação pela equipe multiprofissional, para garantir a estabilidade do desempenho, identificar possível piora do quadro neurológico e evitar complicações clínicas. A reavaliação deve ser solicitada sempre que houver mudanças no quadro clínico ou neurológico que possam modificar o padrão de deglutição previamente existente.

Nos casos de disfagia moderada a grave, deve ser utilizada sonda nasoenteral até que se restabeleça a função da deglutição, e a alimentação por via oral seja possível de maneira eficiente e segura, ao longo do processo de reabilitação. Nos casos mais graves e com prognóstico de evolução em tempo mais prolongado, a gastrostomia endoscópica percutânea pode ser considerada como via alternativa de alimentação.

PSICOLOGIA

A avaliação psicológica no contexto do AVC tem como foco a identificação do funcionamento cognitivo, do quadro de humor e das relações interpessoais do paciente. Além da reabilitação cognitiva e das atividades de vida diária, outros aspectos devem ser abordados e considerados, tais como: aspectos relacionados à autoestima, às emoções, à percepção de si, à adequação das expectativas de melhora e reestruturação dos planos de vida individuais e familiares. Assim, a avaliação psicológica deve incluir uma triagem cognitiva do paciente, utilizando instrumentos como o *Mini Mental State Examination (MMSE)* e o *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*; uma avaliação do estado de humor e de outros transtornos emocionais, utilizando escalas como a *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* e *Short Form 36 (SF-36)*; além do acolhimento, orientação e suporte aos familiares, quando necessário.

O profissional de psicologia da instituição deve atender o paciente diagnosticado com AVC conforme demanda, verificada através da triagem, ou seja, caso a caso, quando for identificada a necessidade, mediante a concordância da equipe médica assistente.

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

FARMÁCIA

O farmacêutico, como membro da equipe multiprofissional, avalia e intervém em aspectos relacionados ao uso seguro e racional de medicamentos, analisando a prescrição médica com todas as suas complexidades, tais como, indicação, dose, posologia, via de administração, frequência, alergias, interações medicamentosas entre outras; realizando a reconciliação medicamentosa, quando verifica a indicação ou não dos medicamentos utilizados previamente, monitorando exames e a possível interferência com algum medicamento, com o objetivo de reduzir erros e danos relacionados ao uso de medicamentos.

Outro importante papel do farmacêutico é a obtenção e disseminação de informações da terapia medicamentosa, a educação continuada dos profissionais de saúde, do paciente e dos seus familiares, com o objetivo de garantir a adequação dos medicamentos às necessidades do paciente, nas doses corretas e por um período apropriado de tempo, reduzindo riscos e aumentando a adesão do paciente à terapia medicamentosa.

ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA E DOS CUIDADORES NO TRATAMENTO DO PACIENTE

Para o sucesso da reabilitação é fundamental a orientação e a participação dos familiares e cuidadores, o que deve ser iniciado ainda no ambiente hospitalar englobando aspectos que incluem a realização ativa das estratégias terapêuticas propostas; a transposição dos ensinamentos promovidos durante a permanência hospitalar, para vida prática domiciliar; e a monitorização das deficiências e incapacidades. Além disso, durante o tempo de internação pode ser necessário a orientação, por parte dos profissionais de reabilitação, de adaptações no ambiente domiciliar no sentido de assegurar que a residência esteja segura para receber o paciente no momento da alta hospitalar.

Dentre as ações realizadas com esse objetivo, o paciente e seus familiares e cuidadores devem receber, logo no início da internação, o MANUAL AVC, o qual contém informações sobre o AVC, seus fatores de risco, sua prevenção, e questões envolvendo os diferentes aspectos do cuidado multiprofissional.

Após a alta hospitalar o paciente deve ser encaminhado para reabilitação interdisciplinar ambulatorial ou disciplinar, conforme as condições do paciente.

Avaliação do tratamento indicado

O resultado do tratamento do AVCI, seja após algum tratamento de revascularização (trombólise intravenosa ou trombectomia), seja apenas com a instituição de medidas terapêuticas gerais, devem ser avaliados através de escalas para mensuração dos déficits neurológicos em diferentes momentos da evolução (NIHSS na admissão, pré e pós-tratamento trombolítico, admissão na UTI, e alta; Rankin modificado pré AVC, admissão e alta; Barthel na admissão e alta).

O resultado também pode ser mensurado através dos exames de neuroimagem para avaliação do parênquima cerebral (na admissão e no decorrer da internação hospitalar. Nos pacientes submetidos a trombólise intravenosa deve-se repetir exame de neuroimagem em 24 horas, para monitorização de possíveis complicações do tratamento trombolítico, particularmente hemorragias.

