	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 1/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	

## 1. OBJETIVO

Sistematizar a rotina de atendimento de pacientes com AVC, a fim de garantir o tratamento em tempo oportuno e adequado, visando reduzir a morbimortalidade.

## 2. RESPONSABILIDADES

### 2.1. RECEPÇÃO/AUTORIZAÇÕES

Realizar o cadastro dos pacientes no sistema tasy conforme senha de chegada ao serviço de pronto atendimento. Providenciar a autorização, junto ao convênio, de exames complementares e de imagens solicitados pelo médico.

### 2.2. ENFERMEIRO

Realizar a triagem do paciente conforme o protocolo de triagem de paciente na Unidade de Emergência (UE). Gerenciar junto à equipe de técnicos/auxiliares de enfermagem, setor diagnóstico de imagem e laboratório para rápida e correta execução das medicações, exames laboratoriais e de imagem.


### 2.3. AUXILIAR/TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Administrar as medicações prescritas, acionar o laboratório e setor de diagnóstico por imagem para execução rápida de exames solicitados e conduzir o paciente para realização de exames.

### 2.4. MÉDICO

Realizar o atendimento humanizado e diferenciado, de maneira rápida, eficiente e segura, com coleta de anamnese e exame físico, bem como o devido registro no prontuário eletrônico do sistema tasy. Realiza a prescrição de medicações, fornece a alta dos pacientes não complicados e solicita os exames complementares que julgar necessário para afirmação/exclusão da suspeita diagnóstica.

<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 2/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	

Realizar a devida reavaliação, após a liberação dos exames complementares, tomada de decisão relativa à internação hospitalar, condução cirúrgica ou clínica e à necessidade de emergência no tratamento cirúrgico proposto ou programada.

## 2.5. SETOR POR IMAGEM

Executar exames complementares solicitados com o cumprimento dos tempos alinhados e interação entre os processos.

- Tomografia de Crânio (TC) sem contraste: em até 30 minutos;
- Angio TC de Crânio: em até 30 minutos;
- Eletrocardiograma (ECG): em até 10 minutos;
- Raio-X Tórax PA: em até 30 minutos.

## 2.6. LABORATÓRIO

Executar a coleta e análise dos exames laboratoriais solicitados conforme alinhamento de interação de processos.

- Hemograma, Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina: em até 60 minutos.
- Tempo de Protrombina (TTPA): em até 60 minutos.
- Índice Internacional Normalizado (INR): em até 60 minutos.


## 3. ABRANGÊNCIA

Unidade de Urgência e Emergência.

## 4. DESCRIÇÃO

### 4.1. ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 3/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	

A escala Los Angeles Prehospital Stroke Screen (LAPSS) deve ser aplicada na triagem das Unidades de Primeiro Atendimento pelo enfermeiro, diante da suspeita de AVC.

A suspeita clínica inicial deve ocorrer sempre que o paciente apresentar déficit neurológico súbito, com ou sem sinais de rebaixamento do nível de consciência.

#### 4.1.1. Sinais de Alerta

- Fraqueza muscular ou alteração sensitiva unilaterais;
- Dificuldade repentina para falar ou compreender;
- Perda visual súbita, especialmente se unilateral;
- Perda súbita de equilíbrio ou incoordenação;
- Rebaixamento súbito do nível de consciência;
- Cefaleia súbita.

Durante a avaliação médica, a enfermagem deverá providenciar 02 acessos venosos periféricos calibrosos, iniciar monitorização cardíaca, pressórica, dosagem de glicose capilar e encaminhar os exames ao laboratório com sinalização de AVC-PRIORIDADE ZERO e paciente deve ser atendido na UTI do térreo.


## 4.2. ATENDIMENTO MÉDICO

### 4.2.1. Diagnóstico

O exame inicial realizado pelo médico emergencista/clínico geral e/ou neuroclínico, desde a admissão até esta fase, não deve exceder 20 minutos.

O AVC compreende um grupo heterogêneo de doenças cerebrovasculares. De forma geral, pode-se dividir o AVC em isquêmico ou hemorrágico, sendo o primeiro subtipo responsável por 60,6% dos casos.

<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 4/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	

#### 4.2.1.1. Anamnese

A suspeita clínica deve ser levantada quando da ocorrência de qualquer déficit neurológico de início súbito. O quadro clínico é variável e depende fundamentalmente da região do encéfalo acometida.

Um ponto fundamental inicial do atendimento do paciente com suspeita de AVC é a coleta de informações. Ela deve ser dirigida e objetiva, na presença de familiares e acompanhantes que preferencialmente tenham presenciado o episódio.

Os três pontos principais a serem questionados são:

- Quando foi o último momento em que o paciente estava assintomático (ICTUS).
- Antecedentes mórbidos e medicações em uso. Se o paciente fizer uso de anticoagulantes, questionar quando ele fez uso da última dose.
- Avaliar a presença de contraindicações para trombólise endovenosa (TEV).

