	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	1 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

1. OBJETIVO:

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 decorrente 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 trombose de grandes vasos, a embolia de origem cardíaca e a oclusão de pequenas artérias. Caso o fenômeno isquêmico cerebral seja de menor duração e intensidade, não levando ao dano tissular irreversível, o déficit neurológico súbito será passageiro, geralmente com duração de poucos minutos, ao que chamamos ataque isquêmico transitório (AIT).

No AVCH o dano decorre do rápido extravasamento de sangue no interior do tecido cerebral, ao que chamamos de hemorragia intra parenquimatosa (HIP), com compressão mecânica e comprometimento da anatomia normal do tecido cerebral adjacente, e aumento da pressão intracraniana. Outros prováveis mecanismos de dano secundário incluem citotoxicidade, estresse oxidativo, inflamação e edema.

As melhores evidências clínicas disponíveis no momento demonstram que o atendimento adequado, rápido e bem estruturado aos pacientes com AVC reduz a mortalidade e a morbidade dos mesmos. Da mesma forma, a abordagem diagnóstica e terapêutica sistemática e resolutiva aos pacientes com AIT reduz significativamente a ocorrência posterior de AVCI nos mesmos.

A Linha do Cuidado do AVC, instituída pela Portaria MS/GM nº 665, de 12 de abril de 2012, é parte integrante da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, propõe uma redefinição de estratégias que deem conta das necessidades específicas do cuidado ao AVC diante do cenário epidemiológico explicitado, bem como de um contexto sociodemográfico considerável.


2. RESULTADOS ESPERADOS:

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 (AVC) no Hospital Circulo, visando promover atendimento ágil, com segurança e eficácia, baseado nas melhores evidências disponíveis na literatura médica periodicamente atualizada.

- Divulgar o conhecimento referente ao AVC;
- Definir protocolo padronizado para atendimento ao AVC ;

Cópia controlada

12/11/2021

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	2 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

- Incentivar o uso de telemedicina para diagnóstico precoce e preciso do AVC;
- Capacitar as equipes para o reconhecimento do AVC;
- Garantir a continuidade do cuidado e a utilização dos recursos terapêuticos adequados para o período pós-AVC;
- Monitorar os resultados.

3. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

3.1 Avaliação e fluxo de atendimento:


O atendimento inicial consiste na identificação precoce por meio de nossos serviços de Telemedicina (Emercor), acolhimento e ou triagem intra-hospitalar os quais devem verificar se o paciente apresenta pelo menos um déficit focal de instalação súbita conforme ANX-UUE-58-Sinais De Alerta Para Abertura De Protocolo Para Acidente Vascular Cerebral:

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

3.1.1 Abertura de protocolo para suspeita de AVC (UUE):

A identificação para suspeita de AVC na UUE pode ocorrer durante a triagem realizada pela enfermagem, ou mesmo antes, (porta de entrada Acolhimento) mediante presença dos sinais de alerta, bem como pelo próprio relato do paciente ou acompanhante, sensibilizado pela comunicação visual de esclarecimento sobre os sinais de alerta do AVC no local. Neste caso, o enfermeiro da triagem deve proceder com o preenchimento imediato do ANX-UUE-58 Acompanhamento/abertura de protocolo para acidente vascular cerebral com encaminhamento do paciente imediatamente para a Sala de Emergência (SE) acionando imediatamente a equipe para todos os casos, cujo tempo de evolução dos sintomas, sejam menor que 24 horas. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de AVC recente, aqui definido como aquele cujo reconhecimento diagnóstico ocorreu dentro da primeira semana do início dos sintomas, mas em tempo superior a 24 horas, não tem indicação para Abertura de protocolo para Suspeita de AVC (Serviços próprios Internação) deve ser feito em qualquer fase do atendimento/internação, sempre e imediatamente a observação dos sinais de alerta

Cópia controlada
12/11/2021

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	3 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

para a suspeita de AVC, para todos os casos cujo tempo de evolução dos sintomas estimado, a partir de quando o paciente foi visto normal pela última vez, for menor que 24 horas, seguindo o preenchimento do FOR-UICC-05 Chamando De Intercorrência e o ANX-UUE 58 Acompanhamento/Abertura De Protocolo Para Acidente Vascular Cerebral.

3.2 Manejo inicial do avc:

Confirmar ao menos um dos deficit focais súbitos:

Déficit Focais Súbitos no AVC	
1	Hemiparesia
2	Afasia
3	Paralisia Facial
4	Cefaleia explosiva + Deficit focal (Hemiparesia, Afasia)
5	Vertigem + 01 dos sinais/sintomas(Diplopia, disfagia, afasia) + 01 dos fatores de risco (Hipertensão, diabetes, cardiopatia, fibrilação atrial)


- Verificar o horário do início do(s) Deficit(s);
- Íctus < 4.5 horas;
- Aplicar o NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale);
- Solicitar Hemograma, Plaquetas, Sódio, Potássio, Ureia, Creatinina, KTTP, TP, Troponina (porém, nenhum deles deve atrasar o uso de trombolítico quando indicado);

3.2.1 Protocolo de fase aguda: trombólise venosa e ou/trombectomia mecânica (protocolo AVC agudo)

3.2.1.1 Trombólise venosa no AVCI critérios de inclusão:

- Idade > 18 anos; E
- Diagnóstico clínico de acidente vascular cerebral isquêmico em qualquer território vascular;
- Início dos sintomas < 4,5 horas. Se sintomas notados ao acordar, considerar como início o último horário em que estava acordado e assintomático; E
- Angio-Tomografia computadorizada do crânio sem evidência de hemorragia sem hipodensidade > 1/3 ACM (artéria cerebral média); E

Cópia controlada
12/11/2021

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	4 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

- Persistência do deficit neurológico. Paciente ou responsável legal deve ser esclarecido quanto aos riscos e benefícios do tratamento trombolítico, assim como a concordância em utilizá-lo. E é recomendável que essa autorização seja registrada no prontuário do Paciente. Caso esteja o paciente sozinho e/ ou sem condições de resposta, também fica autorizado o tratamento.

