

CLASSIFICAÇÃO:

INTERNA

GRUPO DE ACESSO:

COLABORADORES E COOPERADOS UVC

Sumário

1. OBJETIVO	3
2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO	3
3. DESCRIÇÃO/CONDUTAS	3
3.1. TEMPOS MÁXIMOS RECOMENDADOS NO PROTOCOLO AVC	6
3.2. INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DA SUSPEITA DE AVC	6
3.2.1. Neuroimagem	6
3.2.2. Exames laboratoriais	6
3.3. TRATAMENTO INDICADO	7
3.3.1. Medidas terapêuticas gerais	7
3.3.2. Tratamento trombolítico intravenoso	8
3.3.3. Tratamento do avc na uti	11
3.4. PREVENÇÃO DE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES NA FASE AGUDA DO AVC	11
3.5. PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO AVC	14
3.6. CUIDADOS MULTIPROFISSIONAIS DURANTE O PLANO TERAPÊUTICO	14
3.6.1. Enfermagem	15
3.6.2. Fisioterapia	15
3.6.3. Fonoaudiologia	15
3.6.4. Psicologia	16
3.6.5. Farmácia	17
3.6.6. Serviço de nutrição e dietética	17
3.7. ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA E DOS CUIDADORES NO TRATAMENTO DO PACIENTE	18
3.8. CRITÉRIOS DE ALTA	19
3.9. FLUXOGRAMA	19
4. DOCUMENTOS RELACIONADOS	19

Elaborado por:

Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli
Moraes de Souza

Aprovado por:

Nery José de Oliveira Junior

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	PROT: 97 Revisão: 01 Página: 2 de 24 Data: 20/07/2022
---	---	--

5. GERENCIAMENTO/INDICADORES	19
6. NOMENCLATURAS E SIGLAS	20
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
8. ANEXOS	20
9. SÍNTESES DE REVISÕES	22

Elaborado por: Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Aprovado por: Nery José de Oliveira Junior
--	---

1. OBJETIVO

Este protocolo tem como objetivo geral a implantação de um programa institucional multiprofissional e interdisciplinar para a avaliação e tratamento dos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) e ataque isquêmico transitório no Hospital Unimed Vale do Caí (HUVVC) visando promover atendimento ágil, com segurança e eficácia, baseado nas melhores evidências disponíveis na literatura médica periodicamente atualizada.

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

Serão incluídos neste protocolo todos os pacientes adultos, atendidos pelo Hospital Unimed Vale do Caí (HUVVC), com suspeita diagnóstica de AVC (AVCI e AVCH) e AIT, abrangendo todas as fases do atendimento.

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

INCLUSÃO: Pacientes acima de 18 anos com suspeita de AVC.

EXCLUSÃO: Pacientes em cuidado paliativo com as informações de limite terapêutico definidas em prontuário.

3. DESCRIÇÃO/CONDUTAS

A aplicação das medidas contidas neste protocolo se inicia na triagem a partir da identificação de um paciente com sinais de alerta para a suspeita de AVC. Estes incluem quaisquer déficits neurológicos de início súbito, especialmente os localizados. Entre os principais estão:

- A) Dificuldade repentina para falar ou compreender;
- B) Fraqueza muscular súbita ou alteração sensitiva súbita unilaterais;
- C) Perda visual súbita, especialmente se unilateral;

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

- d) Perda súbita do equilíbrio ou incoordenação motora repentina.

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

O Protocolo de AVC envolve a comunicação simultânea e integrada de diversos profissionais e setores hospitalares envolvidos no atendimento inicial dos pacientes com suspeita de AVC agudo, incluindo equipes médicas responsáveis pelo primeiro atendimento, enfermagem, neurologia da retaguarda, radiologia, neurorradiologia intervencionista, neurocirurgia, farmácia, unidade de terapia intensiva, laboratório de análises clínicas e unidade de AVC. Além disso, os setores administrativos também devem ser informados para auxiliar na liberação de exames sem burocracias.

