

|   |   |                                       |                                 |                           |
|---|---|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  | PROTOCOLO                               |                                       |                                 | PRO                       |
|   | PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL |                                       |                                 | PRO-UUE-09                |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>   | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>1 de 23</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                       |                                       |                                 |                           |

## 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 deficit 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

## 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.   |
| Atraso para avaliação e definição de conduta        | Neuro cirurgião disponível 24 horas para  |

|   |   |                                       |                                 |                           |
|---|---|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  | PROTOCOLO                               |                                       |                                 | PRO                       |
|   | PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL |                                       |                                 | PRO-UUE-09                |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>   | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>2 de 23</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                       |                                       |                                 |                           |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
|                                       | avaliação das imagens e definição da conduta;<br>Diante da indicação do uso do trombolítico, equipes da UUE qualificadas a administração da alteasse 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,<br>Construído em um layout intuitivo e elucidativo que oportuniza o descarte da terapia diante de contraindicações.  |

### 3.2 Avaliação e fluxo de atendimento:

O atendimento inicial consiste na identificação precoce por meios de serviços de remoção, acolhimento ou triagem intra-hospitalar, aos quais devem verificar-se o paciente apresenta ao menos um déficit focal de instalação súbita conforme ANX-UUE-21-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.

#### 3.2.1 Abertura de protocolo para suspeita de AVC:

A abertura do PRO decorre durante a triagem, atendimento assistencial ou internação após aplicação da escala Cincinnati, diante de um ou mais sintomas, cujo início tenha sido inferior à 24 horas. 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.

O processo de abertura culmina ao preenchimento do FOR-UUE-58 (Acompanhamento/abertura de protocolo para acidente vascular cerebral) a ser preenchido por qualquer membro da equipe interdisciplinar. O qual associa o desencadeamento de um processo sistêmico com tempos preestabelecidos, o qual

|   |   |                                       |                                 |                           |
|---|---|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  | PROTOCOLO                               |                                       |                                 | PRO                       |
|   | PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL |                                       |                                 | PRO-UUE-09                |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>   | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>3 de 23</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                       |                                       |                                 |                           |

vislumbra a efetividade assistencial e a intervenção terapêutica para mitigação de riscos ou cura de sintomas decorrentes do processo de isquemia.

### 3.3 Manejo inicial do AVC:

| Tabela 1: Escala Cincinati |  |                                     |  |
|----------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Sintoma                    | Teste  | Normal                              | Anormal                                    |
| Desvio de Comissura        | Pedir para o paciente sorrir                               | Sem presença de desvio de comissura | Um lado da boca move-se e outro não        |
| Perda de Força             | Pedir para o paciente fechar os olhos e estender os braços | Ambos os braços sustentados         | Braço fica em altura diferente um do outro |
| Fala anormal               | Pedir para o paciente repetir uma frase                    | Pronunciar a frase corretamente     | Pronúncia de palavras com dificuldade      |

Kothari RU, Pancioli A, Liu T, et al - Cincinati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity. Annals of Emergency Medicine, 1999; 33:373-378.

- Verificar o horário do início do(s) Déficit(s);
- Íctus < 4.5 horas;
- Aplicar o NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale).
- Solicitar Angio TC de crânio e carótidas, HGT, ECG, Hemograma, Plaquetas, Sódio, Potássio, Ureia, Creatinina, KTTTP, TP, Troponina.

**Importante:** Nenhum deles deve atrasar o uso de trombolítico quando indicado.


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

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
- Persistência do déficit 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.

#### 3.3.2 Critérios de exclusão:

- Uso de anticoagulantes orais com tempo de protrombina (TP) >15s (RNI>1,7);

|   |   |                                       |                                 |                           |
|---|---|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  | PROTOCOLO                               |                                       |                                 | PRO                       |
|   | PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL |                                       |                                 | PRO-UUE-09                |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>   | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>4 de 23</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                       |                                       |                                 |                           |

- Uso de heparina nas últimas 4 horas com TTPa elevado;
- AVC isquêmico ou traumatismo cranioencefálico grave nos últimos 3 meses;
- História pregressa de hemorragia intracraniana, malformação vascular ou aneurisma cerebral;
- 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;
- 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 diabetes mellitus.

