	PROTOCOLO			PRO
	<b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>			<b>PRO-UUE-09</b>
	Data de Emissão: <b>26/11/2020</b>	Data da Revisão: <b>22/10/2025</b>	Número da Revisão: <b>07</b>	Página: <b>1 de 15</b>
APLICAÇÃO:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

## 1. OBJETIVO

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

## 2. DEFINIÇÕES

**ACM:** Artéria Cerebral Média

**AVC:** Acidente Vascular Cerebral

**AVCI:** Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

**AVCH:** Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

**EV:** endovenosa

**NIHSS:** É um instrumento que tem como objetivo avaliar os déficits neurológicos relacionados com o Acidente Vascular

**PRO:** Protocolo

**Score de Rankin:** A escala de Rankin tem como objetivo mensurar o grau de incapacidade e de dependência de pacientes que foram acometidos por AVC.

**SE:** Sala de emergência

**TM:** Trombectomia mecânica

**UUE:** Unidade de Urgência e Emergência


**UTI:** Unidade de Terapia Intensiva

**Wake-up Stroke:** é o termo utilizado para descrever o AVC isquêmico que é identificado quando o paciente acorda com sintomas neurológicos, sem que seja possível determinar o horário exato do início do evento.

## 3. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

### 3.1 Gerenciamento de Riscos:

Riscos	Barreiras
Falhas na identificação precoce de clientes com AVC	Capacitação de toda equipe interdisciplinar para identificação de sinais e sintomas e abertura do formulário de acompanhamento ao PRO de AVC.
Atraso na realização dos exames de imagem	Plano de contingência para execução do exame externo quando necessário.

	PROTOCOLO			PRO
	<b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>			<b>PRO-UUE-09</b>
	Data de Emissão: <b>26/11/2020</b>	Data da Revisão: <b>22/10/2025</b>	Número da Revisão: <b>07</b>	Página: <b>2 de 15</b>
APLICAÇÃO:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			


Atraso para avaliação e definição de conduta	Neurocirurgião disponível 24 horas para avaliação das imagens e definição da conduta; Diante da indicação do uso do trombolítico, equipes da UUE qualificadas à administração da alteplase no menor tempo possível, independente da disponibilidade ou não de leito de UTI.
Empregabilidade de Terapia inadequada	Formulário de acompanhamento ao PRO de AVC, FOR-UUE-58, Construído em um layout intuitivo e elucidativo que oportuniza o descarte da terapia diante de contraindicações.

### 3.2 Suspeita clínica:

- A suspeita clínica de AVC deve se fundamentar na identificação de um paciente com sinais de alerta para a suspeita de AVC. Estes sinais incluem:
  - Quaisquer déficits neurológicos de início súbito (menos de 24 horas), especialmente os localizados;
  - Fraqueza muscular súbita ou alteração sensitiva súbita unilaterais (Paresia);
  - Dificuldade repentina para falar ou compreender;
  - Perda visual súbita, especialmente se unilateral;
  - Perda súbita do equilíbrio ou incoordenação motora;
  - Alteração do sensorio súbita;
  - Cefaleia súbita.
- Para aumentar a acurácia da suspeita diagnóstica, deve-se utilizar a escala de Cincinnati, conforme estabelecido no ANX-UUE-21 – Sinais de Alerta para Abertura de Protocolo para Acidente Vascular Cerebral.

#### 3.2.1 Conduta para Wake-up stroke:

##### 3.2.1.1 Trombólise intravenosa:

	PROTOCOLO			PRO
	<b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>			<b>PRO-UUE-09</b>
	Data de Emissão: <b>26/11/2020</b>	Data da Revisão: <b>22/10/2025</b>	Número da Revisão: <b>07</b>	Página: <b>3 de 15</b>
APLICAÇÃO:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

A trombólise pode ser realizada nos seguintes casos (diretrizes ESO 2021):

- Pacientes que apresentam “mismatch DWI/FLAIR”;
  - O mismatch DWI/FLAIR ocorre quando a sequência DWI é positiva (mostra a isquemia) e a FLAIR é negativa (ainda não mostra alterações na mesma região). Este padrão sugere que o AVC é recente (provavelmente < 4,5 horas);
- Descompasso de perfusão de TC/RM dentro de 9 horas a partir do ponto médio do sono.