Ao ser triado no acolhimento como paciente com ALTA PROBABILIDADE DE AVC (Protocolo de AVC - Laranja), o paciente deve ser imediatamente acomodado na sala amarela, o médico deve ser avisado e as seguintes condutas devem ser prontamente seguidas:

- a) Realizar glicemia capilar;
- b) Sinalizar ao médico sobre a abertura do Protocolo de AVC;
- c) Realizar monitoramento cardiovascular não invasivo;
- d) Realizar controles de sinais vitais;
- e) Manter decúbito elevado de 30°;
- f) Manter jejum VO;
- g) Instalar oxigênio 2L/min se SatO₂ < 92%;
- h) Puncionar 2 acessos venosos calibrosos: MSD Calibre 18 (manter salinizado) e MSE Calibre 20 ou 18, com Soro Fisiológico 500ml para manter acesso;
- i) Agilizar o transporte do paciente para o setor de imagem.

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

Observações: Em pacientes com tempo de evolução dos sintomas acima de 4,5 horas, instalar apenas um acesso venoso (no membro superior não parético) para fins de hidratação (em razão da não indicação de trombólise intravenosa).

Nos pacientes submetidos a trombólise intravenosa, ou após a definição da não necessidade desse tratamento, deve ser retirado o acesso venoso colocado no membro superior parético.

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

- A) horário preciso do início dos sintomas (ou último horário em que foi visto normal);
- B) tipo dos sintomas;
- C) condição do paciente;
- D) evolução dos sintomas.

Antecedentes pessoais que devem ser ativamente investigados:

- a) Medicações em uso: anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, anticoncepcional, vasoconstritores e hipoglicemiantes;
- b) Hábitos: tabagismo, etilismo e uso de drogas;
- c) Eventos recentes: AIT, AVC, IAM, trauma, cirurgias, sangramentos, crise convulsiva, gravidez e puerpério;
- e) Comorbidades: hipertensão arterial, diabetes mellitus, arritmias cardíacas, miocardiopatias, dislipidemia, insuficiência renal e trombofilias.

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

Nos demais setores (Unidades de Internação; Unidade de Terapia Intensiva; Unidades Diagnósticas;) a suspeita de AVC pode ocorrer durante a avaliação

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

realizada pela enfermagem, ou mesmo antes, através da observação dos sinais de alerta por outros profissionais atuando nestes setores ou pela própria manifestação do paciente ou acompanhante. Nesse caso, o enfermeiro do setor deve ser imediatamente notificado e acionar o Time de Resposta Rápida (SUSPEITA DE AVC) e abrir o protocolo, para que a avaliação médica seja urgentemente realizada e, na confirmação da suspeita de AVC e continuidade do protocolo.

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

3.1. TEMPOS MÁXIMOS RECOMENDADOS NO PROTOCOLO AVC

Porta avaliação médica inicial – 10 minutos após a chegada do paciente
Porta início da neuroimagem – 30 minutos após a chegada do paciente
Porta laudo da neuroimagem – 45 minutos após a chegada do paciente
Porta resultado laboratorial protocolar – 45 minutos após a chegada do paciente
Porta início do trombolítico iv, se indicado – 60 minutos após a chegada do paciente

3.2. INVESTGAÇÃO DIAGNÓSTICA DA SUSPEITA DE AVC

3.2.1. Neuroimagem

No atendimento do paciente com Protocolo de AVC é obrigatória a realização do exame de imagem, cujos objetivos são descartar a presença de lesões cerebrais de causa não vascular que se colocam como diagnósticos diferenciais (tumores, abscessos, etc.) e, na presença de lesões cerebrais de causa vascular, permitir a diferenciação entre quadros isquêmicos (AVCI) e hemorrágicos (AVCH).

O protocolo institucional de neuroimagem utilizado no Protocolo de AVC é a TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM CONTRASTE.

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

O resultado do exame protocolar de imagem deve ser informado pelo radiologista imediatamente após o final do exame, verbalmente e através do preenchimento do laudo semiestruturado. O horário da transmissão do LAUDO VERBAL deve ser registrado, bem como a quem o mesmo foi transmitido. Nos casos de Protocolo de AVC em que o exame de imagem demonstrar a presença de AVCH, o protocolo se resumirá ao exame do parênquima cerebral e de imagem vascular.