### 3.3.3 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

|   |  |                                       |                                 |                           |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                               |                                       |                                 | <b>PRO</b>                |
|   | <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b> |                                       |                                 | <b>PRO-UUE-09</b>         |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>          | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>5 de 23</b> |
| <b>APLICAÇÃO:</b>   | <b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>                       |                                       |                                 |                           |

última dose foi há mais de 48 horas.

### 3.3.4 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.

### 3.3.5 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.

### 3.3.6 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).

### 3.3.5 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

|   |   |                                       |                                 |                           |
|---|---|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  | PROTOCOLO                               |                                       |                                 | PRO                       |
|   | PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL |                                       |                                 | PRO-UUE-09                |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>   | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>6 de 23</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                       |                                       |                                 |                           |

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).

### 3.4 Trombectomia mecânica (TM) no AVCI:

#### 3.4.1 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;
- Com hipodensidade < 1/3 ACM OU;
- Com sinais indiretos de isquemia < 1/3 ACM.

#### 3.4.2 ANGIO – TC de Crânio + Carótidas na sequência:

Diante da abertura do PRO de AVC, o exame diagnóstico deve ser executado em no máximo 20 minutos, com a finalidade de definir terapêutica a ser utilizada.

#### 3.4.3 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

|   |  |                                       |                                 |                           |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                               |                                       |                                 | <b>PRO</b>                |
|   | <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b> |                                       |                                 | <b>PRO-UUE-09</b>         |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>          | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>7 de 23</b> |
| <b>APLICAÇÃO:</b>   | <b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>                       |                                       |                                 |                           |

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 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

|   |   |                                       |                                 |                           |
|---|---|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  | PROTOCOLO                               |                                       |                                 | PRO                       |
|   | PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL |                                       |                                 | PRO-UUE-09                |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>   | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>8 de 23</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                       |                                       |                                 |                           |

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 Intercorrência, dependendo da estabilidade hemodinâmica dele. Neste trajeto, deve ser acompanhado pelo anestesista.

### 3.5 Manejo no AVC H:

#### 3.5.1 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.

#### 3.5.2. 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.

#### 3.5.3 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.

#### 3.5.4 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.



|   |  |                                       |                                 |                           |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                               |                                       |                                 | <b>PRO</b>                |
|   | <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b> |                                       |                                 | <b>PRO-UUE-09</b>         |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>          | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>9 de 23</b> |
| <b>APLICAÇÃO:</b>   | <b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>                       |                                       |                                 |                           |

### 3.5.5 Prevenção de trombose venosa profunda:

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

## 3.6 Compromissos e responsabilidades da equipe multidisciplinar:

### 3.6.1 Atuação da equipe de enfermagem na UUE sala de urgência:

- Verificar sinais vitais;
- Verificar glicemia capilar - procurando mantê-lo entre 140-180 mg/dl, evitando também hipoglicemia  $\leq 50$  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;
- Em caso de internação, a enfermagem transfere o paciente para o setor específico;
- Caso seja realizada a trombólise em acesso exclusivo, o paciente deve ser 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).

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

- A Alteplase intravenosa deve ser administrada em até 04 horas e 30 minutos após o início dos sintomas;
- A Trombectomia mecânica pode 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.

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

|   |   |                                       |                                 |                            |
|---|---|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | PROTOCOLO                               |                                       |                                 | PRO                        |
|   | PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL |                                       |                                 | PRO-UUE-09                 |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>   | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>10 de 23</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                       |                                       |                                 |                            |

- 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, bronca 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 pode 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. Caso a capacidade de comer dos pacientes seja limitada pela disfagia, deve 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.