#### 4.2.1.2. Exame físico


Exame físico direcionado deve ser realizado, incluindo principalmente:

- Monitorização de sinais vitais e coleta da glicemia capilar;
- Aferição da pressão arterial (PA) em quatro membros;
- Realizar exame neurológico sucinto e calcular a escala NIHSS.

#### 4.2.1.3. Exames complementares

Apesar de os exames complementares serem relevantes na investigação do mecanismo do AVC, a coleta desses e o aguardo pelo seu resultado não devem atrasar a infusão de trombolítico, caso haja indicação. De fato, os únicos exames que deve preceder a TEV são: Glicemia capilar, tempo de protrombina, tempo de

<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 5/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	

tromboplastina parcial ativada. Outros exames importantes, mas que não devem atrasar a infusão de trombolíticos são: troponina, ECG, hemograma, ureia, creatinina, eletrólitos e radiografia simples do tórax.

#### **4.2.2. Tempo Porta-TC**

A tomografia de crânio deve ser realizada em até 30 minutos da chegada do paciente no hospital. A chegada ao HMDPD deverá ser caracterizada pela agilidade e desempenho conjunto, com o objetivo de que o tempo de atendimento Porta-Agulha seja de 45 minutos.

Em casos de suspeita de oclusão proximal da artéria carótida interna ou segmento M1 de artéria cerebral média, é fundamental o estudo complementar de imagem com angiotomografia dos vasos intracranianos e, o médico assistente deve acionar o serviço de hemodinâmica para possível terapia endovascular (trombectomia mecânica). O resultado da TC deve ser anotado em prontuário.


#### **4.2.3. Terapia trombolítica**

##### **4.2.3.1 Indicações**

Deve ser considerada para pacientes em que o início dos sintomas tenha ocorrido em até 4 horas e 30 minutos do início da infusão do trombolítico. O tempo porta-agulha (chegada do paciente à unidade de emergência ao início do trombolítico) deve ser de no máximo 45 minutos.

A decisão da indicação ou contra-indicação da trombólise é tomada com base no conjunto de informações clínicas, radiológicas, laboratoriais, pelo médico emergencista, neurologista institucional, médico titular do paciente e tempo do início dos sintomas e contra-indicações absolutas.

<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 6/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	

Os critérios de inclusão e exclusão devem ser revistos antes da administração do trombolítico e os riscos e benefícios do tratamento devem ser esclarecidos com participação dos familiares.


#### 4.2.3.2. Contraindicações

- Uso de anticoagulantes orais com RNI >1,7 ou heparina nas últimas 48 horas com TTPA elevado;
- Uso de Inibidores da Trombina ou do Fator Xa nas últimas 48h;
- Anticoagulação plena com heparina de baixo peso molecular nas últimas 24h;
- História atual de hemorragia intracraniana;
- Hipertensão grave atual não controlada (Atenção para PA sistólica  $\geq 175$  mmHg ou PA diastólica  $\geq 110$  mmHg);
- Melhora completa dos sinais e sintomas no período anterior ao início da trombólise;
- Plaquetas  $< 100.000/mm^3$ ;
- Suspeita clínica de hemorragia subaracnóidea ou dissecação aguda de aorta;
- Neoplasia intra-axial intracraniana;
- Desconhecimento do horário do início dos sintomas ou despertar com os sintomas (desde que o tempo entre a última vez que o paciente foi visto sem déficits neurológicos for superior a 4 horas e 30 minutos);

Experiências recentes sugerem que em algumas circunstâncias, pesando o risco-benefício, pacientes podem receber com cuidado, trombólise EV com 01 ou mais contraindicações relativas:

- Déficit neurológico menor ou rapidamente melhorando;

<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 7/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	


- Gravidez;
- Cirurgia de grande porte, procedimento invasivo ou trauma grave nas últimas 02 semanas;
- Hemorragia geniturinária ou gastrointestinal (nas últimas 03 semanas);
- Infarto do miocárdio recente (03 meses);
- AVCI ou traumatismo crânio-encefálico grave nos últimos 03 meses;
- História pregressa ou atual de Malformação Arteriovenosa (MAV);
- Punção lombar nos últimos 07 dias.

Deve ser considerado pelo neurologista o risco-benefício da trombólise quando o paciente apresenta outros fatores de risco para sangramento:

- AVC prévio;
- NIHSS > 22;
- Glicemia capilar > 400mg/dl;
- Uso de cocaína;
- Insuficiência renal;
- Leucoaraiose importante,
- Microbleeds;
- Pericardite ou endocardite bacteriana;
- Retinopatia diabética.