DESFECHO CLÍNICO

É importante que os resultados do tratamento oferecido e a satisfação do paciente sejam verificados em período posterior à alta hospitalar. Tais informações podem auxiliar na adequação do protocolo de tratamento.

Critérios de mudança terapêutica

Mudanças na estratégia de tratamento podem ocorrer a partir de alterações observadas no exame clínico e nas escalas de avaliação acima mencionadas. Isso pode decorrer de complicações do AVC ou do próprio tratamento, conforme mencionado em outras partes desse protocolo (vide COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO AVC AGUDO). Também pode haver mudança nas orientações terapêuticas a partir do esclarecimento do mecanismo e da etiologia do AVCI, visto que, com respeito ao tratamento de prevenção secundária.

Critérios de internação

Todos os pacientes com quadro agudo de doença cerebrovascular devem ser internados na Unidade de Terapia Intensiva ou Unidade de AVC

Critérios de alta

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

Pacientes com AVCI estabilizado, adequadamente investigado, e com prevenção secundária instituída, podem seguir tratamento ambulatorial, após receber orientações de cuidados e reabilitação por equipe multiprofissional.

A alta hospitalar deve ser programada e preparada com o objetivo de reunir as orientações dos diversos profissionais envolvidos no cuidado do paciente com AVCI, abrangendo tanto a prevenção secundária quanto a reabilitação.

O documento de alta deve incluir material escrito com informações sobre a doença, sua prevenção e orientações multiprofissionais ao paciente e seus cuidadores visando auxiliar no trabalho de reabilitação.

Cuidados especiais
COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO AVCI AGUDO

Complicações que merecem destaque incluem a hemorragia cerebral sintomática associada ao uso da alteplase, que deve ser suspeitada na presença de novos sinais e sintomas neurológicos, iniciados durante a infusão da alteplase ou dentro das próximas 24 horas, incluindo rebaixamento da consciência, piora do déficit neurológico, aumento expressivo da pressão arterial, cefaléia e vômitos; o angioedema orolingual após uso de trombolítico; o infarto cerebral maligno, que deve ser suspeitado nos casos de AVCI agudo de grande extensão que evoluem com rebaixamento progressivo do nível de consciência nos primeiros dias, sobretudo nas primeiras 24-48 horas; e as crises epilépticas.

HEMORRAGIA CEREBRAL ASSOCIADA AO USO INTRAVENOSO DE ALTEPLASE

Na suspeita de hemorragia cerebral associada ao uso intravenoso da alteplase: interromper infusão da alteplase (se ainda estiver em uso); colher exames laboratoriais (Hb/Ht, TP/RNI, TTPA, fibrinogênio, tipagem sanguínea); realizar tomografia computadorizada de crânio sem contraste com urgência. Caso o paciente ainda esteja recebendo o trombolítico, não retirar o sistema pelo qual o medicamento está sendo administrado, a fim de que, descartada a hemorragia, e havendo tempo hábil, se possa retomar imediatamente a infusão do medicamento.

Após confirmação da hemorragia cerebral sintomática relacionada ao uso da alteplase considerar as medidas abaixo. Nos casos com hemorragia sistêmica e queda da hemoglobina administrar concentrado de hemácias.

- Crioprecipitado 10 UI IV (em 10-30 minutos); dar dose adicional se fibrinogênio <200 mg/dl
- Plaquetas 6-8 UI IV
- Avaliação hematológica e tratamento hemostático
 - Ácido tranexâmico 1000 mg IV (em 10 minutos)
 - Ácido épsilon-aminocapróico 4-5 gramas IV (em 1 hora); dar dose adicional de 1 grama IV ou oral SN
- Avaliação neurocirúrgica

ANGIOEDEMA OROLINGUAL

Nos casos de angioedema orolingual deve-se interromper a infusão da alteplase intravenosa, manter a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação adequada (se necessário, com intubação oro-traqueal dirigida por nasofibrosopia), e iniciar tratamento medicamentoso, que pode incluir as seguintes medidas, conforme a gravidade do quadro.