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

Sua causa mais comum são os quadros infecciosos, como broncopneumonia, infecção de trato urinário e

|   |  |                                       |                                 |                            |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                               |                                       |                                 | <b>PRO</b>                 |
|   | <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b> |                                       |                                 | <b>PRO-UUE-09</b>          |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>          | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>11 de 23</b> |
| <b>APLICAÇÃO:</b>   | <b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>                       |                                       |                                 |                            |

sepsse. Mas 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%.

#### 3.6.4 Nutrologia:

Todos os clientes que sofrem AVC apresentam risco nutricional, devem ser sinalizados pela enfermagem para a realização da avaliação pela Nutrição Clínica. Nas primeiras 24 horas após sinalizado é realizado a Triagem Nutricional NRS 2002 conforme o formulário FOR-SND-30 e Avaliação Nutricional Subjetiva Global conforme o formulário 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.

#### 3.6.5 Psicologia:

Solicitar o Psicólogo 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 pode 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 deve auxiliar 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 pode avaliar os estágios iniciais de sintomas depressivos nos 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,

|   |  |                                       |                                 |                            |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                               |                                       |                                 | <b>PRO</b>                 |
|   | <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b> |                                       |                                 | <b>PRO-UUE-09</b>          |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>          | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>12 de 23</b> |
| <b>APLICAÇÃO:</b>   | <b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>                       |                                       |                                 |                            |

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, deve ser 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 em que 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, familiar e equipe, fornecendo informações e dando apoio sobre as repercussões psicológicas voltadas ao AVC. - O Psicólogo pode 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.

#### 3.6.5 Fisioterapia:

O atendimento fisioterapêutico deve ser realizado nas primeiras 24 horas a partir do acionamento com 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;
- 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;