3.2.1.2 Critérios de exclusão:


- Uso de anticoagulantes orais com tempo de protrombina (TP) >15s (RNI>1,7);
- Uso de heparina nas últimas 4 horas com TTPa elevado;
- AVC isquêmico ou traumatismo crânio-encefálico grave nos últimos 3 meses;
- História pregressa de hemorragia intracraniana, malformação vascular ou aneurisma cerebral;
- PA sistólica ≥ 185 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg (em 3 ocasiões, com 10 minutos de intervalo) refratária ao tratamento anti-hipertensivo;
- Melhora rápida e completa dos sinais e sintomas no período anterior ao início da trombólise;
- Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo nos últimos 14 dias;
- Hemorragia gastrointestinal nos últimos 21 dias, ou história de varizes esofagianas;
- Punção arterial em local não compressível na última semana;
- Coagulopatia com TP prolongado (RNI>1,7), TTPa elevado, ou plaquetas < 50 mg/dl ou > 400 mg/dl;
- Evidência de pericardite ativa, endocardite, êmbolo séptico ou gravidez;
- Infarto do miocárdio recente (3 meses);
- Suspeita clínica de hemorragia subaracnoide ou dissecação aguda de aorta;
- Determinados fatores interferem no risco/benefício da terapia trombolítica, não sendo, contudo, contraindicação absoluta de seu uso: NIHSS > 22, idade > 80 anos e a combinação de AVC prévio e diabete mellitus.

3.2.1.3 Não são considerados critérios de exclusão:

- Crise convulsiva no íctus – rt-PA poderá ser administrado em pacientes sabidamente epiléticos, que nunca apresentaram paralisia de Todd e que a história não sugira HSA;
- NIHSS < 04 – passará a ser considerado NIHSS < 02 (exceto para AFASIA que sempre deverá ser tratado);
- Melhora do deficit – rt-PA estará indicado enquanto **NIHSS > 01**;
- Aneurisma cerebral – rt-PA poderá ser administrado em pacientes com história de aneurisma cerebral

Cópia controlada

12/11/2021

	PROTOCOLO			PRO	
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL				PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:	
	26/11/2020	09/04/2021	01	5 de 22	
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS				

não roto e menor que 10 mm de diâmetro;

- Câncer – rt-PA poderá ser administrado em pacientes com câncer e sem evidência de sangramentos espontâneos atuais e com mRS basal < 04;
- Demência – rt-PA poderá ser administrado em pacientes não acamados e com mRS basal < 04;
- Meningiomas – rt-PA poderá ser administrado em pacientes com meningioma;
- Sangramentos gastrointestinais (SGI) – rt-PA poderá ser administrado em pacientes com SGI há menos de 21 dias, desde que não tenha causado instabilidade hemodinâmica, internação, e/ou hemotransfusão;
- Uso de NOACS – rt-PA poderá ser administrado em pacientes, se for uso de dabigatrana e o TTPa não estiver acima do valor máximo da faixa de referência. Para rivaroxabana e apixabana, somente se a última dose foi há mais de 48 horas.

3.2.2 Modo de preparo e infusão do rt-PA (alteplase):

Administrar rtPA (alteplase) EV (0.9mg/Kg, no máximo 90 mg), com 10% da dose total em bolus inicial, seguido da infusão do restante em 60 minutos. Deve-se utilizar vasos da extremidade superior e não correr em Y com nenhuma outra medicação o padronizado na instituição nas apresentações de 50 mg.

3.2.3 Cuidados após o uso do RT-PA (alteplase):


- Não utilizar antitrombóticos, antiagregantes e heparina nas próximas 24 horas pós-trombolítico;
- Controle neurológico rigoroso;
- Monitorização cardíaca e pressórica (monitore PA a cada 15 min nas duas primeiras horas; a cada 30 minutos da terceira a oitava hora; e a cada 1 hora da nona até 24 horas do início do tratamento, atentando para valores > ou igual a 180/105 mmHg; Não realizar cateterização venosa central ou punção arterial nas primeiras 24 horas;
- Não passar sonda vesical até pelo menos 30 minutos do término da infusão do rt-PA (alteplase);
- Não passar SONDA (nasogástrica/nasoentérica) nas primeiras 24 horas.

3.2.4 Suspeita de complicação hemorrágica após o RT-PA (alteplase):

Se piora do deficit neurológico ou nível de consciência, cefaleia súbita, náuseas ou vômitos:

- Descontinuar rt-PA (alteplase);
- TC de crânio urgente;

Cópia controlada
12/11/2021

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	6 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

- Colher coagulograma, HT, TP, TTPa, fibrinogênio;
- Se sangramento na TC de crânio, solicitar avaliação neurocirúrgica;
- Outros locais de sangramento (ex.: local de punção venosa) tentar compressão mecânica. Em alguns casos descontinuar o rt-PA (alteplase).

3.2.5 Tratamento da complicação hemorrágica:


- Crioprecipitado: 6-8U EV (manter fibrinogênio sérico > 100 mg%);
- Plasma fresco congelado: 2 a 6U;
- Se nível baixo de plaquetas ou uso de antiagregantes plaquetários: 6 a 8U de plaquetas;
- Concentrado de hemácias: manter hemoglobina > 10 mg%;
- Deve ser também avaliada a possibilidade de cirurgia descompressiva. É importante salientar que o prognóstico está relacionado ao tipo de transformação hemorrágica, sendo imprescindível classificar o sangramento em infarto hemorrágico I e II, ou hematoma parenquimatoso I e II, de acordo com os critérios do estudo ECASS. Geralmente pacientes com recanalização envolvendo a região M1 podem apresentar discreta transformação hemorrágica, classificada como infarto hemorrágico I ou II. Por outro lado, nos casos de sangramento associado a complicações do rt-PA (alteplase), geralmente encontra-se hematoma com efeito expansivo (hematoma parenquimatoso II, segundo critérios ECASS).

3.3 Trombectomia mecânica (TM) no AVCI:

3.3.1 Critérios de inclusão (todos):

- Íctus < 06 horas (para que a punção arterial seja feita < 08 horas) E;
- Idade > 18 anos E;
- NIHSS maior ou igual a 08 E mRS 1 pré-AVC (nenhuma deficiência significativa, a despeito dos sintomas);
- Capaz de conduzir individualmente todos os deveres e atividades habituais) E Pacientes com “wake-up strokes” horas e que a tomografia de crânio da admissão seja normal (e- ASPECTS = 10) E TC SEM CONTRASTE: na admissão;
- Com ASPECTS 06 OU;
- Normal OU;

Cópia controlada
12/11/2021

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	7 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

- Com hipodensidade < 1/3 ACM OU;
- Com sinais indiretos de isquemia < 1/3 ACM;

3.3.1.1 ANGIO – TC + Carótidas na admissão com:


- Oclusão (TICI 0-1) da ACI intracraniana (ACI distal/oclusão do T carotídeo), segmento M1-ACM ou tandem proximal ACI/ACM-M1
- Com avaliação da circulação colateral pela ESCALA MODIFICADA DE TAN, evidenciando ao menos persistência de 50% da circulação colateral no hemisfério afetado pelo AVC, em relação ao hemisfério cerebral não afetado.