- Difenidramina 50 mg IV
- Ranitidina 50 mg IV

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PRO28	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

- Em caso de continuidade no aumento do angioedema
 - Metilprednisolona 125 mg IV
 - Adrenalina (0,1%) 0,3 ml SC
 - Berinert® (inibidor de C1 esterase) 20 UI/kg IV lento ou infusão 4 ml/min (nos casos não responsivos às medidas anteriores)

INFARTO CEREBRAL MALIGNO

O termo infarto cerebral maligno tem sido aplicado em pacientes com infarto cerebral extenso que evolui com edema; aumento da pressão intracraniana, levando a HIC; e sinais de herniação cerebral. Nos infartos cerebrais de território carotídeo uma TC de crânio precoce com sinais de comprometimento de mais de 1/3 do território da ACM e extensa hipoperfusão no mapa de perfusão da TC predizem infarto maligno com alta sensibilidade e especificidade. Apesar do tratamento intensivo a letalidade destes pacientes é de aproximadamente 70% submetidos a conduta conservadora.

Fatores que podem aumentar o edema tecidual, como hipoxemia, hipercapnia e hipertermia devem ser corrigidos. Elevar a cabeça a 20° ou 30° para melhorar a drenagem venosa.

O tratamento da HIC é dirigido para hiperventilação, uso de diuréticos osmóticos, drenagem de fluidos cerebrais e cirurgia descompressiva.

A hiperventilação tem efeito transitório e os parâmetros utilizados são: PaCO₂ entre 25 e 30 mm Hg, pressão expiratória final positiva no máximo entre 10 e 12 cm H₂O.

O manitol é utilizado na dose de 0,25 a 0,5g/kg IV administrado em 20 minutos a cada 6 horas. A dose máxima usual é de 2g/kg. Normalmente é utilizado como contemporizador para a cirurgia (craniectomia descompressiva).

Pacientes com infarto cerebral maligno e deterioração progressiva, com rebaixamento do nível de consciência, devem ter monitorizada a PIC. O objetivo da monitoração da PIC é mantê-la < 20 mm Hg com pressão de perfusão cerebral > 60 mm Hg.

Nos casos de infarto cerebral maligno deve ser considerada a realização de craniectomia descompressiva, especialmente dentro das primeiras 48 horas nos pacientes <60 anos (o benefício do tratamento cirúrgico em pacientes >60 anos é incerto). Sua realização precoce costuma reduzir muito a letalidade do quadro. Os familiares devem ser avisados quanto às potenciais sequelas da intervenção e ao impacto na vida do paciente.

Hipotermia, barbitúricos ou corticosteroides não são recomendados.

Pacientes com hidrocefalia aguda secundária ao AVCI cerebelar devem ser tratados com derivação ventricular externa, seguida de cirurgia descompressiva.

CRISES EPILÉPTICAS

O uso profilático de medicamentos antiepiléticos não está recomendado nos pacientes com AVCI, mas somente no caso de ocorrência de uma primeira crise. Nesse caso, pode ser realizado tratamento de manutenção com fenitoína (100mg 8/8h). Nos casos de Estado de Mal Epilético, deve ser realizada dose de ataque de fenitoína (18 a 20 mg/kg), não ultrapassando uma velocidade de infusão de 50mg/min, devido ao risco de arritmia cardíaca e hipotensão arterial.

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

Anexos
ANEXO 1
ESCALA DE CINCCINATI
ESCALA DE CINCCINATI

Sinal a ser avaliado	Forma de avaliar	Resposta normal	Resposta anormal
Assimetria facial	O paciente deve mostrar os dentes ou sorrir	Movimento simétrico dos dois lados da face	Um lado da face não se move tão bem quanto o outro
Fraqueza dos braços	O paciente deve fechar os olhos e esticar os braços por 10 segundos	Movimento simétrico dos dois braços (ou ambos sem movimento)	Os braços não se movem de forma simétrica ou apenas um deles não se move
Anormalidade da fala	O paciente deve repetir a frase “o rato roeu a roupa do rei de Roma”	As palavras são usadas de forma correta e articuladas de forma clara	O paciente não fala ou as palavras são incorretas ou mal articuladas

ANEXO 2
ESCALA ROSIER

Avaliação Data Hora (preenchimento automático)

Início dos sintomas Data Hora

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

Pressão Arterial (preenchimento automático pela tela de Sinais vitais)

Dextro*= _____ mg/dL

*Se Dextro < tratar urgentemente e reavaliar após glicemia normal

Houve perda da consciência ou síncope? SIM (-1) NÃO (0)

Houve crise convulsiva? SIM (-1) NÃO (0)

Alguns dos sintomas abaixo com início súbito (ou ao acordar)?