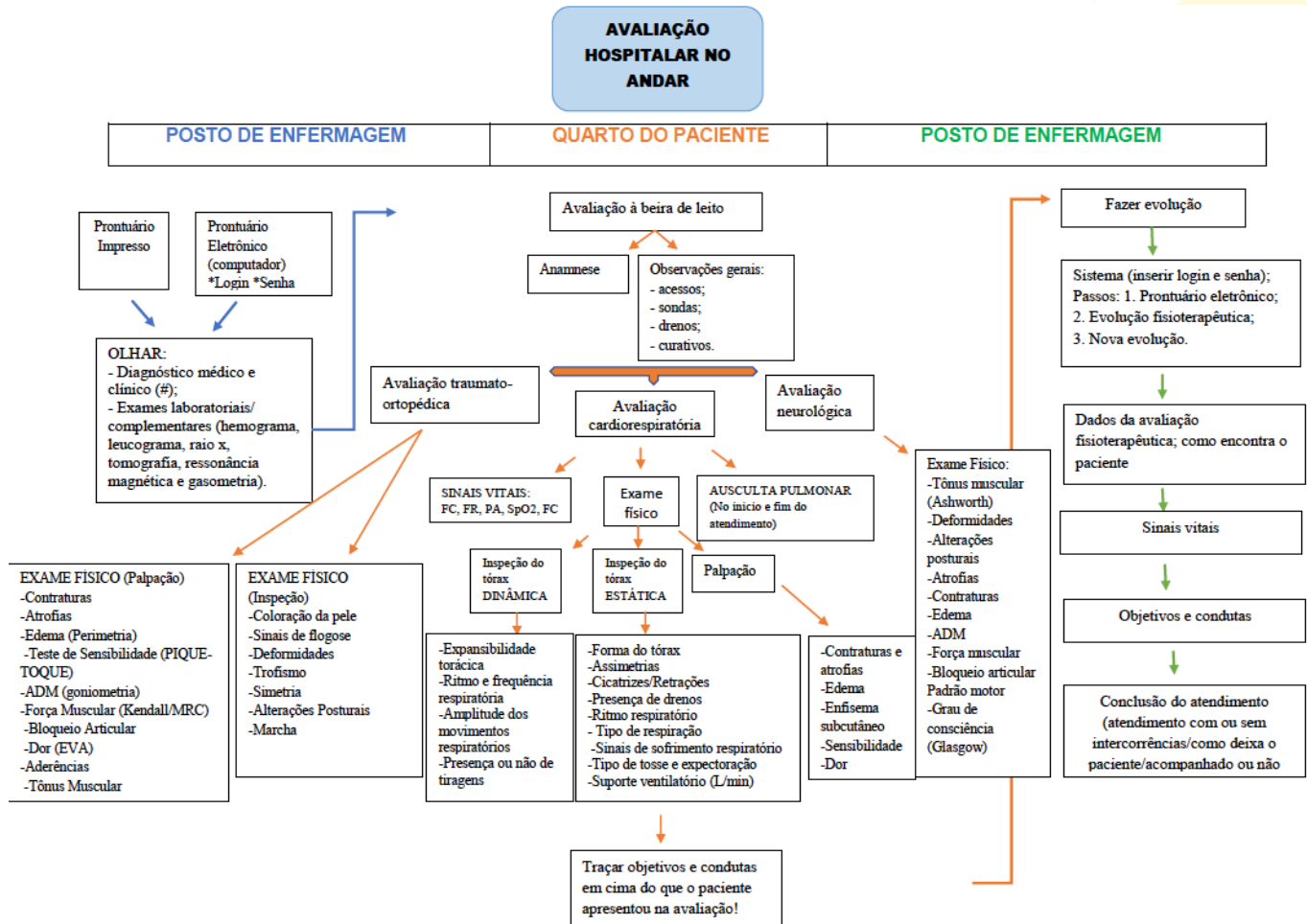
|   |  |  |  |                                   |
|---|--|--|--|-----------------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                               |  |  | <b>PRO</b>                        |
|   | <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b> |  |  | <b>PRO-UUE-09</b>                 |
|   | <b>Data de Emissão:</b><br><b>26/11/2020</b>   | <b>Data da Revisão:</b><br><b>27/10/2023</b> | <b>Número da Revisão:</b><br><b>05</b> | <b>Página:</b><br><b>13 de 23</b> |
| <b>APLICAÇÃO:</b>   | <b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>                       |  |  |                                   |

- 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 deve seguir 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.

|   |  |                                       |                                 |                            |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                               |                                       |                                 | <b>PRO</b>                 |
|   | <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b> |                                       |                                 | <b>PRO-UUE-09</b>          |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>          | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>14 de 23</b> |
| <b>APLICAÇÃO:</b>   | <b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>                       |                                       |                                 |                            |



### 3.7.3 Farmácia:

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

Todos os 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.

### 3.7.4 Fonoaudiologia:

O serviço de fonoaudiologia hospitalar deve ser acionado pela enfermagem para todos os clientes que sofrem AVC, através do FOR-UICC-16 Check list de broncoaspiração, que contempla a sinalização de doenças neurológicas como o AVC deve 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 deve ser realizado conforme descrito no PRO-FONO-01 Protocolo de Assistência Fonoaudiológica.

### 3.8 Tempos recomendados para o atendimento ao AVCI agudo:

|   |   |                                       |                                 |                            |
|---|---|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | PROTOCOLO                               |                                       |                                 | PRO                        |
|   | PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL |                                       |                                 | PRO-UUE-09                 |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>   | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>15 de 23</b> |
| APLICAÇÃO:  | SERVIÇOS PRÓPRIOS                       |                                       |                                 |                            |

- 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.

### 3.8.1 Recomenda-se, portanto após a trombólise, o monitoramento neurológico periódico:

- Este monitoramento deve ser feito pelas equipes médica e de enfermagem por meio da escala de Glasgow;
- 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 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.