#### 4.2.3.3. Procedimento

<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 8/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	


A trombólise endovenosa deve ser realizada com o paciente sob monitorização cardiológica e neurológica (oximetria, eletrocardiograma, PA não-invasiva e neurológica clínica) na sala de grave do PA ou UTI, acompanhado pelo médico emergencista, e/ou neurologista institucional e/ou intensivista, seguindo a execução abaixo:

- Antes de iniciar a trombólise, o médico deve realizar avaliação pré-NIHSS (National Institutes of health Stroke Scale ou NIH Stroke Scale);
- O médico deve anotar todos os exames e horários no prontuário eletrônico;
- Realizar TC 24h após a trombólise ou se houver piora neurológica a qualquer momento;
- Controle de pressão arterial antes, durante e após o uso de trombolítico;
- Deve-se manter os níveis menores que 180 X 105 mmHg e evitar níveis sistólicos menores que 115mmHg, após trombolítico.
- Utilizar anti-hipertensivo endovenoso (Nitroprussiato de sódio) para PA > 180 x 105 mmHg.
- No pré-tratamento (antes da realização do trombolítico) monitore a PA a cada 15 minutos.
- Monitorizar a pressão a cada 15 minutos durante o tratamento com anti-hipertensivos, observar hipotensão.

**TABELA 1 – Volume de trombolítico – Alteplase (rt – PA) por Peso**

PESO	VOLUME BOLUS (mL)	VOLUME EM 1 HORA (mL)
------	-------------------	-----------------------

<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---


	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 9/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	

40	3,60	32,40
45	4,05	36,45
50	4,50	40,50
55	4,95	44,55
60	5,40	48,60
65	5,85	52,65
70	6,30	56,70
75	6,75	60,75
80	7,20	64,80
85	7,65	68,85
90	8,10	72,90
95	8,55	76,95
100 ou mais	9,00	81,00

#### 4.2.3.4. Cuidados após uso de trombolítico

- Não utilizar antitrombóticos, antiagregantes e heparina nas próximas 24 horas;
- Controle neurológico rigoroso (escala de NIH);
- Monitorização cardíaca e pressórica (monitore PA a cada 15 minutos nas 02 primeiras horas; a cada 30 minutos da 3ª a 8ª hora; e a cada 1 hora da 9ª até


<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf.ª Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf.ª Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 10/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	

completar 24 horas do início do tratamento, atentando para valores > 180/110 mm/Hg;

- Não realizar cateterismo venoso central ou punção arterial nas primeiras 24 horas;
- Não passar sonda vesical até pelo menos 30 minutos do término da infusão do rtPA;
- Não passar SNE nas primeiras 24 horas;
- Manter o usuário em jejum de pelo menos 12 horas e antes de alimentar, avaliar disfagia (não usar soro glicosado);
- Manter decúbito entre 30° a 45°;
- Realizar suplemento de O<sub>2</sub> se a saturação for < 92;
- Manter o usuário na UTI entre 48 e 72 horas;
- Manter o usuário euvolêmico, evitar a desidratação ou hipervolemia;
- Prevenção de úlceras de decúbito conforme protocolo institucional;
- Após 24 horas, iniciar antiagregação plaquetária (AAS 100 a 300 mg), caso não haja contraindicação;
- Iniciar profilaxia para TVP (heparina de baixo peso ou enoxaparina) 24 horas pós-trombólise;
- Prevenção de úlcera gástrica, Pantoprazol 40mg EV 1X dia;
- Controle rigoroso da glicemia 4/4 horas, se >140 mg/dl iniciar insulinoterapia, se necessário com bomba de infusão;

<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 11/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	

- O controle da temperatura axilar deve ser realizado a cada 02 horas e instituído medidas (antitérmico) para hipertermia (>37,8°C);
- Alta da UTI apenas se o usuário tiver condições neurológicas, metabólicas, hemodinâmicas e sem evidências de processo infeccioso;
- Escala de Rankin (Avaliação funcional pós-AVC);
- Após 24 horas iniciar AAS – 100 a 300mg/dia; recomenda-se, portanto, que antiagregação plaquetária seja iniciada o mais rapidamente possível, dentro das primeiras 48 horas do AVCI;
- Os pacientes submetidos ao tratamento trombolítico deverão aguardar 24 horas do término deste tratamento para o início do antiagregante plaquetário;
- Notificar imediatamente a UTI na chegada à Emergência e após trombólise (caso seja executada no PA) para a transferência do usuário com prioridade máxima;
- Durante a permanência na Sala de Emergência o usuário permanecerá rigorosamente monitorizado.


#### 4.2.3.5. Suspeita de hemorragia

Paciente apresentar déficit neurológico ou nível de consciência rebaixado, cefaléia súbita, náuseas ou vômitos. Devendo seguir a conduta abaixo:

- Descontinuar rtPA;
- Realizar TC de crânio urgente;
- Colher coagulograma, HT, TP, TTPa, fibrinogênio;

Caso tenha como achado diagnóstico de sangramento na TC de crânio solicitar avaliação neurocirúrgica.

<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 12/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	

Se porventura ocorra do paciente apresentar sangramento em outros locais (ex.: local de punção venosa) deve-se tentar a compressão mecânica. Em alguns casos, conforme avaliação clínica do médico, pode ser necessário descontinuar o rtPA.