Fraqueza facial assimétrica (assimetria de face)? SIM (+1) NÃO (0)

Perda de força em MMSS assimétrica? SIM (+1) NÃO (0)

Perda de força em MMII assimétrica? SIM (+1) NÃO (0)

Alteração da fala? SIM (+1) NÃO (0)

Perda de campo visual? SIM (+1) NÃO (0)

Total: _____

Caso score seja < ou igual a zero, pouco provável (embora não totalmente excluído) o diagnóstico de AVC;

Se total de 1 a 5: provavelmente AVC;

Diagnóstico inicial: AVC Não-AVC (especificar): _____

Caso score seja < ou igual a zero, o diagnóstico de AVC é pouco provável (embora não totalmente excluído)

ANEXO 3

ESCALA DE AVC DO NIH

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

**NIH
STROKE
SCALE**

Identificação do Paciente

Nome: _____

Registro: _____

Exame inicial: Data ____/____/____

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
1a. Nível de Consciência O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.	0 = Alerta; reponde com entusiasmo. 1 = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. 2 = Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----
1b. Perguntas de Nível de Consciência O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta - não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas irão receber 2. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um 1. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.	0 = Responde ambas as questões corretamente. 1 = Responde uma questão corretamente. 2 = Não responde nenhuma questão corretamente.	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----
1c. Comandos de Nível de Consciência O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.	0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----
2. Melhor olhar conjugado Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.	0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.	----- ----- ----- -----	----- ----- ----- -----

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

Instrução	Definição da escala	Score	Hora
<p>7. Ataxia de membros Este item é avaliado se existe evidência de uma lesão cerebelar unilateral. Teste com os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes índice-nariz e calcânhar-jelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, somente, se for desproporcional à fraqueza. A ataxia é considerada ausente no paciente que não pode entender ou está hemiplégico. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulações, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha. Em caso de cegueira, teste tocando o nariz, a partir de uma posição com os braços estendidos.</p>	<p>0 = Ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em dois membros. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p>	-----	-----
<p>8. Sensibilidade Avalie sensibilidade ou mímica facial ao beliscar ou retirada do estímulo doloroso em paciente torporoso ou afásico. Somente a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é registrada como anormal e o examinador deve testar tantas áreas do corpo (braços [exceto mãos], pernas, tronco e face) quantas forem necessárias para checar acuradamente um perda hemisensitiva. Um score de 2, "grave ou total" deve ser dado somente quando uma perda grave ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada. Portanto, pacientes em estupor e afásicos irão receber provavelmente 1 ou 0. O paciente com AVC de tronco que tem perda de sensibilidade bilateral recebe 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, marque 2. Pacientes em coma (item 1a=3) recebem arbitrariamente 2 neste item.</p>	<p>0 = Normal; nenhuma perda. 1 = Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda da dor superficial ao beliscar, mas o paciente está ciente de que está sendo tocado. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>	-----	-----
<p>9. Melhor linguagem Uma grande quantidade de informações acerca da compreensão pode obtida durante a aplicação dos itens precedentes do exame. O paciente é solicitado a descrever o que está acontecendo no quadro em anexo, a nomear os itens na lista de identificação anexa e a ler da lista de sentença anexa. A compreensão é julgada a partir destas respostas assim como das de todos os comandos no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interfere com os testes, peça ao paciente que identifique objetos colocados em sua mão, repita e produza falas. O paciente intubado deve ser incentivado a escrever. O paciente em coma (Item 1A=3) receberá automaticamente 3 neste item. O examinador deve escolher um score para pacientes em estupor ou pouco cooperativos, mas a pontuação 3 deve ser reservada ao paciente que está mudo e que não segue nenhum comando simples.</p>	<p>0 = Sem afasia; normal. 1 = Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das idéias expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode identificar figuras ou item da lista de nomeação a partir da resposta do paciente. 2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente. 3 = Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou compreensão auditiva.</p>	-----	-----

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
10. Disartria Se acredita que o paciente é normal, uma avaliação mais adequada é obtida, pedindo-se ao paciente que leia ou repita palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser graduada. Somente se o paciente estiver intubado ou tiver outras barreiras físicas a produção da fala, este item deverá ser considerado não testável (NT). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.	0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada; paciente arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave; fala do paciente é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/anártrico. NT = Intubado ou outra barreira física; explique	-----	-----
11. Extinção ou Desatenção (antiga negligência) Informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o paciente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o escore é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atentar para ambos os lados, o escore é normal. A presença de negligência espacial visual ou anosagnosia pode também ser considerada como evidência de negligência. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.	0 = Nenhuma anormalidade. 1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 = Profunda hemi-desatenção ou hemi-desatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.	-----	-----

Frases e Palavras a serem utilizadas na aplicação da Escala de AVC do *National Institute for Health- NIHSS*

2

Você sabe como fazer.
 De volta pra casa.
 Eu cheguei em casa do trabalho.
 Próximo da mesa, na sala de jantar.
 Eles ouviram o Pelé falar no rádio.