3.2.2. Exames laboratoriais

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

DEFINIÇÃO DA CONDUTA APÓS TÉRMINO DA IMAGEM

Imediatamente após o término do exame protocolar de imagem o neurologista deve definir a conduta terapêutica do caso. Para isso, a avaliação neurológica emergencial, com anamnese e exame clínico neurológico e fundamental para a decisão terapêutica. Também, informações complementares e outros esclarecimentos aos acompanhantes e familiares (antecipando as possibilidades de tratamento), bem como eventuais contatos com outros médicos, quando necessário, devem ser feitos antes desse momento decisório do tratamento ao fim do exame de imagem. O neurologista responsável pelo atendimento deve definir a conduta

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

terapêutica no máximo até 45 minutos após a admissão do paciente no PA ou 30 minutos após a abertura do Protocolo de AVC.

3.3. TRATAMENTO INDICADO

3.3.1. Medidas terapêuticas gerais

As medidas terapêuticas gerais visam favorecer a viabilidade do tecido cerebral, através da adequação e estabilização de certos parâmetros fisiológicos. Alguns desses parâmetros podem sofrer variação, particularmente na fase aguda do AVC requerendo, por essa razão, monitoramento. Embora as medidas terapêuticas gerais tenham forte grau de recomendação e sejam intuitivamente benéficas, na sua maioria apresentam baixo nível de evidência. Posterior adequação das medidas terapêuticas gerais pode ser necessária a partir da definição diagnóstica e terapêutica específica após o resultado do exame protocolar de imagem. Um exemplo disso inclui o controle da pressão arterial, o qual pode ter diferente recomendação nos casos de AVCI com indicação de tratamento trombolítico intravenoso quando comparados com aqueles sem essa indicação.

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

- a) Realizar MONITORAMENTO MULTIPARAMÉTRICO (PA, FC, FR, Saturação) contínuo no mínimo durante as primeiras 24 horas de evolução do AVCI;
- b) Manter o paciente em DECÚBITO ELEVADO A 30 GRAUS.
- c) Manter a SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO >94% da maneira menos invasiva possível (cateter nasal, máscara, CPAP ou BIPAP);
- d) Observar cuidados de PROTEÇÃO DE VIAS AÉREAS. Em pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou disfunção bulbar que traga risco de broncoaspiração considerar intubação orotraqueal (IOT);
- e) Manter a TEMPERATURA CORPÓREA <38°C com medicamentos antipiréticos, como a dipirona ou o paracetamol e, nos casos refratários, cobertores térmicos;
- f) Manter o paciente em JEJUM até que o diagnóstico seja definido e a situação neurológica estabilizada. A alimentação oral deverá ser liberada após uma AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE DEGLUTIÇÃO;

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

g) Realizar MONITORAMENTO FREQUENTE DA GLICEMIA CAPILAR, inicialmente de hora em hora, mantendo-o entre 140-180 mg/dl, EVITANDO HIPERGLICEMIA E HIPOGLICEMIA. Não está definida qual a melhor via e forma de administração, se subcutânea ou intravenosa, mas a via subcutânea é geralmente eficiente, mais simples e com menor risco de hipoglicemia; tratar hipoglicemia (glicemia <60 mg/dL) através da infusão intravenosa de 40 ml de solução glicosada a 50%;

h) CORRIGIR HIPOTENSÃO E HIPOVOLEMIA para manter os níveis sistêmicos de perfusão necessários para suportar a função orgânica, utilizando solução salina isotônica.

3.3.2. Tratamento trombolítico intravenoso

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

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

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

3.3.2.1. Critérios de inclusão

a) Tempo de evolução até 270 minutos (cautela para tempo de evolução 180 -270 minutos em pacientes >80 anos; com história de e AVC prévio; pontuação na Escala de AVC do NIH ≤ 25 ; uso de quaisquer anticoagulantes orais; e imagem isquêmica envolvendo mais de um terço do território da artéria cerebral média). Para

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

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;

- b) Idade ≥ 18 anos;
- c) Exame de neuroimagem sem outros diagnósticos diferenciais (particularmente hemorragias) e sem sinais de franca alteração isquêmica recente (hipoatenuação marcante no caso da tomografia de crânio), podendo apresentar sinais de alteração isquêmica precoce de extensão leve a moderada.