#### 4.2.3.6. Tratamento das complicações hemorrágicas

O médico pode utilizar os recursos abaixo para tratamento das complicações hemorrágicas:


- Crioprecipitado: 6-8U EV (manter fibrinogênio sérico > 100 mg%);
- Plasma fresco congelado: 2 a 6U;
- Se nível baixo de plaquetas ou estiver em uso de antiagregantes plaquetários realizar 6 a 8U de plaquetas;
- Concentrado de hemácias: manter hemoglobina > 10mg%.

#### 4.2.3.7. Suspensão da terapia trombolítica

- Evidências de sangramento;
- Rebaixamento do nível de consciência;
- Crise convulsiva;
- Paciente apresentar PAS > 185 mm/Hg e/ou PAD > 110 mm/Hg, ou elevação súbita da PA (em caso de não diminuir com o uso de anti-hipertensivos endovenosos);
- Vômitos;
- Elevação do escore NIH em quatro ou mais pontos. Anotar o NIH pós trombólise e fazer o NIH a cada 6 horas no primeiro dia.

#### 4.2.4. Trombectomia mecânica

<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 13/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	

A trombectomia mecânica está indicada para pacientes com AVCI agudo que apresentem os seguintes critérios:

- Oclusão de artéria carótida interna ou artéria cerebral média proximal (M1);
- Idade  $\geq$  18 anos;
- Pontuação  $\geq$  6 na Escala de AVC do NIH;
- Tomografia de crânio com pontuação  $\geq$  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;
- Ter recebido TPA IV em até 4,5 horas (se dentro da janela terapêutica);

O paciente não deve deixar de receber tratamento trombolítico intravenoso em favor da trombectomia mecânica isolada sempre que o tempo de evolução estiver dentro da janela terapêutica.

#### **4.2.5. Avaliação quanto à craniectomia em pacientes com AVCI**


A avaliação da equipe de neurocirurgia deve ser solicitada precocemente.

Em infartos cerebelares, em pacientes com rebaixamento do nível de consciência, a craniectomia suboccipital pode ser necessária.

Nos infartos que envolvem  $>$  50% do território da artéria cerebral média deve ser considerado a hemicraniectomia descompressiva. Os critérios que sugerem avaliação rápida quanto à necessidade de hemicraniectomia descompressiva são:

- Presença de sinais de neuroimagem sugestivos de herniação;
- Pacientes com menos de 60 anos;
- Infarto com volume  $\geq$  145cm<sup>3</sup>.

<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 14/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	

#### 4.2.6. Investigação Etiológica AVCI


A investigação etiológica precoce é um elemento essencial na investigação do paciente com AVC. A definição precoce do mecanismo resulta em uma abordagem diferenciada e específica melhorando a atenção ao paciente.

A classificação mais utilizada até então é a de TOAST. Nessa classificação os mecanismos possíveis são: doença aterosclerótica de grandes artérias, doença de pequenas artérias, cardioembolia, outras etiologias e os casos em que não se determina uma etiologia.

#### 4.2.7. Classificação do AVCI – TOAST

- Aterosclerose de Grandes Artérias;
- Evidência clínica de envolvimento cortical (afasias, negligência) ou tronco cerebral e cerebelo AIT no mesmo território, sopro cervical;
- Tomografia com infarto hemisférico >15 mm, lesões cerebelares ou corticais;
- Angiotomografia/angiorressonância ou Doppler cervical sugestivo de estenose > 50% no território envolvido;
- Ultrassom Doppler transcraniano para estudo da hemodinâmica intracraniana em tempo real;
- Doença de pequenas artérias (lacuna);
- Evidência clínica de síndrome lacunar;
- História de hipertensão arterial sistêmica e diabetes;
- Ausência de envolvimento cortical;
- Tomografia normal ou com infarto < 15 mm (mais comumente no território dominante das pequenas artérias perforantes);

<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 15/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	

- Cardioembólico;
- Fonte de alto risco Prótese valvar metálica, fibrilação atrial com ou sem estenose mitral, Trombo atrial ou ventricular, síndrome do nó sinusal, infarto do miocárdio com menos de 04 semanas, miocardiopatia dilatada, parede acinética de ventrículo esquerdo, mixoma atrial e endocardite bacteriana;
- Fonte de médio risco: Prolapso de válvula mitral, calcificação ou estenose mitral, turbulência atrial (smoke), aneurisma atrial septal, forame oval patente, parede hipocinética de ventrículo esquerdo, infarto do miocárdio entre 4 semanas e 6 meses;
- Outras Etiologias;
- Vasculopatias não ateroscleróticas como dissecação de vasos cervicais, trombofilias;
- Indeterminado;
- Não cumpre os critérios anteriores após exaustiva investigação.

#### 4.2.8. Atestado médico


- Acidente vascular cerebral não especificado: CID-10 I64;
- Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas: CID-10 G45.