3

Mamãe
 Tic-Tac
 Paralelo
 Obrigado
 Estrada de ferro
 Jogador de futebol

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

Figuras a serem utilizadas na aplicação da Escala de AVC do *National Institute for Health- NIHSS*



Referências bibliográficas

<http://www.sbdcv.com.br>

<http://www.strokeassociation.org>

<http://www.eso-stroke.org>

<http://www.saude.gov.br/sas>

Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2018

The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and ESO writing Committee. *Cerebrovasc Dis* 2008; 25:457 -507

Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke. *Stroke* 2018; 49: e46–e110

Jovin TG, Saver JL, Ribo M, et al. Diffusion-weighted imaging or computerized tomography perfusion assessment with clinical mismatch in the triage of wake up and late presenting strokes undergoing neurointervention with Trevo (DAWN) trial methods. *Int J Stroke* 2017; 12: 641-652

Nogueira RG, Jadhav, AP, Haussen DC, et al. Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch between Deficit and Infarct. *N Engl J Med* 2018; 378: 11-21

Cincura C, Pontes-Neto OM, Neville IS, et al. Validation of the National Institutes of Health Stroke Scale, Modified Rankin Scale and Barthel Index in Brazil: The Role of Cultural Adaptation and Structured Interviewing. *Cerebrovasc Dis* 2009; 27: 119-122

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

Caneda MAG, Fernandes JG et. al. Arq. Neuropsiquiatr 2006; 64(3-A): 690-697

Ciconelli RM, Ferra, MB, Santos W, et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol 1999; 39: 143-150

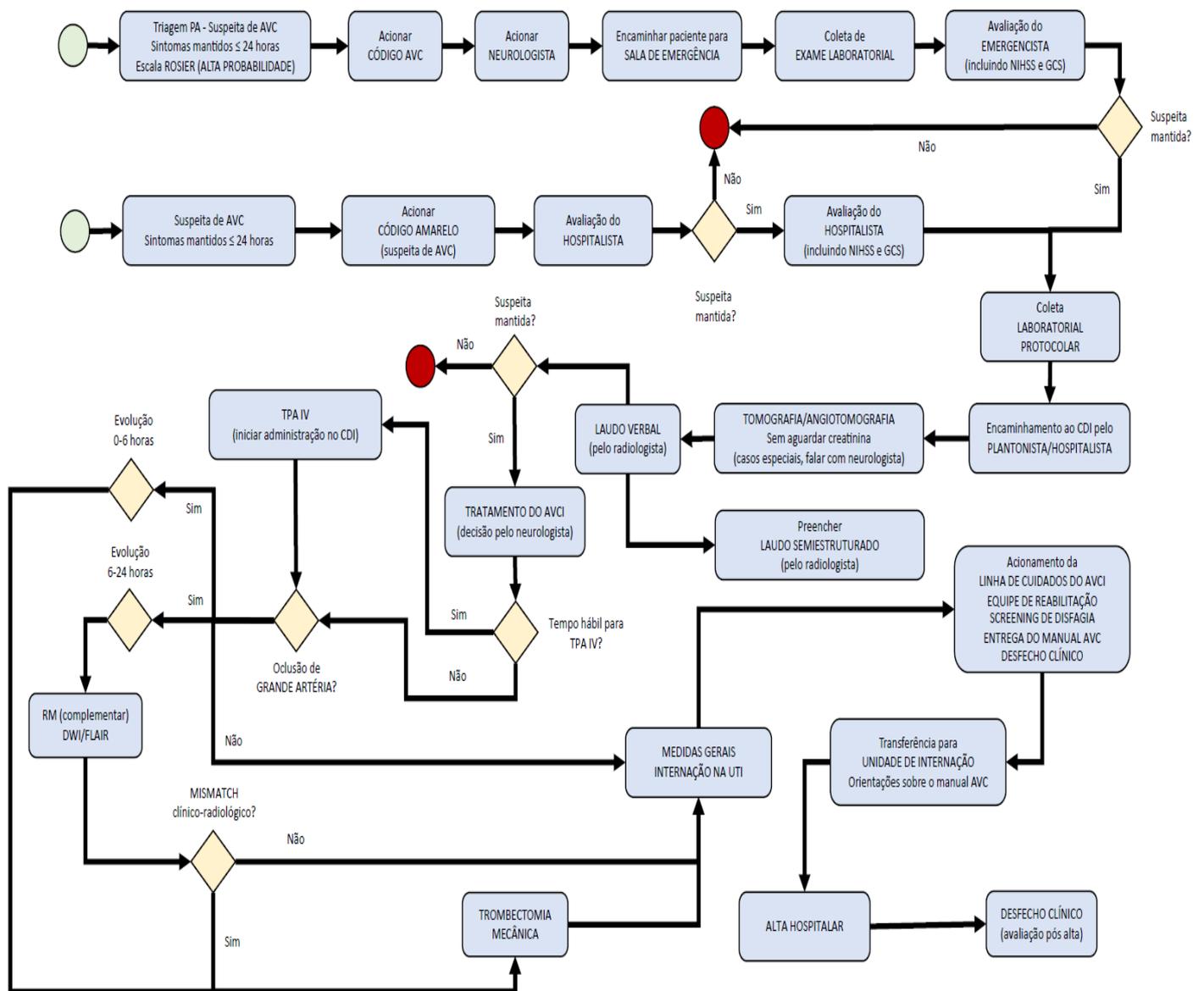
McIntyre T, Pereira MG, Soares V, et al. Escala de ansiedade e depressão hospitalar. Versão portuguesa de investigação. Braga: Universidade do Minho, 1999

Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc 2005; 53: 695-699

Reis-Yamauti VL, Neme CMB, Lima MFCF, et al. Testes de avaliação neuropsicológica utilizados em pacientes vítimas de Acidente Vascular Cerebral. Avaliação Psicológica, 2014, 13(2), pp. 277-285

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PRO28	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

Fluxograma Clínico

Descritores

PROTOCOLO – HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Capítulo JCI	Responsável pela elaboração	Número do documento	Data da 1ª versão
Cuidados ao Paciente- COP	Time de Melhores Práticas em Neurologia	PR028	04/07/2012
Título	Responsável pela aprovação	Versão número	Data desta versão
Protocolo Clínico Gerenciado- Diretrizes de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	Superintendência Médica	6ª versão	30/05/2019

CID envolvido

G45.1- Síndrome da artéria carotídea (hemisférica)
 G45.4 AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA
 G45.9-ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA NAO ESPECIFICADA
 G45- ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS ISQUEMICOS TRANSITORIOS E SINDROMES CORRELATAS
 G46.0- SINDROME DA ARTERIA CEREBRAL MEDIA (I66.0)
 G46.1- SINDROME DA ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR (I66.1)
 G46.2- SINDROME DA ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR (I66.2)
 G46.8- OUTRAS SINDROMES VASCULARES CEREBRAIS EM DOENCAS CEREBROVASCULARES (I60-I67)
 I63- INFARTO CEREBRAL
 I63.0- INFARTO CEREBRAL DEVIDO A TROMBOSE DE ARTERIAS PRE-CEREBRAIS
 I63.3- INFARTO CEREBRAL DEVIDO A TROMBOSE DE ARTERIAS CEREBRAIS
 I63.4- INFARTO CEREBRAL DEVIDO A EMBOLIA DE ARTERIAS CEREBRAIS
 I63.5- INFARTO CEREBRAL DEVIDO A OCLUSAO OU ESTENOSE NAOESPECIFICADA DE ARTERIAS CEREBRAIS
 I63.8- OUTROS INFARTOS CEREBRAIS
 I63.9- INFARTO CEREBRAL NAO ESPECIFICADO
 I64- ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, NAO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO OU ISQUÊMICO
 I65.2- OCLUSAO E ESTENOSE DA ARTERIA CAROTIDA
 I66.0 OCLUSAO E ESTENOSE DA ARTERIA CEREBRAL MEDIA
 I66.1 OCLUSAO E ESTENOSE DA ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR
 I66.2- OCLUSAO E ESTENOSE DA ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR
 I66.9- OCLUSAO E ESTENOSE DE ARTERIA CEREBRAL NAO ESPECIFICADA
 I67.2- ATROSCLEROSE CEREBRAL
 I67.8- OUTRAS DOENCAS CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS
 I67.9- DOENCA CEREBROVASCULAR NAO ESPECIFICADA
 I67.9- SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NAO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO OU ISQUEMICO
 I69.3- SEQUELAS DE INFARTO CEREBRAL