### 3.9 Ataque isquêmico transitório (AIT):

Os pacientes com AIT devem ser internados por 24/48 horas para uma investigação quanto ao seu provável mecanismo e etiologia, visando definir a melhor estratégia terapêutica de prevenção secundária.

A internação deve ser homologada com as seguintes solicitações de exames:

|   |  |                                       |                                 |                            |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | PROTOCOLO                                      |                                       |                                 | PRO                        |
|   | <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b> |                                       |                                 | <b>PRO-UUE-09</b>          |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>          | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>16 de 23</b> |
| APLICAÇÃO:  | <b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>                       |                                       |                                 |                            |

- Hemograma;
- Plaquetas, Sódio, Potássio, Ureia, Creatinina, KTTT, TP, Troponina;
- Ecografia de carótidas com Doppler Bilateral;
- EcoCardiografia com Doppler.

### 3.10 Critérios para alta multiprofissional:

O processo de orientações de alta deve ser conduzido pela enfermeira navegadora do PRO de AVC, após 72 horas da internação em unidade clínica cirúrgica, clientes com diagnóstico de AVCE e AVCI a partir de aplicabilidade da escala de Rankin forma a contemplar as necessidades biopsicossociais afetadas.

Score de Rankin

| Score | Classificação                         | Descrição  |
|-------|---------------------------------------|--|
| 0     | <i>Assintomático .</i>                | Regressão dos sintomas.  |
| 1     | <i>Sintomas sem incapacidade.</i>     | Capaz de realizar suas tarefas e atividades habituais prévias.   |
| 2     | <i>Incapacidade leve.</i>             | Incapaz de realizar todas suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar suas necessidades pessoais sem ajuda. |
| 3     | <i>Incapacidade moderada.</i>         | Requer alguma ajuda para as suas atividades, mas é capaz de andar sem ajuda de outra pessoa.                             |
| 4     | <i>Incapacidade moderada a grave.</i> | Incapacidade de andar sem ajuda, incapacidade de realizar suas atividades sem ajuda.                                     |
| 5     | <i>Incapacidade grave .</i>           | Limitado a cama, incontinência, requer cuidados de enfermeiros e atenção constante.                                      |
| 6     | <i>Óbito .</i>                        |  |

- 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;
- 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



|   |  |                                       |                                 |                            |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                               |                                       |                                 | <b>PRO</b>                 |
|   | <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b> |                                       |                                 | <b>PRO-UUE-09</b>          |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>          | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>17 de 23</b> |
| <b>APLICAÇÃO:</b>   | <b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>                       |                                       |                                 |                            |

secundário e terciário conforme escalas de avaliação nutricional, descrita no PRO-SND-02 Protocolo de Assistência Nutricional;

- Psicólogos: 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 a Escala Funcional de Ingestão Oral (FOIS) entre 1 e 6 pontos, descrita no ANX-FON-02;
- Atendimento Domiciliar: devem ser realizadas 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.

#### 4. INDICADORES

Taxa de Assertividade na aplicação da escala NIHSS  
 Taxa de Mortalidade por AVC  
 Tempo médio porta-imagem  
 Tempo médio porta-trombólise  
 Taxa de Efetividade Farmacológica  
 Taxa de Adesão as Orientações de Alta Hospitalar em AVC

#### 5. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

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

|   |  |                                       |                                 |                            |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                               |                                       |                                 | <b>PRO</b>                 |
|   | <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b> |                                       |                                 | <b>PRO-UUE-09</b>          |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>          | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>18 de 23</b> |
| <b>APLICAÇÃO:</b>   | <b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>                       |                                       |                                 |                            |

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

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

BRASIL. 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. Brasília: MS, 2009;

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;

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.

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

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

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

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.

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

Citerio G, Galli D, Pesent A, et al – Early stroke care in Italy – a steep way ahead: an observational study. Emerg Med J, 2006; 23:608-611.