### 4.3. PREVENÇÃO SECUNDÁRIA PARA ALTA HOSPITALAR

#### 4.3.3. Procedimentos médicos

- A investigação etiológica precoce é um elemento essencial na investigação do paciente com AVC;
- Rever diagnóstico da etiologia do AVCI para prevenção secundária;

<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 16/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	

- Avaliar dieta com nutrição e necessidade de sonda nasoenteral ou gastrostomia;
- Manutenção de antiagregante plaquetário de escolha (AAS ou clopidogrel);
- Rever se há alguma complicação clínica, realizar exames de rotina (eletrólitos e hemograma);
- Rever se há piora do déficit neurológico relacionada à etiologia ou complicação secundária como edema. Avaliar orientação para reabilitação após a alta hospitalar;
- Alta com definição etiológica e uso de antiagregante plaquetário ou anticoagulante oral de acordo com etiologia;
- Avaliar a indicação da vacinação contra pneumococo ou influenza;
- Avaliar Escala de AVC do NIH e Rankin da alta hospitalar.

#### **4.4. PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA AVC**

##### **4.4.3. Hipertensão Arterial**

Preferência por inibidores da ECA, Antagonista do receptor da angiotensina II (losartana).

##### **4.4.4. Dislipidemia**

Iniciar estatina.

##### **4.4.5. Cessação do Tabagismo e Etilismo**


##### **4.4.6. Sedentarismo**

Avaliação com fisiatra para exercícios regulares.

##### **4.4.7. Obesidade**

Revisão de hábito nutricional e controle da circunferência abdominal.

<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 17/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	

#### 4.4.8. Outros

- Estenoses carótídeas sintomáticas >50% devem ser avaliadas para tratamento cirúrgico ou endovascular após a fase aguda;
- Uso de vitamina B12 e ácido fólico se hiperhomocisteinemia;
- Terapia de reposição hormonal não é indicada;
- Acompanhamento com médico ambulatorial após a alta hospitalar agendado, bem como reabilitação.

#### 5. MARCADORES

- **TEMPO PORTA-TC:** 30 minutos.
- **TEMPO PORTA-AGULHA:** 60 minutos.

#### 6. INDICADORES


- **PORCENTAGEM DE PACIENTES COM TEMPO PORTA-TC ADEQUADO:** Total de pacientes com tempo porta-TC menor ou igual a 30 minutos / Total de pacientes incluídos no protocolo de AVCI

- **PORCENTAGEM DE PACIENTES COM TEMPO PORTA-AGULHA ADEQUADO:** Total de pacientes com tempo porta-agulha menor ou igual a 60 minutos / Total de pacientes incluídos no protocolo de AVCI.

- **SOBREVIVÊNCIA DE PACIENTES INCLUÍDOS NO PROTOCOLO DE AVCI:** Pacientes que sobreviveram no 28º dia / Total de pacientes incluídos no protocolo de AVCI.

#### 7. REFERÊNCIAS

<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 18/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	

KUBOTA, G.T., PELLEGRINO, M.P. Abordagem do paciente com acidente vascular cerebral isquêmico agudo. In: NETO, R.A.B. *et al.* Medicina de emergência Abordagem Prática. Santana de Parnaíba (SP): Manole, 2023. p. 886-914.

KUBOTA, G.T. Abordagem do paciente com acidente vascular cerebral isquêmico agudo. In: VELASCO, I. T. *et al.* Medicina de emergência Abordagem Prática. Barueri: Manole, 2020. p. 903-931.

Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association (Stroke 2013).

Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association (Stroke.2015)

Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association (Stroke (2014) 45: 2160-2236.


HIAE – Hospital Israelita Albert Einstein – Diretrizes assistenciais – Acidente vascular cerebral – Versão eletrônica. 2017

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação Geral de Urgência e Emergência. Programa Nacional de Atendimento à doença vascular aguda. MS, 2009. Disponível em [http://pwweb2.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/redebrasilavc/usu\\_doc/projeto\\_nacional\\_d\\_e\\_atendimento\\_ao\\_avc.pdf](http://pwweb2.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/redebrasilavc/usu_doc/projeto_nacional_d_e_atendimento_ao_avc.pdf).

## 8. ANEXOS

### ANEXO I - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE SUSPEITO DE AVC.

<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---

	<b>HOSPITAL PORTO DIAS</b>	Data 1ª versão: 11/01/2019
		Ult. Revisão: 25/04/2024
		Vencimento: 25/04/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 19/22
<b>PROTOCOLO</b>	<b>ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b>  <b>HPD-GE-PT-06</b>	

## 9. QUADRO RECAPITULATIVO

Descrição da Revisão	Versão	Data
Emissão inicial	01	11/01/2019
Revisão, mantido texto original, após revisão atualizada	02	13/10/2021
Atualizado logo nova do hospital	03	04/05/2022
Revisão Geral para adequação ao novo template de protocolos.  Revisão geral do conteúdo através de literatura de emergência atualizada.  Atualização do item 4 Descrição e 7 Referências.	04	02/09/2023
Realizada Revisão Geral conforme Manual JCI 7º edição.	05	25/04/2024

<b>Revisão:</b> Dr. Andrei Sales Coordenação Médica UE	<b>Validação:</b> Enf. <sup>a</sup> Vaneska Barbosa Qualidade	<b>Aprovação:</b> Enf. <sup>a</sup> Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
--	---	---

# ANEXO I - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE SUSPEITO DE AVC.

Nome:	Início sintomas: ____/____/____ : ____ h
Data de nascimento: ____/____/____	Inclusão protocolo AVC: ____/____/____ : ____ h

## SUSPEITA DE AVC

### Recepção encaminha para sala de Grave se:

- paciente com perda de força,
- dificuldade visual ou de fala
- desequilíbrio ou tontura.