3.3.2 Metodologia da trombectomia:

- O início do tratamento deve ser realizado dentro de 02 horas após o exame de ANGIO-TC e dentro de 06 horas do íctus; o início do tratamento é definido como uma punção na virilha; a duração do procedimento de intervenção não deve ser maior que 03 horas;
- Se a oclusão da carótida for identificada com falha para opacificar o ramo terminal da carótida, recomenda-se que a artéria carótida oposta e/ou a artéria vertebral seja injetada para identificar a presença ou ausência do fluxo colateral através das artérias comunicantes;
- No entanto, se o intervencionista considerar que esse passo pode provocar um atraso inaceitável de tempo (por exemplo, devido à tortuosidade excessiva), esse passo pode ser prescindido;
- Caso seja identificado trombo dentro de uma artéria intracraniana apropriada, tal como o segmento ACM- M1, não serão feitas quaisquer outras injeções de contraste e a terapia intra-arterial será imediatamente iniciada utilizando o dispositivo;
- Após o processo de angiografia, é recomendável que a bainha arterial femoral seja deixada no local durante 24 horas, no caso de administração trombolítica IV, preferencialmente transduzida, mas lavagem também é aceitável (solução salina normal ou solução salina normal, heparinizada [1000 unidades/1000cc 0,9% de solução salina normal] a uma taxa de 30 cc/hora);
- Ela será removida após a demonstração de valores normais de coagulação em testes de laboratório;
- Alternativamente, um dispositivo de fechamento de arteriotomia pode ser inserido após o procedimento, de acordo com a prática local;
- A bainha arterial pode ser removida imediatamente após o procedimento caso apenas o tratamento mecânico tenha sido realizado e o paciente tenha parâmetros normais de hemostasia;


Cópia controlada

12/11/2021

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	8 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

- Dispositivos utilizados: solitaire, penumbra, trevo;
- Se o dispositivo falhar depois de um máximo de seis passagens por vaso, nenhuma outra terapia de resgate farmacológico ou mecânico será permitida;
- Anticoagulação sistêmica (exceto na infusão salina heparinizada do cateter, de acordo com os padrões de procedimento locais do intervencionista) não é permitida;
- Angioplastia com balão e/ou implante de stent de ACI extracraniana em casos com oclusões ACI/M1 em tandem será permitida. Para locais que realizam stent além de angioplastia para oclusões em tandem, recomenda-se que 300 mg de aspirina e carga de clopidogrel (600 mg) sejam administrados oralmente ou através de sonda gástrica antes da intervenção, se possível.
- Angioplastia e/ou implante de stent de vasos intracranianos além do segmento petroso da ACI não serão permitidos;
- O uso de um cateter guia balão na ACI proximal é fortemente encorajado. A justificativa para o uso do cateter guia balão é prevenir embolização distal, inclusive em territórios anteriormente não envolvidos durante a recuperação do dispositivo e do trombo;
- Potenciais deficiências dessa técnica incluem lesão da artéria carótida interna (dissecção/perfuração) ou fluxo severo limitando os espasmos. Além disso, a presença de um balão limita o diâmetro interno do cateter guia, de modo que a utilização de cateteres de apoio maiores (DAC, Reflex) não é necessária;
- Portanto, métodos alternativos para reduzir o risco de embolização distal podem ser utilizados conforme os critérios do intervencionista, mas, em geral, são menos recomendadas;
- O paciente deve ser acompanhado pelo neurologista de plantão e pela enfermeira da devidamente monitorizado, durante o deslocamento ao Centro Cirúrgico;
- Deve ser registrada no prontuário eletrônico a Autorização do Acompanhante do paciente, em relação ao procedimento endovascular, registrando o nome completo e grau de parentesco. Caso o paciente esteja desacompanhado na admissão, o procedimento será realizado e esse fato será justificado, por se tratar de tratamento já com nível 1 A de evidência científica;
- Após o procedimento, o paciente deverá ser transferido para leito de UTI. Na impossibilidade de vaga, será transferido para Sala de Intercorrência, dependendo da estabilidade hemodinâmica do mesmo. Neste trajeto, deverá ser acompanhado pelo anestesista.

Cópia controlada
12/11/2021

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	9 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

3.4 Manejo no AVC H:

3.4.1 Manejo da pressão arterial (PA):

Pacientes com PA sistólica (PAS) da admissão entre 150 e 220 mmHg e sem contraindicação ao tratamento da PA aguda, devem ter sua PAS reduzida agudamente para 140 mmHg.

Redução agressiva da PA, com uso de NITROPRUSSIATO EV e monitoração da PA 5/5 min, com alvo de PAS máxima de 140 mmHg dentro de 180 minutos.

3.4.2 Indicação de tratamento cirúrgico:

- Hemorragia cerebelar com diâmetro > 3 cm;
- Escala de coma de Glasgow (9-12);
- Pacientes com hemorragia lobar grande;
- Deterioração neurológica muito rápida;
- Hematomas em núcleo da base > 30 ml;
- Desenvolvimento de hidrocefalia aguda.

3.4.3 Indicação de terapia anticonvulsivante:

- Pacientes que apresentarem crise convulsiva, no contexto da hemorragia cerebral;
- Pacientes torporosos e comatosos;
- Pacientes com hemorragias lobares;
- Após 30 dias, caso não ocorram novas crises, os anticonvulsivantes devem ser suspensos.


3.4.4 Critérios para realização de arteriografia:

- Pacientes com mais de 45 anos e com HIP de localização atípica, não sugestiva de hipertensivo;
- Em todos os pacientes com idade abaixo de 45 anos;
- Em pacientes, com forte suspeita de causas secundárias como: MAV; aneurismas, fístulas, trombose de seio venoso e vasculites.

3.4.5 Prevenção de trombose venosa profunda:

Em pacientes com HIC restrito ao leito, seguir com PRO-UTIA-04 Protocolo de profilaxia do tromboembolismo venoso.