### 3.2.1.2 Recanalização mecânica:

A trombectomia é eficaz para oclusões de vasos médios e grandes e pode ser realizada:

- Dentro de 7 horas e 18 minutos com base apenas no NCCT (usando o ponto médio estimado do sono);
- Dentro de 24 horas em pacientes selecionados por imagem penumbral avançada.


#### 3.2.1.2.1 Pacientes não elegíveis para recanalização

- Prevenção secundária padrão com antiplaquetários ou anticoagulação, dependendo da etiologia do AVC + gestão dos fatores de risco vasculares

## 3.3 Fluxo de atendimento:

### 3.3.1 Abertura do Protocolo de AVC:

- A abertura do protocolo decorre durante a triagem no Pronto Atendimento, atendimento assistencial ou internação;
- No Pronto Atendimento, o totem de retirada de senhas dispõe da opção 'derrame', a qual direciona o indivíduo para atendimento prioritário;
- No caso de haver qualquer um dos sinais de alerta, deve-se levar a suspeita de AVC e o paciente deve ser submetido imediatamente a uma avaliação médica de emergência;
- Na suspeita de AVCi ou AVCh, deve ser iniciado protocolo institucional de AVC;
- Para clientes encontrados desacordados, o horário de início dos sintomas deve correlacionar o último horário em que o paciente foi visto normal pela última vez;
- Pacientes, cuja suspeita de AVC ocorrer na UICC, devem ser imediatamente avaliados pelo médico hospitalista, se entre 08h e 18h, ou acionado o médico da UUE nos demais horários. O médico se

	PROTOCOLO			PRO
	<b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>			<b>PRO-UUE-09</b>
	Data de Emissão: <b>26/11/2020</b>	Data da Revisão: <b>22/10/2025</b>	Número da Revisão: <b>07</b>	Página: <b>4 de 15</b>
APLICAÇÃO:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

deslocará imediatamente para o local onde o paciente se encontra e, confirmando a suspeita de AVC, deve realizar a abertura do protocolo de AVC;


- Pacientes, cuja suspeita de AVC ocorrer na UTI, devem ser imediatamente avaliados pelo médico intensivista, na própria UTI. Este, confirmando a suspeita de AVC, deve realizar a abertura do protocolo de AVC.
- O processo de abertura deve ser realizado via sistema Tasy, por qualquer membro da equipe multidisciplinar, através da aba Protocolos Assistenciais, no prontuário do paciente.

### 3.4 Atendimento inicial do AVC:

<b>Enfermagem</b>	<p>Realizar a abertura do protocolo no sistema Tasy;</p> <p>Aplicar a escala de Cincinnati;</p> <p>Posicionar adequadamente o paciente (em posição supina horizontal);</p> <p>Verificar os sinais vitais;</p> <p>Instalar a monitorização cardíaca não invasiva;</p> <p>Monitorar a glicemia capilar (manter entre 140-180mg/dl e evitar hipoglicemia)</p> <p>Monitorar a saturação de oxigênio;</p> <p>Obter acesso venoso periférico imediatamente;</p> <p>Realizar avaliações seriadas do estado neurológico.</p>
<b>Médico</b>	<p>Dar continuidade no protocolo;</p> <p>Verificar o horário do início do(s) Déficit(s);</p> <p>Íctus &lt; 4.5 horas;</p> <p>Aplicar o NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale).</p> <p>Solicitar exames de imagem (TC de Crânio + AngioTC de crânio e carótidas);</p> <p>Solicitar exames laboratoriais (hemograma, plaquetas, sódio, potássio, ureia, creatinina, KTTTP, TP, troponina)</p> <p>Solicitar leito de UTI.</p>

#### 3.4.1 Exames de imagem:

- No atendimento de um paciente com suspeita de AVC é obrigatória a realização de um exame de neuroimagem cujo objetivo é descartar a presença de lesões cerebrais de causa não vascular que se