Enfermeiro (triagem/sala grave): Escala de LAPSS (Escala de Los

### Sala de Graves:

monitorização multiparamétrica Enfermagem  
2 acessos calibrosos  
cabeceira elevada 30°  
O2 2 L/min se satO2<92%  
glicemia capilar

Admissão médica imediata (<20min) Médico  
Exames laboratoriais – sódio, potássio, plaqueta,  
coagulograma, hemograma, troponina, uréia e creatinina

Resultado em até 30min  
(senha até a realização do exame)

### Tomografia de crânio

indicação de trombolítico\*?

↑ Sim

↑ Não

Contra-indicação absoluta\*\*?

↑ Não

↑ Sim

Contra-indicação relativa\*\*\* ou outros fatores de risco para sangramento\*\*\*\*?

↑ Não

↑ Sim

Discutir com neurologista a indicação

### Trombólise endovenosa

Tempo porta-agulha < 45

- Verificar PA (manter PAS entre 115 e 180mmHg e PAD <105 mmHg)
- Escala NIH (realizada pelo médico no pré, trans e pós-trombólise e a cada hora nas primeiras 6h e a cada 6h nas 18h restantes)
- Iniciar trombolítico na UE e transferir (se necessário, contingência 11o leito UT115A)
- Realizar TC 24 h após a trombólise ou se houver piora neurológica
- Suspende trombólise se:
  - Evidências de sangramento;
  - Rebaixamento do nível de consciência;
  - Crise convulsiva;
  - PAS > 185 mmHg e/ou PAD > 105 mmHg, ou elevação súbita da PA (em caso de não diminuir com o uso de anti-hipertensivos endovenosos);
  - Vômitos;

### Cuidados pós-trombólise\*\*\*\*

### Suporte e monitorização

Exames para etiologia (Classificação – TOAST):

- Ecocardiograma transesofágico e

Escala de Rankin modificado

Alta hospitalar

### \* Indicação de trombolítico

AVC isquêmico c/ início dos sintomas < 4,5h (ideal<3h)  
Idade > 18 anos  
NIH > 4, exceto afasia (considerar caso a caso)  
Obs: descartar a possibilidade de sangramento craniano com apoio radiologia

### \*\*Contra-indicações absolutas

- Anticoagulante oral e INR>1,7
- Heparina (em 48h) e TTPA elevado
- Inibidores de trombina ou fator Xa (em 48h)
- anticoagulação plena com HBPM (48h)
- plaqueta < 100.000
- suspeita de hemorragia subaracnóideia ou dissecação aorta
- Neoplasia intra-axial craniana
- desconhecimento do início dos sintomas ou despertar com os sintomas (desde que o tempo entra a última vez que o paciente foi visto sem déficit > 4,5h)
- Melhora completa dos sintomas antes da trombólise

### \*\*\*Contra-indicações relativas

- Déficit menor ou rapidamente melhorado
- Gravidez
- Cirurgia de grande porte, procedimento invasivo ou trauma grave nas últimas 2 semanas
- Hemorragia geniturinária ou gastrointestinais (nas últimas 3 semanas)
- Infarto do miocárdio recente (3 meses)
- AVCi ou traumatismo crânio-encefálico grave nos últimos 3 meses
- História progressiva ou atual malformação arteriovenosa (MAV)
- Punção lombar ou arterial/venosa em sítio não compressível nos últimos 7 dias
- TC com sinais precoces de envolvimento de mais de 1/3 do território da artéria cerebral média na TC inicial ou escore ASPECTS<7

### \*\*\*\*Outros fatores de risco para sangramento

-Idade>80 anos  
-AVC prévio

### \*\*\*\*\*Cuidados pós-trombólise

- Não utilizar antitrombóticos, antiagregantes e heparina nas próximas 24 horas pós-trombolítico;
- Controle neurológico rigoroso;
- Monitorização cardíaca e pressórica (PA a cada 15min nas duas primeiras horas; a cada 30 min da 3ª a 8ª hora; e a cada 1 hora da 9ª até 24ª horas do início do tratamento, atentando para valores > 180/105 mmHg);
- Não realizar CVC, punção arterial ou SNE (24 horas);
- Não passar sonda vesical até pelo menos 30 minutos do término da infusão do rtPA;
- jejum 12h (não usar soro glicosado);
- Manter decúbito entre 30° a 45° e prevenção UPP;
- Suplemento de O2 se Saturação de O2 < 92;
- Manter o usuário eurolêmico;
- Controle rigoroso da glicemia 4/4 horas, se > 140 mg/dl iniciar insulinoterapia;
- temperatura axilar deve ser realizado a cada duas horas e instituído medidas para hipertermia (>37,8°C);
- Após 24 h, iniciar antiagregação plaquetária;
- Iniciar profilaxia TVP (HBPM) 24 horas pós-