Cópia controlada
12/11/2021

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	10 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

3.5 Compromissos e responsabilidades da equipe multidisciplinar:

3.5.1 Atuação da equipe de enfermagem na UUE sala de urgência:

- Verificação dos sinais vitais;
- Verificação da glicemia capilar - procurando mantê-lo entre 140-180 mg/dl, evitando também hipoglicemia ≤ 50 mg/dl. Fazendo correções conforme a prescrição médica;
- Realizar e/ou acompanhar da coleta dos exames laboratoriais previstos no protocolo, encaminhando-os para análise de emergência;
- Encaminhar o paciente para a tomografia juntamente a equipe e médico plantonista;
- Se for o caso de internação, a enfermagem transfere o paciente para o setor de específico;
- Caso seja realizada a trombólise em acesso exclusivo, o paciente será puncionado com cateter calibroso nº18 e recebe a primeira dose, ainda na UUE;
- Coleta de dados: horário do íctus, local, sinais e sintomas, histórico de enfermagem e verificação do tipo de precaução contato/padrão;
- Facilitar o transporte rápido conforme necessidade (CDI, UTI's).


3.5.1.1 O tratamento efetivo imediato para avc agudo em pacientes selecionados pode incluir :

- A Alteplase intravenosa pode ser administrada em até 04 horas e 30 minutos após o início dos sintomas;
- A Trombectomia mecânica poderá ser realizada em até 24 horas.
- Preparar, diluir o frasco de RTPA, conforme o peso e a tabela de cálculo de diluição do RTPA, designado pelo médico.

3.5.1.2 Atuação da equipe de enfermagem na uti:

- Instalação da monitorização não invasiva;
- Realizar eletrocardiograma (ECG);
- De acordo com as evidências existentes, o decúbito horizontal na posição supina favorece a perfusão cerebral sem comprometer a saturação de oxigênio (válido para pacientes sem hipóxia ou outros problemas respiratórios ou de vias aéreas);
- Portanto, recomenda-se a posição supina para os pacientes sem hipóxia ou intolerância à posição horizontal. Pacientes com risco de obstrução de vias aéreas, bronco aspiração ou suspeita de


Cópia controlada
12/11/2021

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	11 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

hipertensão intracraniana, devem ser mantidos com a cabeceira elevada em 45° graus;

- Recomenda-se manter a temperatura corpórea < 37,5°C;
- A pressão sanguínea deve ser mantida abaixo de 180/105 mm Hg durante 24 horas após a administração do trombolítico e trombectomia;
- Manter paciente em dieta zero, até que seja avaliado pela fonoaudiologia ou tenha condições de receber dieta VO.
- Observar nível neurológico, comportamento e riscos (queda, bronco aspiração, perda de dispositivos, flebite, lesões de pele e desnutrição).
- A Sondagem nasoentérica só poderá ser realizado, caso necessite, após 24 horas da trombólise);
- A sondagem vesical de alívio poderá ser realizada após 30 minutos do fim da trombólise venoso;
- Administrar a medicação conforme prescrição médica;
- Acompanhamento da disfagia antes de o paciente começar a comer, beber ou receber medicamentos orais para identificar risco aumentado de broncoaspiração. Se a capacidade de comer dos pacientes é limitada pela disfagia, devem começar a alimentação enteral.
- A enfermagem participa exclusivamente do acompanhamento do paciente durante toda a internação;
- Promover reabilitação juntamente aos serviços de fisioterapia e fonoaudiologia;
- Retirar o paciente da cama, realizar banho por aspersão com cadeira, o mais precoce possível;
- Acompanhar nos cuidados com a oferta de alimentação de forma segura;
- Orientar acompanhantes sobre cuidados e acompanhamento durante a internação;
- Manter cabeceira à 45°, prevenindo riscos de broncoaspiração;
- Higiene oral, no mínimo 2x ao dia;
- Atenção às peculiaridades dos pacientes: não aferir PA ou colher exames , ou puncionar acesso venoso nos membros plégicos;
- Cuidado no uso de fraldas devido ao risco de lesões de pele: Dermatite associada a incontinência (DAI), lesões por pressão e dermatites por umidade ou contato;
- Atenção às alergias;
- Caso de feridas: acompanhar, controlar a melhora/piora das lesões, com acompanhamento integral pelo grupo da COLP;
- Dar orientação de alta: explicitando cuidados com o uso de medicamentos, riscos, alimentação e observação de sinais e sintomas de novos AVC's, dando os devidos encaminhamentos.

Obs.: Algumas publicações associam hipertermia a um pior prognóstico do AVC.

	PROTOCOLO			PRO	
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL				PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:	
	26/11/2020	09/04/2021	01	12 de 22	
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS				

Sua causa mais comum são os quadros infecciosos, como broncopneumonia, infecção de trato urinário e sepsis. Mais raramente, a hipertermia pode ser secundária ao próprio AVC. Recomenda-se manter a temperatura corpórea $<37,5^{\circ}\text{C}$ utilizando medicamentos antipiréticos, como a dipirona ou o paracetamol e, nos casos refratários, cobertores térmicos.

Pacientes com AVC apresentam risco aumentado de broncoaspiração, seja por rebaixamento do nível de consciência, vômitos ou alterações motoras do palato e da orofaringe. Recomenda-se que o paciente seja mantido em jejum até que o diagnóstico seja definido e a situação neurológica estabilizada. A alimentação oral deve ser liberada apenas após uma avaliação da capacidade de deglutição.


Em princípio, os protocolos de administração subcutânea são eficientes, mais simples e com menor risco de hipoglicemia. No caso de hipoglicemia (glicemia capilar $< 70 \text{ mg/dl}$) esta deve ser corrigida através de uma infusão intravenosa de 40 ml de solução glicosada a 50%.

3.5.2 Nutrologia:

Todos os clientes que sofrem AVC apresentam risco nutricional e devem ser sinalizados pela enfermagem para a realização da avaliação nutricional, pela Nutrição Clínica. Nas primeiras 24 horas partir da sinalização é realizado a Triagem Nutricional NRS 2002, conforme FOR-SND30 e Avaliação Nutricional Subjetiva Global conforme FOR-SND-29. As condutas nutricionais e as orientações para alta hospitalar vão depender das sequelas causadas pelo AVC e do estado nutricional prévio do cliente. Durante a internação, pode ser realizada a alteração de consistência de dieta, inclusão de suplementação ou sugestão de via alimentar alternativa de forma individualizada.