3.3.2.2. Critérios de exclusão

a) Pressão arterial $\geq 185/110$ mmHg sem possibilidade de redução e/ou estabilidade em valores abaixo desses, com tratamento anti-hipertensivo, antes do início do tratamento;

b) Glicemia inicial ≤ 50 mg/dl. O tratamento em pacientes que apresentam glicemia inicial < 50 ou > 400 mg/dl sem melhora do *déficit* t após a normalização da glicemia pode ser razoável;

c) Tomografia computadorizada de crânio com hipoatenuação franca sugerindo lesão irreversível ou hipoatenuação extensa (mesmo que leve a moderada);

- d) AVCI nos últimos 3 meses;
- e) Traumatismo craniano grave nos últimos 3 meses;
- f) Cirurgia intracraniana ou intrarraqueana nos últimos 3 meses;
- g) História de hemorragia intracraniana;
- h) Sinais e sintomas suspeitos de hemorragia subaracnóide;
- i) Tumor gastrointestinal ou sangramento gastrointestinal nos últimos 21 dias;

- j) Plaquetopenia < 100000 /mm³;
- k) Tempo de protrombina (TP) > 15 segundos ou RNI $> 1,7$;
- l) Tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPa) > 40 segundos;
- m) Uso de dose terapêutica de heparina de baixo peso molecular nas últimas 24 horas;

n) Uso de inibidores diretos da trombina ou inibidores diretos do fator Xa, a menos que testes laboratoriais, tais como TTPa, RNI, plaquetas, Tempo de

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

Trombina, ou ensaios de atividade do fator Xa, estejam normais ou o paciente não tenha recebido uma dose desses agentes nas últimas 48 horas (assumindo que a função renal esteja normal);

- o) Suspeita de endocardite bacteriana;
- p) Suspeita de dissecação aórtica;
- q) Presença de tumor cerebral intra-axial. O tratamento é provavelmente recomendado para pacientes com tumor cerebral extra - axial

3.3.2.3. Manejo do paciente candidato à terapia com alteplase endovenosa

O tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível, pois o tempo para o início do tratamento está fortemente associado aos resultados.

Paciente com critério para terapia com alteplase, será realizada em parceria como Hospital Montenegro (HM). O plantonista médico da emergência do HUVC entra em contato direto com o plantão médico do HM para receber o paciente e aplicar o trombolítico. A transferência é realizada pelo SOS com acompanhamento médico. Após 24 horas da aplicação do trombolítico, paciente retorna ao HUVC para leito de CTI.

Benefícios esperados no paciente com AVCI submetido a terapia intravenosa de trombolítico:

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

3.3.3. Tratamento do AVC na UTI

Os pacientes com AVCI agudo submetidos, ou não, aos tratamentos de recanalização, devem ser internados em leitos do CTI, com o objetivo de receberem um tratamento integrado, multiprofissional e interdisciplinar.

Evitar o tratamento da pressão arterial elevada nas primeiras 24 horas do AVCI nos pacientes não submetidos a tratamento de recanalização, salvo nos casos com níveis pressóricos extremamente elevados (pressão sistólica >220 mmHg ou

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

pressão diastólica >120 mmHg), ou nos pacientes nos quais coexiste alguma condição clínica aguda merecedora de redução pressórica (isquemia miocárdica, insuficiência renal, insuficiência cardíaca descompensada e dissecção de aorta). É importante checar possíveis causas de elevação pressórica nos pacientes com AVCI agudo, incluindo ansiedade, dor, distensão vesical e hipertensão intracraniana.

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

3.4. PREVENÇÃO DE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES NA FASE AGUDA DO AVC

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

- a) Dar atenção especial inicial a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação. Restos de alimentos e secreções devem ser aspirados. A intubação orotraqueal não deve ser guiada somente pela pontuação na Escala de Coma de *Glasgow*, mas por evidência de rebaixamento de consciência com risco de aspiração, ou na presença de sinais de insuficiência respiratória ($pO_2 < 60$ mm Hg ou $pCO_2 > 50$ mm Hg). Sedação adequada deve preceder o procedimento de intubação independentemente do nível de consciência à admissão. Alguns pacientes desenvolvem padrão de respiração de *Cheyne-Stokes* após o AVC, e atenção deve ser dada à eventual necessidade de suplementação de O_2 . Assim, todos os pacientes devem ser monitorizados por oxímetro;
- b) Realizar avaliação quanto a possibilidade de disfagia nas primeiras 24 horas da admissão, antes de reiniciar alimentação por via oral; quando necessário, a alimentação por sonda nasointestinal pode ser utilizada, e naqueles pacientes com disfagia intensa e de duração mais prolongada, recomenda-se a passagem de gastrostomia para melhor nutrição. Ressalta-se que, nos pacientes submetidos ao tratamento com TPA IV, não deve ser realizada passagem de sonda nasointestinal nas primeiras 24 horas;
- c) Evitar a manutenção de acessos venosos no membro parético;