# ANEXO I - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE SUSPEITO DE AVC.

## Escala Pré-Hospitalar para AVE de Los Angeles (LAPSS)

Para avaliação das queixas neurológicas não traumáticas, não comatosas, agudas. **Se as alternativas de 1 a 6 forem todas respondidas "sim" (ou "desconhecido"), encaminhe o paciente para a sala de Grave e abra o protocolo de AVC.** Se em qualquer item estiver marcado "não", volte ao protocolo de tratamento adequado.

Interpretação: 93% dos com AVE terão um índice LAPSS positivo (sensibilidade = 93%) e 97% pacientes daqueles com LAPSS positivo terão AVE (especificidade = 97%). Note que o paciente ainda pode estar sofrendo um AVE, mesmo se os critérios LAPSS não forem preenchidos

Critérios	Sim	Desconhecido	Não
1. Idade > 45 anos			
2. <b>Sem</b> história de convulsão ou epilepsia			
3. Duração dos sintomas < 24 horas*			
4. De base, o paciente <b>não</b> é acamado nem utiliza cadeira de rodas			
5. Glicemia entre 60 e 400			
6. <b>Assimetria óbvia</b> (direita x esquerda) em <b>qualquer uma</b> das três seguintes categorias de exame (deve ser unilateral)			

	Simétrico	Direita fraca	Esquerda fraca
Careta/sorriso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desvio	<input type="checkbox"/> Desvio
Preensão manual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Preensão manual fraca <input type="checkbox"/> Sem preensão manual	<input type="checkbox"/> Preensão manual fraca <input type="checkbox"/> Sem preensão manual
Força do braço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Queda rápida	<input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Queda rápida

Fonte: KIDWELL, C.S. et al. Design and retrospective analysis of the Los Angeles.

Prehospital Stroke Screen (LAPSS). Prehosp Emerg Care, n.2, p.267-273, 1998.

\*Sintomas de AVC:  fraqueza muscular unilateral;  alteração sensitiva ou dormência unilateral;  dificuldade súbita para falar ou compreender;  perda visual súbita;  perda súbita do equilíbrio;  rebaixamento súbito da consciência;  cefaléia súbita de forte intensidade associada a alteração da consciência ou sinais focais como parestesia (sensação de dormência ou formigamento), paralisia, dificuldade de falar/compreender ou alteração do equilíbrio).

### Escala de avaliação funcional pós-AVC – Escala de Rankin modificada

Grau	Descrição	
0	Sem sintomas	
1	Nenhuma deficiência significativa a despeito dos sintomas	Capaz de conduzir todos os deveres e atividades habituais
2	Leve deficiência	Incapaz de conduzir todas as atividades de antes, mas é capaz de cuidar dos próprios interesses sem assistência
3	Deficiência moderada	Requer alguma ajuda, mas é capaz de caminhar sem assistência (pode usar bengala ou andador)
4	Deficiência moderadamente grave	Incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às próprias necessidades fisiológicas sem assistência
5	Deficiência grave	Confinado à cama, incontinente, requerendo cuidados e atenção constante de enfermagem
6	Óbito	

Fonte: Wilson JTL, Harendran A, Grant M, Baird T, Schulz UGR, Muir KW, Bone I. Improving the assessment of outcomes in stroke: Use of a structured interview to assign grades on the modified rankin scale. Stroke. 2002;33:2243-2246.

### Tabela de rtPA por peso (50mg/50ml)

Peso (Kg)	Volume ataque em 1 a 2 min (ml)	Volume 1h (ml)	Volume total (ml)
40	3,6	32,4	36,00
45	4,0	36,5	40,50
50	4,5	40,5	45,00
55	4,9	44,6	49,50
60	5,4	48,6	54,00
65	5,8	52,7	58,50
70	6,3	56,7	63,00
75	6,7	60,8	67,50
80	7,2	64,8	72,00
85	7,6	68,9	76,50
90	8,1	72,9	81,00
95	8,5	77,0	85,50
100 ou mais	9,0	81,0	90,00

### Classificação TOAST

1. Aterosclerose de grandes artérias
2. Aterosclerose de pequenas artérias
3. Cardioembolia
4. Indeterminado
5. Outras causas

Fonte: Adams et al. Stroke 1993

### Marcadores do protocolo

-Tomografia em 30 minutos

-Tempo porta-agulha 45 minutos

### Indicadores

-Porcentagem de pacientes que realizaram TC em 30 minutos

-Porcentagem de pacientes com tempo porta-agulha < 45 minutos

# ANEXO I - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE SUSPEITO DE AVC.

## NIH ESCALA DE AVC

Execute os itens da escala de AVC pela ordem correta. Registre a sua avaliação em cada categoria após cada exame da escala. Não volte atrás para alterar pontuações. Siga as instruções fornecidas para cada uma das técnicas de exame. As pontuações devem **refletir o que o doente conseguiu fazer** e não aquilo que o clínico pensa que ele seja capaz de fazer. Deve registrar as respostas enquanto administra a escala e fazê-lo de forma celer. Exceto quando indicado, o doente não deve ser encorajado (i.e., várias tentativas para que o doente faça um esforço especial).