3.5.3 Psicologia:

O Psicólogo será solicitado através de parecer para avaliação pela equipe Multidisciplinar ou pode ser realizada a busca ativa pelos próprios profissionais de Psicologia. (solicitação de parecer deve ser levado em consideração, os pacientes lúcidos, orientados, comunicativos– Glasgow15) - Nas primeiras 24 horas o Psicólogo poderá avaliar a capacidade cognitiva e comunicativa do paciente para a realização da avaliação comportamental. - Paciente com dificuldade de comunicação por falta de compreensão e/ou instáveis quanto ao quadro clínico, não há indicação inicial para avaliação. Nestes casos, a entrevista clínica psicológica com a família e ou pessoa de referência pelo cuidado auxiliará na coleta de dados da história de vida e o levantamento de hipóteses iniciais de possíveis problemas psicológicos anteriores a internação. Caso o paciente apresente condições no momento, o Psicólogo poderá avaliar os estágios iniciais de sintomas

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	13 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

depressivos no pós AVC, usando como instrumentos entrevista clínica psicológica com o paciente e familiares e o Questionário da Saúde do Doente/ PHQ-9 (teste simples que avalia a saúde e o estado de humor do paciente). O questionário não é um teste e nem tem objetivo de fazer diagnóstico de depressão, apenas indicar a presença de sintomas depressivos e ,diante disso, identificar a melhor forma de conduzir o tratamento com o paciente, bem como fazer encaminhamento à rede de reabilitação aos pacientes com AVC. Caso o paciente seja identificado com sintomas de depressão e/ou ansiedade, serão feitas intervenções de psicoeducação (estes receberão orientações, panfletos, fichas informativas) com informações sobre distúrbios de humor pós-AVC, endereços de sites informativos de organizações locais e nacionais sobre saúde mental. - Devido ao baixo tempo de permanência da maioria dos pacientes acometidos por AVC (5 a 8 dias em média), não é o objetivo uma avaliação diagnóstica da depressão, especialmente devido ao fato de poder coexistir diferentes anormalidades e/ou comorbidades. Diante disso, em casos onde o Psicólogo avalie a necessidade de uma investigação mais pormenorizada e haja interesse por parte do paciente e familiar, é possível realizar o encaminhamento pós alta.


Os atendimentos seguem conforme disponibilidade e interesse do paciente, visando o acompanhamento de fatores emocionais que possam interferir no andamento do tratamento. Cabe ao Psicólogo dar suporte ao paciente, família e equipe, fornecendo informações e dando apoio sobre as repercussões psicológicas voltadas ao AVC. - O Psicólogo poderá contribuir na avaliação dos médicos quanto a necessidade de uma avaliação Psiquiátrica quando necessário com objetivo de identificar distúrbios comportamentais e emocionais mais complexos, além de intensificar o tratamento do paciente quanto a intervenções farmacológicas específicas, considerando as características de cada paciente, suas comorbidades e possíveis interações medicamentosas, conforme o diagnóstico realizado Atendimento Pós-hospitalar (reabilitação). O foco do atendimento psicológico é a reintegração do paciente a vida normal, que inclui desde o desempenho de habilidades voltadas para autocuidado, como as relações sociais e a capacidade para desenvolver atividades diárias

3.5.4 Fisioterapia:

O atendimento fisioterapêutico se dará nas primeiras 24 horas a partir do acionamento e tem as seguintes metas:

- Prevenção de complicações físicas ou cognitivas secundárias;
- Redução dos déficits sensoriais, motores e cognitivos;
- Compensação e adaptação às incapacidades físicas e cognitivas;

Cópia controlada
12/11/2021

	PROTOCOLO			PRO	
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL				PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:	
	26/11/2020	09/04/2021	01	14 de 22	
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS				


- Aquisição de novos engramas neuromotores (neuroplasticidade e reaprendizado);
- Aproveitamento máximo do potencial residual das funções corpóreas (treino e aperfeiçoamento);
- Reaprendizado, mudança e reformulação também na esfera social, comportamental, familiar, estudantil e profissional;
- Independência e qualidade de vida para pacientes e familiares.
- As dificuldades na realização das atividades podem estar relacionadas à: Perda de força e alterações de tônus muscular; Alteração sensorial e/ou perceptual; Alteração do equilíbrio; Alteração da coordenação motora; Alteração da cognição; Complicação cardiorrespiratória.

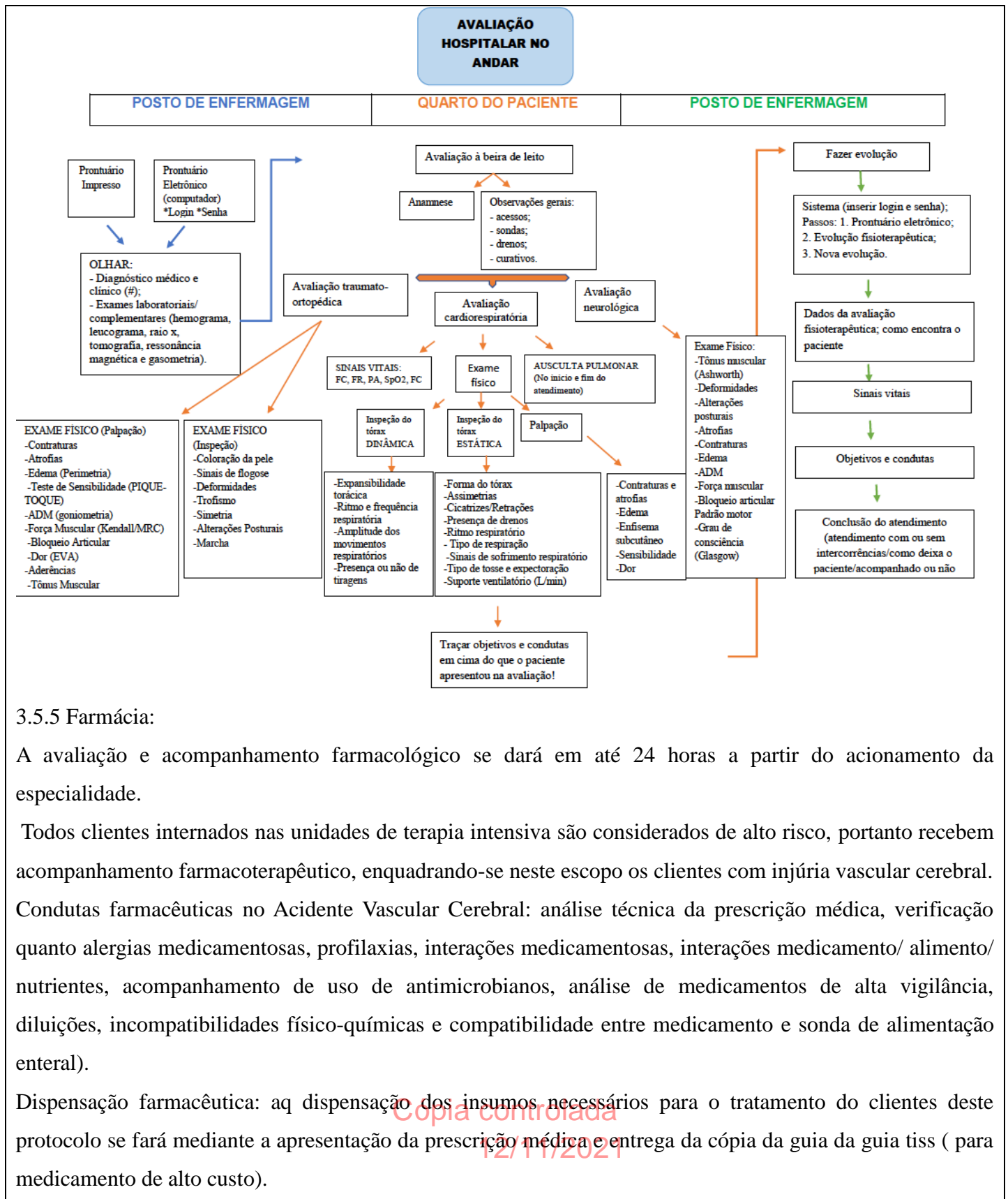
A abordagem da Fisioterapia contempla desde a mobilização no leito, mudanças posturais, transferências, locomoção e treinos funcionais. As condições de participação (nível e conteúdo cognitivo) visando o êxito do tratamento utilizam procedimentos técnicos apropriados e recursos auxiliares como: Cinesioterapia manual motora; Cinesioterapia respiratória; Bastões; Bolas terapêuticas; Prancha ortostática; “Stand-table”; Bengalas; Andadores; Muletas; Órteses; Entre outros recursos.