	PROTOCOLO			PRO
	<b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>			<b>PRO-UUE-09</b>
	Data de Emissão: <b>26/11/2020</b>	Data da Revisão: <b>22/10/2025</b>	Número da Revisão: <b>07</b>	Página: <b>5 de 15</b>
APLICAÇÃO:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

colocam como diagnósticos diferenciais (tumores, abscessos etc.) e, na presença de lesões cerebrais de causa vascular, permitir a diferenciação entre quadros isquêmicos (AVCI) e hemorrágicos (AVCH);


- Os exames padronizados na Instituição e já associados ao protocolo são: TC de Crânio + AngioTC de crânio e carótidas;
- Diante da abertura do protocolo de AVC, o exame diagnóstico deve ser executado em no máximo 20 minutos e o resultado da imagem deve ser informado verbalmente pelo radiologista imediatamente após o final do exame.

### 3.4.2 Exames laboratoriais:

- Estão incluídos a coleta dos exames laboratoriais abaixo:
  - Hemograma completo;
  - Troponina;
  - Tempo de protrombina;
  - Tempo de tromboplastina parcial ativado (KTP)
  - Creatinina;
  - Uréia;
  - Sódio;
  - Potássio.
- Os exames já estão inclusos na sugestão de prescrição padrão de paciente com suspeita de AVC, e devidamente sinalizados na observação como sendo do protocolo AVC;
- **IMPORTANTE:** o resultado do exame laboratorial não é obrigatório para a decisão do tratamento trombolítico intravenoso, salvo em pacientes com suspeita de coagulopatias, discrasias sanguíneas, uso de anticoagulantes ou quaisquer comorbidades que alterem fatores de coagulação.

### 3.5 Tempos máximos para o atendimento:

- Da admissão (triagem) a avaliação médica inicial – 10 minutos;
- Da admissão (triagem) ao início do exame de neuroimagem – 20 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;

	PROTOCOLO			PRO
	<b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>			<b>PRO-UUE-09</b>
	Data de Emissão: <b>26/11/2020</b>	Data da Revisão: <b>22/10/2025</b>	Número da Revisão: <b>07</b>	Página: <b>6 de 15</b>
APLICAÇÃO:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

- Da admissão (triagem) a transferência para unidade crítica, se indicado – 180 minutos.

### 3.6 Acidente Vascular Cerebral Agudo:

O tratamento efetivo imediato para AVC agudo pode incluir a administração de alteplase intravenosa, que deve ser administrada em até 04h30min após o início dos sintomas, e/ou a trombectomia mecânica, que pode ser realizada em até 24 horas.

#### 3.6.1 Trombólise venosa (alteplase):

##### 3.6.1.1 Critérios de elegibilidade para aplicação:

- Tempo de evolução até 270 minutos (para pacientes que não apresentam tempo de evolução bem documentado, o mesmo deve ser estimado a partir do último horário em que o paciente foi visto normal);
- AngioTC computadorizada do crânio sem evidência de hemorragia sem hipodensidade > 1/3 ACM (artéria cerebral média);
- Idade  $\geq 18$  anos.

##### 3.6.1.2 Critérios de exclusão para trombólise venosa:

- Uso de anticoagulantes orais com tempo de protrombina (TP) >15s (RNI>1,7);
- Uso de heparina nas últimas 4 horas com TTPa elevado;
- Plaquetopenia <100.000/mm<sup>3</sup>;
- História pregressa de hemorragia intracraniana, malformação vascular ou aneurisma cerebral;
- AVC isquêmico, infarto agudo do miocárdio ou traumatismo cranioencefálico grave nos últimos 3 meses;
- Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo nos últimos 14 dias;
- Suspeita clínica de hemorragia subaracnóide ou dissecação aguda de aorta;
- Punção arterial em local não compressível na última semana;
- PA sistólica  $\geq 185$  mmHg ou PA diastólica  $\geq 110$  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;
- Hemorragia gastrointestinal nos últimos 21 dias, ou história de varizes esofágicas;
- Evidência de pericardite ativa, endocardite, êmbolo séptico ou gravidez;

	PROTOCOLO			PRO
	<b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>			<b>PRO-UUE-09</b>
	Data de Emissão: <b>26/11/2020</b>	Data da Revisão: <b>22/10/2025</b>	Número da Revisão: <b>07</b>	Página: <b>7 de 15</b>
APLICAÇÃO:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

- **IMPORTANTE:** 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 diabetes mellitus.