Instruções	Definição da escala	Ponto
<p>1a. <b>Nível de Consciência:</b> O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o paciente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas.</p>	<p>0 = Acordado; responde corretamente.                      1 = Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage.                      2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados).                      3 = Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou autonômicas, ou sem qualquer tipo de resposta.</p>	
<p>1b. <b>Questões:</b> O paciente é questionado sobre o <b>mês e idade</b>. A resposta deve ser correta - não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.</p> <p>1c. <b>Ordens: O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética.</b> Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o paciente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registrado. Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa.</p>	<p>0 = Responde a ambas as questões corretamente.                      1 = Responde a uma questão corretamente.                      2 = Não responde a nenhuma questão corretamente.</p> <p>0 = Realiza ambas as tarefas corretamente.                      1 = Realiza uma tarefa corretamente.                      2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</p>	
<p>2. <b>Melhor Olhar Conjugado:</b> Teste apenas <b>os movimentos oculares horizontais</b>. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálico) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que é revertido pela atividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférico isolada (NC III, IV ou VI), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ou curativo ocular, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.</p>	<p>0 = Normal.                      1 = Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado.                      2 = Desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica.</p>	
<p>3. <b>Campos visuais:</b> Os <b>campos visuais</b> (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando <b>contagem de dedos</b> ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado em que mexem os dedos para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanópsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados p/ responder a questão 11.</p>	<p>0 = Sem défices campimétricos.                      1 = Hemianopsia parcial.                      2 = Hemianopsia completa.                      3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>	
<p>4. <b>Paresia Facial:</b> Pergunte ou use gestos para encorajar o paciente a <b>mostrar os dentes</b> ou <b>levantar as sobrancelhas</b> e <b>fechar com força os olhos</b>. Pontue a simetria da contração facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p>0 = Movimentos normais simétricos.                      1 = Paralisia facial minor (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso).                      2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total).                      3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões sup e inferior de um lado da face).</p>	
<p>5. <b>Membros Superiores:</b> O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmas para baixo, a 90° se sentado ou a 45° se posição supina. Pontue-se a <b>queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos</b>. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não-parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos.                      1 = Queda parcial antes de completar o período de 10seg; não chega a tocar na cama ou noutro suporte.                      2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata.                      3 = Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento.                      4 = Nenhum movimento.                      NT = Amputação ou anquilose, explique: _____</p>	
<p>6. <b>Membros Inferiores:</b> A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre na posição supina. Pontue-se a <b>queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos</b>. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não-parética. Apenas no caso de amputação ou</p>	<p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos.                      1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte.</p>	

## ANEXO I - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE SUSPEITO DE AVC.

anquilose da anca o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.

7. Ataxia de membros: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de déficit de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os **testes dedo-nariz e calcanhar-joelho** são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.

8. Sensibilidade: Avalie a sensibilidade ou mímica facial à **picada de alfinete** ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo—membros superiores (exceto mãos), inferiores (exceto pés), tronco e face—quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada. Deste modo, doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a=3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.

9. Melhor linguagem: Durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da **capacidade de compreensão**. Pede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objetos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objetos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O paciente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a=3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.

### CENA + IMAGEM + LISTA DE FRASES (plastificado)

10. Disartria: Se acredita que o doente consegue, pede-se para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a **clareza da articulação da fala espontânea** pode ser pontuada. Este item é considerado não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.

### LISTA DE PALAVRAS (plastificado)

11. **Extinção e Desatenção**, antiga negligência. A informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.

2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata.  
3 = Nenhum esforço contra a gravidade; a perna cai logo; pousado, o membro faz algum movimento.  
4 = Nenhum movimento.  
NT = Amputação ou anquilose, explique: \_\_\_\_\_

0 = Ausente.  
1 = Presente em 1 membro.  
2 = Presente em 2 membros.  
NT = Amputação ou anquilose, explique: \_\_\_\_\_

0 = Normal; sem perda de sensibilidade.  
1 = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar.  
2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.

0 = Sem afasia; normal.  
1 = Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das idéias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do paciente.  
2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o examinador assume a maior parte da comunicação; o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente.  
3 = Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.

0 = Normal.  
1 = Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade.  
2 = Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria.  
NT = Entubado ou outra barreira física; explique \_\_\_\_\_

0 = Nenhuma anormalidade.  
1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais.  
2 = Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.

TOTAL: \_\_\_\_