Protocolo de Atendimento: a equipe de Fisioterapia inicia, prontamente, a intervenção ao paciente com AVC na unidade de terapia intensiva (UTI) por meio da investigação do nível de consciência e quadro respiratório. Se necessário, a Fisioterapia respiratória já é iniciada. Caso não haja complicações respiratórias e/ou motoras o paciente seguirá em programa de visita sistemática na UTI (a cada 6 horas). Nas unidades semi-intensiva e clínica médico-cirúrgica a avaliação e tratamento seguem o padrão de visitas da unidade.

A continuidade do tratamento fisioterapêutico quanto à frequência diária e semanal, dependerá da evolução de cada paciente. O acompanhamento do paciente abrange desde os setores de pacientes graves e clínica cirúrgica até o centro de reabilitação. O treinamento e orientação aos pacientes, familiares e cuidadores, inerentes ao tratamento, como posicionamento ao leito/cadeira, uso de órteses, risco de queda, transferências, etc, fazem parte do Plano Educacional desde a internação.

Cópia controlada
12/11/2021

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	15 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			




3.5.5 Farmácia:

A avaliação e acompanhamento farmacológico se dará em até 24 horas a partir do acionamento da especialidade.

Todos clientes internados nas unidades de terapia intensiva são considerados de alto risco, portanto recebem acompanhamento farmacoterapêutico, enquadrando-se neste escopo os clientes com injúria vascular cerebral. Condutas farmacêuticas no Acidente Vascular Cerebral: análise técnica da prescrição médica, verificação quanto alergias medicamentosas, profilaxias, interações medicamentosas, interações medicamento/ alimento/ nutrientes, acompanhamento de uso de antimicrobianos, análise de medicamentos de alta vigilância, diluições, incompatibilidades físico-químicas e compatibilidade entre medicamento e sonda de alimentação enteral).

Dispensação farmacêutica: aq dispensação dos insumos necessários para o tratamento do clientes deste protocolo se fará mediante a apresentação da prescrição médica e entrega da cópia da guia da guia tiss (para medicamento de alto custo).

Cópia Controlada
12/11/2021

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	16 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

3.5.6 Fonoaudiologia:

O serviço de fonoaudiologia hospitalar será acionado pela enfermagem para todos os clientes que sofrem AVC, através do FOR-UICC-16 Check list de Bronco aspiração, que contempla a sinalização de doenças neurológicas como o AVC devendo ser atendido em até 24 horas pós acionamento.

A partir da sinalização da enfermagem, o atendimento fonoaudiológico durante a internação, bem como as orientações de alta vão depender das sequelas causadas pelo AVC e será realizado conforme descrito no PRO-FONO-01 Protocolo de Assistência Fonoaudiológica.

3.6 Tempos recomendados para o atendimento ao AVCI agudo:

- Da admissão (triagem) a avaliação médica inicial – 10 minutos;
- Da admissão (triagem) ao início do exame de neuroimagem – 30 minutos;
- Da admissão (triagem) ao resultado do exame de neuroimagem – 45 minutos;
- Da admissão (triagem) ao início do trombolítico intravenoso, se indicado – 60 minutos;
- Da admissão (triagem) ao início do tratamento endovascular, se indicado – 90 minutos;
- Da admissão (triagem) a transferência para unidade crítica, se indicado – 180 minutos;
-

3.6.1 Recomenda-se, portanto após a trombólise, o monitoramento neurológico periódico, através da Escala de AVC do NIH, sobretudo nas primeiras 24 horas da admissão:

- 15/15 minutos nas primeiras 2 horas;
- 30/30 minutos até completar 24 horas.
- Obs.: Para pacientes não submetidos ao tratamento trombolítico, a 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. Recomenda-se o monitoramento cardiovascular e pressórico não invasivo periódico, pelo menos nas primeiras 24 horas do AVCI.


Em pacientes que não receberam tratamento com alteplase IV ou endovascular e não possuem comorbidades que requeiram tratamento anti-hipertensivo agudo:

Com pressão arterial abaixo de 220/120 mmHg, iniciar ou reiniciar o tratamento da hipertensão dentro das primeiras 48-72 horas após um AVC agudo não é eficaz para prevenir a morte ou a dependência.

Com pressão arterial superior ou igual a 220/120 mmHg, o benefício de iniciar ou reiniciar o tratamento da hipertensão nas primeiras 48-72 horas é incerto.

Pacientes com AVC agudo que tenham imobilidade devem receber compressão pneumática intermitente para

Cópia controlada
12/11/2021

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	17 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

prevenir tromboembolismo venoso. Não está claro se a heparina subcutânea de dose profilática é benéfica nestes pacientes.