#### 3.6.1.3 Não são considerados critérios de exclusão:


- Crise convulsiva no íctus – rt-PA pode ser administrado em pacientes sabidamente epiléticos, que nunca apresentaram paralisia de Todd e que a história não sugira HSA;
- NIHSS < 04 – passa a ser considerado NIHSS < 02 (exceto para AFASIA que sempre deve ser tratado);
- Melhora do déficit – rt-PA estará indicado enquanto NIHSS > 01;
- Aneurisma cerebral – rt-PA pode ser administrado em pacientes com história de aneurisma cerebral não roto e menor que 10 mm de diâmetro;
- Câncer – rt-PA pode ser administrado em pacientes com câncer e sem evidência de sangramentos espontâneos atuais e com mRS basal < 04;
- Demência – rt-PA pode ser administrado em pacientes não acamados e com mRS basal < 04;
- Meningiomas – rt-PA pode ser administrado em pacientes com meningioma;
- Sangramentos gastrointestinais (SGI) – rt-PA pode 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 pode 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.

#### 3.6.1.4 Administração do rt-PA (alteplase):

- A dose de alteplase é calculada em 0,9 mg/kg de peso corporal, com uma dose máxima de 90 mg;
- 10% da dose é administrada como um bolus intravenoso durante um minuto e o restante é infundido durante uma hora (60 minutos);
- Deve-se utilizar vasos da extremidade superior e não correr em Y com nenhuma outra medicação;
- A alteplase deve ser preparada conforme descrito no Guia Farmacêutico padronizado na Instituição.

#### 3.6.1.5 Cuidados após o uso do rt-PA (alteplase):

- Não utilizar antitrombóticos, antiagregantes e heparina nas próximas 24 horas pós-trombolítico;
- Realizar o controle neurológico rigoroso, através da escala de Glasgow;
- Monitorização cardíaca e pressórica (monitore PA a cada 15 min nas duas primeiras horas; a cada

	PROTOCOLO			PRO
	<b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>			<b>PRO-UUE-09</b>
	Data de Emissão: <b>26/11/2020</b>	Data da Revisão: <b>22/10/2025</b>	Número da Revisão: <b>07</b>	Página: <b>8 de 15</b>
APLICAÇÃO:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

30 minutos da terceira a oitava hora; e a cada 1 hora da nona até 24 horas do início do tratamento, atentando para valores  $\geq$  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/nasointestinal) nas primeiras 24 horas.

#### 3.6.1.6 Suspeita de complicação hemorrágica após o rt-PA (alteplase):

- Em caso de piora do déficit neurológico ou nível de consciência, cefaleia súbita, náuseas ou vômitos:
  - Descontinuar rt-PA (alteplase);
  - TC de crânio urgente;
  - 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).


#### 3.6.1.7 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).

#### 3.6.2 Trombectomia mecânica no AVCi:

##### 3.6.2.1 Critérios de inclusão:




	PROTOCOLO			PRO
	<b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>			<b>PRO-UUE-09</b>
	Data de Emissão: <b>26/11/2020</b>	Data da Revisão: <b>22/10/2025</b>	Número da Revisão: <b>07</b>	Página: <b>9 de 15</b>
APLICAÇÃO:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

- Íctus < 06 horas (para que a punção arterial seja feita < 08 horas);
- Idade > 18 anos;
- NIHSS maior ou igual a 08;
- Pontuação 0-1 na Escala de Ranking modificada (mRS) pré-AVC;
- Com ASPECTS 06 na TC de crânio;
- Com hipodensidade < 1/3 ACM OU;
- Com sinais indiretos de isquemia < 1/3 ACM.