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.

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

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

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

|   |  |                                       |                                 |                            |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                               |                                       |                                 | <b>PRO</b>                 |
|   | <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b> |                                       |                                 | <b>PRO-UUE-09</b>          |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>          | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>19 de 23</b> |
| <b>APLICAÇÃO:</b>   | <b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>                       |                                       |                                 |                            |

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

Schwamm LH, Pancioli A, Acker JE, et al – Recommendations for the establishment of stroke systems of care, Stroke, 2005; 36:1-14.

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.

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.

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.

CORBIN-LEWIS, K.; LISS, J. M.; SCIORTINO, K. L. Anatomia Clínica e fisiologia do mecanismo de deglutição. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

DANIELS, S. K.; HUCKABEE, M. L. Dysphagia following stroke. San Diego: Plural Publishing, 2008.

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, Lívia Dumont Facchinetti. - Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2018.

SAMPAIO RF, MANCINI MC. Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência 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.

Qureshi AI, Tuhim S, Broderick JP, Batjer HH, Hondo H, Hanley DF. Spontaneous intracerebral haemorrhage. N Engl J Med 2001; 344:1450-1460.

|   |  |                                       |                                 |                            |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                               |                                       |                                 | <b>PRO</b>                 |
|   | <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b> |                                       |                                 | <b>PRO-UUE-09</b>          |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>          | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>20 de 23</b> |
| <b>APLICAÇÃO:</b>   | <b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>                       |                                       |                                 |                            |

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.

Caplan LR. Acute stroke: seeing the full picture. Hosp Pract (Minneap) two thousand; 35:65-71.

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

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.

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;

BRASIL. 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. Brasília: MS, 2009;

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;

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.

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

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

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

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.

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

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

|   |  |                                       |                                 |                            |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                               |                                       |                                 | <b>PRO</b>                 |
|   | <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b> |                                       |                                 | <b>PRO-UUE-09</b>          |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>          | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>21 de 23</b> |
| <b>APLICAÇÃO:</b>   | <b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>                       |                                       |                                 |                            |

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

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 os the Stroke Council. American Heart Association. Stroke, 1994; 25:1901-1914.

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

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

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

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

Schwamm LH, Pancioli A, Acker JE, et al – Recommendations for the establishment of stroke systems of care, Stroke, 2005; 36:1-14.

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.

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.

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.

CORBIN-LEWIS, K.; LISS, J. M.; SCIORTINO, K. L. Anatomia Clínica e fisiologia do mecanismo de deglutição. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

DANIELS, S. K.; HUCKABEE, M. L. Dysphagia following stroke. San Diego: Plural Publishing, 2008.

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.

|   |  |                                       |                                 |                            |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                               |                                       |                                 | <b>PRO</b>                 |
|   | <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b> |                                       |                                 | <b>PRO-UUE-09</b>          |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>          | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>22 de 23</b> |
| <b>APLICAÇÃO:</b>   | <b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>                       |                                       |                                 |                            |

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.

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.

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.

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

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

PRO-FONO-01 Protocolo de Assistência Fonoaudiológica.

PRO-SND-02 Protocolo de Assistência Nutricional

## 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 Bronca aspiração

FOR-SND-29 Avaliação Subjetiva Global do Estado Nutricional

FOR-SND-30 Triagem de Risco Nutricional adulto NRS 2002

|   |  |                                       |                                 |                            |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | PROTOCOLO                                      |                                       |                                 | PRO                        |
|   | <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b> |                                       |                                 | <b>PRO-UUE-09</b>          |
|   | Data de Emissão:<br><b>26/11/2020</b>          | Data da Revisão:<br><b>27/10/2023</b> | Número da Revisão:<br><b>05</b> | Página:<br><b>23 de 23</b> |
| APLICAÇÃO:  | <b>SERVIÇOS PRÓPRIOS</b>                       |                                       |                                 |                            |