Para pacientes com AVCI que já estavam tomando estatinas, é razoável retomar seus medicamentos enquanto estão hospitalizados. Além disso, deve ser feita triagem para disfagia antes de o paciente começar a comer, beber ou receber medicamentos orais para identificar risco aumentado de broncoaspiração. Se a capacidade de comer dos pacientes é limitada pela disfagia, devem começar a alimentação enteral em até 72 horas.

3.7 Ataque isquêmico transitório (AIT):

Os pacientes internados com suspeita diagnóstica de AIT devem ser rapidamente investigados quanto ao seu provável mecanismo e etiologia, visando definir a melhor estratégia terapêutica de prevenção secundária.

3.8 Telemedicina:


A utilização de tecnologia em telemedicina vem se estendendo progressivamente em todo o mundo, consolidando-se como uma ferramenta muito poderosa na ampliação do acesso à assistência especializada qualificada, independente da barreira física da distância. A terapia trombolítica com suporte por telemedicina é uma realidade em diversos países e já tem experiências exitosas no Brasil, especialmente no programa de AVC do estado do Rio Grande do Sul. A telemedicina para o AVC pode ser muito útil como suporte dos Centros de referência às unidades de menor complexidade, tanto no processo de assistência, quanto na facilitação da promoção de fóruns regulares de discussão à distância e educação permanente. Pode ser utilizada como suporte para o diagnóstico e tratamento do AVC agudo para hospitais que atendam os critérios mínimos para o tratamento agudo destes pacientes, conforme disposto neste documento.

Considerando a carência de especialistas em Neurologia, com perfil para trabalhar com casos de AVC agudos, fora da região Metropolitana do estado, a implantação da telemedicina se torna uma ferramenta imprescindível para o sucesso dessa Diretriz estadual.

3.9 Critérios para alta multiprofissional por categoria profissional deve ser executada em até 24 horas pós acionamento da especialidade:


- Médicos: devem realizar as orientações de alta para todos os clientes com alta hospitalar.
- Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem: devem realizar as orientações de alta para todos os clientes com alta hospitalar.

Cópia controlada
12/11/2021

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	18 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

- **Farmacêuticos:** devem realizar as orientações de alta para os clientes com escore farmacêutico de alto risco, uso de terapia nutricional enteral, uso de insulina, uso de varfarina, uso de nutrição parenteral (NPT), uso de quimioterápicos e todos os clientes internados em unidades de terapia intensiva.
- **Nutricionistas:** devem realizar as orientações de alta para os clientes com nível assistencial nutricional secundário e terciário conforme escalas de avaliação nutricional, **descrita no PRO-SND-02.**
- **Psicólogos:** devem realizar as orientações de alta para todos os clientes internados em unidades de terapia intensiva, clientes em pós operatórios de grande porte, clientes que apresentam controle inefetivo de sintomas, clientes com reações psicossomáticas a medicamentos e/ou tratamentos, clientes com enfrentamento ineficaz da situação vivenciada e/ou dificuldade de adesão ao tratamento.
- **Fisioterapeutas:** devem ser inclusos na alta multidisciplinar todos os clientes que estão em acompanhamento fisioterapêutico, independente do grau de complexidade e idade.
- Na avaliação ao cliente, podem ser encontrados diversos graus de dificuldades motoras, neurológicas e respiratórias, variando conforme cada patologia, doenças prévias, comorbidades e idade. Após esses achados, a alta multidisciplinar baseada nas dificuldades individuais deve ser iniciada imediatamente pelo profissional assistente, de acordo com as necessidades encontradas.
- As orientações para os pacientes menores de 18 anos, ou com algum grau de alteração cognitiva que interfira em seu entendimento deve ser realizada aos responsáveis legais. Elas podem ser feitas de forma verbal, escrita e /ou ilustrada. O acompanhamento diário de sua evolução clínica, bem como orientações prestadas devem ser documentadas em seu registro, para que os demais profissionais tenham acesso a essas informações.
- **Fonoaudiólogos:** devem realizar as orientações de alta para todos os clientes com Escala Funcional de Ingestão Oral (FOIS) entre 1 e 6 pontos, descrita no ANX-FONO-01.
- **Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar:** devem realizar as orientações de alta para todos os clientes com convênio círculo, que recebam alta domiciliar em acompanhamento da equipe de atendimento domiciliar em sua residência.

Cópia controlada
12/11/2021

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	19 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

4. INDICADORES:

Taxa de adesão ao Protocolo de AVC (Indicador de medição).

Número de angiotomografias de crânio+ Carótidas com diagnóstico de AVC/pelo n° de pacientes elegíveis(delta T menor que 3 horas) x100;

Tempo Resposta (indicador de acompanhamento).

Análise da efetividade no tempo de avaliação médica+ efetividade no tempo Porta Tomografia+ efetividade no tempo de avaliação neurológica/ pelo número de clientes elegíveisx100;

Taxa de Mortalidade (indicador de acompanhamento).


Número de óbitos/números de pacientes elegíveis x 100.

Taxa de adesão a orientação de alta (indicador de acompanhamento).

Número de respostas positivas do questionário/ n° de altas melhoradas x 100.

5. REFERÊNCIAS:

1. Pontes-Neto O, Oliveira-Filho J, et al – Comitê Executivo da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares e Departamento Científico de Doenças Cerebrovasculares da Academia Brasileira de Neurologia. Diretrizes para o manejo de pacientes com hemorragia intraparenquimatosa cerebral espontânea. Arq Neuropsiquiatr 2009;67(3- B):940-950. Flaherty ML, Haverbusch M, Sekar P, et al. Long-term mortality after intracerebral hemorrhage. Neurology 2006;66:1182-1186.
2. Qureshi AI, Tuhim S, Broderick JP, Batjer HH, Hondo H, Hanley DF. Spontaneous intracerebral haemorrhage. N Engl J Med 2001;344:1450-1460.
3. Morgenstern LB, Hemphill III JC, et al. American Heart Association Stroke Council and Council on Cardiovascular Nursing. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. Stroke 2010;41:2108-2129.
4. Caplan LR. Acute stroke: seeing the full picture. Hosp Pract (Minneap) 2000;35:65-71.
5. Goldstein LB, Simel DL. Is this patient having a stroke? JAMA. 2005;293:2391– 2402.
6. Weir CJ, Murray GD, Adams FG, Muir KW, Grosset DG, Lees KR. Poor accuracy of stroke scoring systems for differential clinical diagnosis of intracranial haemorrhage and infarction. Lancet 1994;344:999-1002.
7. BRASIL. Portaria nº 664, de 12 de abril de 2012;
8. BRASIL. Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012;
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Rotinas no AVC: pré-hospitalar e hospitalar. Brasília: MS, 2012;
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada;