### 3.6.2.2 Metodologia da trombectomia:

- O início do tratamento deve ser realizado dentro de 02 horas após a **admissão** 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;
- Utilizar Dispositivos: solitaire, penumbra, trevo;
- Se o dispositivo falhar depois de um máximo de seis passagens por vaso, nenhuma outra terapia de

	PROTOCOLO			PRO
	<b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>			<b>PRO-UUE-09</b>
	Data de Emissão: <b>26/11/2020</b>	Data da Revisão: <b>22/10/2025</b>	Número da Revisão: <b>07</b>	Página: <b>10 de 15</b>
APLICAÇÃO:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			


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 devidamente monitorizado, durante o deslocamento ao Centro Cirúrgico;
- Deve ser registrado 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 deve ser transferido para leito de UTI. Na impossibilidade de vaga, será transferido para Sala de Emergência, dependendo da estabilidade hemodinâmica dele. Neste trajeto, deve ser acompanhado pelo anestesista.

### 3.7 Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCh):

#### 3.7.1 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, com uso de

	PROTOCOLO			PRO
	<b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>			<b>PRO-UUE-09</b>
	Data de Emissão: <b>26/11/2020</b>	Data da Revisão: <b>22/10/2025</b>	Número da Revisão: <b>07</b>	Página: <b>11 de 15</b>
APLICAÇÃO:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

nitroprussiato EV;

- Manter a monitorização da PA de 5 em 5 min., com alvo de PAS máxima de 140 mmHg dentro de 180 minutos;
- Deve-se ser evitada uma redução da PAS para níveis <140 mmHg, pelo risco de pior prognóstico.

### 3.7.2 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.

### 3.7.3 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.

### 3.7.4 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.


### 3.7.5 Prevenção de trombose venosa profunda:

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

	PROTOCOLO			PRO
	<b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>			<b>PRO-UUE-09</b>
	Data de Emissão: <b>26/11/2020</b>	Data da Revisão: <b>22/10/2025</b>	Número da Revisão: <b>07</b>	Página: <b>12 de 15</b>
APLICAÇÃO:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

### 3.8 Atuação da Equipe Multidisciplinar:

<b>Nutrição</b>	Todos os clientes que sofrem AVC devem ser avaliados e acompanhados pela Nutrição Clínica. As condutas nutricionais e as orientações para alta hospitalar vão depender das sequelas causadas pelo AVC e do estado nutricional prévio do cliente.
<b>Psicologia</b>	A Psicologia Hospitalar tem como função central o acolhimento e o suporte emocional durante a internação hospitalar. Assim, sempre que houver possibilidade clínica e condições cognitivas do paciente, o atendimento será direcionado a ele, com foco no apoio emocional, no enfrentamento da doença e no fortalecimento dos recursos internos para o processo de recuperação. O acolhimento e o suporte também poderão ser ofertados à família, principalmente em situações que o atendimento ao paciente se torne inviável devido suas condições clínicas. O atendimento psicológico ocorrerá durante a internação e a frequência será avaliada conforme a demanda.
<b>Fisioterapia</b>	O atendimento deve ser realizado nas primeiras 24 horas a partir do acionamento. A abordagem contempla a mobilização no leito, mudanças posturais, transferências, locomoção e treinos funcionais.  A frequência do tratamento fisioterapêutico dependerá da evolução de cada paciente. 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.
<b>Farmácia</b>	A avaliação e acompanhamento farmacoterapêutico deve ser realizado em até 24 horas.  Priorizar o atendimento rápido e imediato na dispensação dos medicamentos solicitados no protocolo.  Manter margem de estoque seguro de alteplase, aspirina e clopidogrel.
<b>Fonoaudiologia</b>	O serviço de fonoaudiologia deve realizar o atendimento ao paciente em até 24 horas após acionamento pela equipe multidisciplinar. O processo envolve avaliação, reabilitação da fala, linguagem e deglutição, além de auxiliar na