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	20 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

Coordenação Geral de Urgência e Emergência. Programa nacional de atendimento à doença vascular aguda. Brasília: MS, 2009;

11. Massaro, Ayrton Roberto et al. Diretrizes do Hospital Sírio e Libanês: abordagem diagnóstica e terapêutica do acidente vascular cerebral isquêmico agudo. São Paulo: HSL, 2006;

12. Powers WJ, Derdeyn CP, Biller J, Coffey CS, Hoh BL, Jauch EC, Johnston KC, Johnston SC, Khalessi AA, Kidwell CS, Meschia JF, Ovbiagele B, Yavagal DR; American Heart Association Stroke Council. 2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015 Oct;46(10):3020-35. doi: 10.1161/STR.0000000000000074. Epub 2015 Jun 29.

13. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares: primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral. Arq Neuropsiquiatr, 2001;59:972-980.

14. Alberts MJ, Hademenos GH, Latchaw RE, et al – Recommendations for the establishment of primary stroke centers. JAMA, 2000; 283:3102-3109.

15. Hanley DF – Review of critical care and emergency approaches to stroke. Stroke, 2003; 34:362-364.

16. Stroke. In: 2005 International consensus conference on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. Circulation, 2005; 112(22 supl):III 110-114.

17. Gropen TJ, Gagliano PJ, Blake CA, et al – Quality improvement in acute stroke. Neurology, 2006; 67:88-93.

18. Citerio G, Galli D, Pesent A, et al – Early stroke care in Italy – a steep way ahead : an observational study.

19. Emerg Med J, 2006; 23:608-611.

20. Adams Jr HP, Crowel RM, Furlan AJ, et al – Guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke. A statement for healthcare professionals from Special Writing Group of the Stroke Council. American Heart Association. Stroke, 1994; 25:1901-1914.


21. Mendelow AD – Mechanisms of ischemic brain damage with intracerebral hemorrhage. Stroke, 1993; 24(Suppl1):I115-I117.

22. Bonita R – Epidemiology of stroke. Lancet, 1992; 339:342-344.


23. Goldstein LB, Simel DL – Is this patient having a stroke? JAMA, 2005; 293:2391- 2402.

24. Broderick JP, Adams HP, Barsan W, ET AL – Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. Stroke, 1999; 30:905-915.

Cópia controlada
12/11/2021

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	21 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

25. Schwamm LH, Pancioli A, Acker JE, et al – Recommendations for the establishment of stroke systems of care, Stroke, 2005; 36:1-14.
26. Kidwell CS, Saver JL, Schubert GB, et al – Design and retrospective analysis of the Los Angeles Prehospital Stroke Screen. Prehosp Emerg Care, 1998; 2:267- 273.
27. 19. Kidwell CS, Starkman S, Eckstein M. Identifying stroke en the field: prospective validation of the Los Angeles Prehospital Stroke Screen. Stroke, 2000; 31:71-76.
28. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rt-PA Stroke Study Group. Tissue Plasminogen activator for acute ischemic stroke. N Engl J Med, 1995; 333:1581-1587.
29. CORBIN-LEWIS, K.; LISS, J. M.; SCIORTINO, K. L. Anatomia Clínica e fisiologia do mecanismo de deglutição. São Paulo: Cengage Learning, 2009.
30. DANIELS, S. K.; HUCKABEE, M. L. Dysphagia following stroke. San Diego: Plural Publishing, 2008.
31. MILLER EL, et al. On behalf of the American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and the Stroke Council. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. Stroke v. 41p.2402–2448, 2010.
32. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde- Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral, Brasília, 2013.
33. PROFISIO -Programa de Atualização em Fisioterapia Neurofuncional: Ciclo 5/organizado pela Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional (ABRAFIN):organizadoras, Cristiane Souza Nascimento Baez Garcia, Lívia Dumont Facchinetti.- Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2018.
34. SAMPAIO RF, MANCINI MC. Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Rev. bras. fisioter. v 11 n. 1,p.83-89,2007.
35. TERRANOVA T, et al., Chronic Cerebral Vascular Accident: rehabilitation. Acta Fisiatr. Apr; v.19,n.2, p:50-9, 2012.
36. WILLIAM J. POWERS, et al., Guidelines for Management of Acute Ischemic Stroke. Stroke, 2018.
37. SACCO R. et al., An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American heart association/ American stroke association. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals fr. Stroke WINSTEIN et al.Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery A Guideline forHealthcare Professionals From the American Heart Association/American StrokeAssociation. Stroke, 2016. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. R.Burgos et al. Clinical Nutrition 37 354e396; 2018.

	PROTOCOLO			PRO
	PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL			PRO-UUE-09
	Data de Emissão:	Data da Revisão:	Número da Revisão:	Página:
	26/11/2020	09/04/2021	01	22 de 22
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

38. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Associação Brasileira de Nutrologia. Projeto Diretrizes. Terapia Nutricional: Administração e Monitoramento São Paulo: Associação Médica Brasileira; Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2011.

39. Guidelines for Acute Ischemic Stroke treatment – Parte II: Stroke treatment. Arq Neuropsiquiatr 70(11):885-893; 2012.

40. Diretriz de Acidente Vascular Cerebral Albert Einstein 2017.

41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

42. <https://farmaciacidada.es.gov.br/dietas-e-formulas-nutricionais>.

43. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica n.28 volume I. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

44. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica n.28 volume II. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

45. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

46. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Patients with Stroke. Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning. Guideline 64. Novembro de 2002. Disponível em: URL: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/64/index.html>

47. Royal College of Physicians. National clinical guidelines for stroke. 2nd ed. Prepared by the Intercollegiate Working Party for Stroke. London: RCP; 2004. Disponível em: URL:

5. FORMULÁRIOS:

FOR-UUE-58 ACOMPANHAMENTO/ABERTURA DE PROTOCOLO PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

6. ANEXOS:

ANX-UUE-20 ALGORÍTIMO PARA ATENDIMENTO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

ANX-UUE-20 SINAIS DE ALERTA PARA ABERTURA DE PROTOCOLO PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Cópia controlada
12/11/2021