	PROTOCOLO			PRO
	<b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>			<b>PRO-UUE-09</b>
	Data de Emissão: <b>26/11/2020</b>	Data da Revisão: <b>22/10/2025</b>	Número da Revisão: <b>07</b>	Página: <b>13 de 15</b>
APLICAÇÃO:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

	recuperação da simetria facial, prevenindo complicações nutricionais e respiratórias, visando minimizar sequelas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. O atendimento durante a internação, bem como as orientações de alta vão depender das sequelas causadas pelo AVC e deve ser realizado conforme descrito no PRO-FONO-01 Protocolo de Assistência Fonoaudiológica.
--	--

- Para auxiliar o paciente no processo de alta hospitalar, deverá ser entregue a cartilha elaborada pela equipe multidisciplinar, contendo as orientações para o cuidado pós-alta.

#### 4. INDICADORES

Taxa de Assertividade na aplicação da escala NIHSS

Taxa de Mortalidade por AVC

Tempo médio porta-imagem

Tempo médio porta trombólise/trombectomia venosa para protocolo de AVC

Taxa de Efetividade Farmacológica

Taxa de Adesão as Orientações de Alta Hospitalar em AVC

Monitoramento através da plataforma Upflux.

#### 5. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES


BRASIL. Portaria nº 664, de 12 de abril de 2012;

BRASIL. Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012;

BRASIL. Ministério da Saúde. Rotinas no AVC: pré-hospitalar e hospitalar. Brasília: MS, 2012;

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.

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.

	PROTOCOLO			PRO
	<b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>			<b>PRO-UUE-09</b>
	Data de Emissão: <b>26/11/2020</b>	Data da Revisão: <b>22/10/2025</b>	Número da Revisão: <b>07</b>	Página: <b>14 de 15</b>
APLICAÇÃO:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

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.

PROFISIO -Programa de Atualização em Fisioterapia Neurofuncional: Ciclo 5/organizado pela Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional (ABRAFIN):organizadoras, Cristiane Souza Nascimento Baez Garcia, Livia Dumont Facchinetti. - Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2018.

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.

BRASIL. Portaria nº 664, de 12 de abril de 2012;

BRASIL. Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012;

BRASIL. Ministério da Saúde. Rotinas no AVC: pré-hospitalar e hospitalar. Brasília: MS, 2012;

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.

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.

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.

PROFISIO -Programa de Atualização em Fisioterapia Neurofuncional: Ciclo 5/organizado pela Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional (ABRAFIN):organizadoras, Cristiane Souza Nascimento Baez Garcia, Livia Dumont Facchinetti. - Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2018.

TERRANOVA T, et al., Chronic Cerebral Vascular Accident: rehabilitation. Acta Fisiatr. Apr; v.19, n.2, p:50-9, 2012.

WILLIAM J. POWERS, et al., Guidelines for Management of Acute Ischemic Stroke. Stroke, 2018.

	PROTOCOLO			PRO
	<b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b>			<b>PRO-UUE-09</b>
	Data de Emissão: <b>26/11/2020</b>	Data da Revisão: <b>22/10/2025</b>	Número da Revisão: <b>07</b>	Página: <b>15 de 15</b>
APLICAÇÃO:	<b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>			

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 for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 2016. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. R. Burgos et al. Clinical Nutrition 37 354e396; 2018.

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.

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

Diretriz de Acidente Vascular Cerebral Albert Einstein 2017.

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.

PRO-UTIA-04-Protocolo de profilaxia do tromboembolismo venoso.

PRO-FON-01-Protocolo de Assistência Fonoaudiológica.

PRO-EMTN-01-Protocolo de Terapia Nutrição Enteral

## 6. REGISTROS

ANX-FON-02-Escala funcional de ingestão por via oral (FOIS)

ANX-UUE-21-Sinais de Alerta para Abertura De Protocolo Para Acidente Vascular Cerebral

FOR-UUE-58-Acompanhamento/abertura de protocolo para Acidente Vascular Cerebral

FOR-UICC-16-Check list de Broncoaspiração

FOR-FON-03-Protocolo Fonoudiológico para o risco de disfagia