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

- d) Realizar monitorização multiparamétrica não invasiva contínua (PA, FC, SatO₂, FR). Na impossibilidade de monitorização invasiva, monitorar de forma intermitente a cada 5 min;
- e) Iniciar uso profilático subcutâneo de heparina de baixo peso molecular (enoxaparina 40 mg/dia) ou heparina não fracionada (5000 UI 8/8 horas), observando também o protocolo institucional de TEV. Tromboembolismo venoso representa 10% das mortes em pacientes com AVCI. Pacientes imobilizados e mais idosos apresentam maior risco. A prevenção de TEV é também um indicador de qualidade na assistência ao paciente com AVCI. Os pacientes submetidos a tratamento trombolítico intravenoso devem aguardar 24 horas para iniciar o uso da profilaxia medicamentosa. Nos pacientes com contraindicação ao uso de anticoagulantes pode ser utilizado dispositivos de compressão pneumática intermitente;
- f) Iniciar antiagregação plaquetária com aspirina (100 mg/dia) o mais rapidamente possível, quando indicado, nas primeiras 48 horas. Pacientes submetidos ao tratamento trombolítico intravenoso devem aguardar 24 horas do término deste tratamento para o início do antiagregante plaquetário;
- g) Manter profilaxia medicamentosa contra hemorragia digestiva alta, sobretudo nos pacientes com história de úlcera péptica, uso de aspirina, trombolíticos ou anticoagulantes;
- h) Monitorizar a temperatura corporal (em princípio, axilar) a cada 2 horas. Tratamento com antitérmicos deve ser oferecido se temperatura maior que 37,5° C. A presença de febre deve levar à procura de possíveis infecções (pulmonar, urinária);
- i) Realizar controle periódico da glicemia, buscando manter os pacientes normoglicêmicos. Pacientes hiperglicêmicos (glicose > 180 mg/dl) devem receber correção com suplementação de insulina e monitorização periódica, visando manter os níveis glicêmicos entre 140-180 mg/dl. Pacientes hipoglicêmicos (glicemia < 60 mg/dl) devem ser tratados com glicose hipertônica. Evitar o uso de hipoglicemiantes orais na fase aguda do AVCI;
- j) Pacientes com AVCI devem iniciar uso de antitrombóticos nas primeiras 48 horas. Aqueles submetidos à trombólise devem aguardar 24 horas após a

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

administração intravenosa de TPA, para receber antiagregantes plaquetários. Nos pacientes que não tiverem indicação de trombólise está indicada a administração de AAS na dose de 100 mg ainda na fase aguda do AVCI a depender do tamanho da lesão isquêmica. Caso a etiologia seja cardioembólica, a equipe assistente deverá avaliar a indicação de anticoagulação;

- κ) Evitar sondagem urinária de demora. Havendo retenção urinária e necessidade de sonda vesical, dar preferência à sondagem vesical intermitente de alívio;
- λ) Evitar a ocorrência de lesões cutâneas por pressão através do uso precoce de colchões adequados (antiescara, pneumáticos), da mobilização do paciente com mudança de decúbito em intervalos regulares (2/2 horas), e do apoio dos membros, orientado pela fisioterapia, com uso de coxins para evitar pressão sobre as superfícies ósseas. A troca regular de fraldas também reduz a ocorrência de úlceras por pressão. A prevenção de lesões também é um indicador de qualidade na assistência ao paciente com AVCI.

Linha de cuidados ao paciente com o AVC:

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

3.5. PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO AVC

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

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

ser realizados, oportunamente, exames para investigação do provável mecanismo e etiologia do AVCI, visando definir o melhor tratamento para prevenção secundária.

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

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

3.6. CUIDADOS MULTIPROFISSIONAIS DURANTE O PLANO TERAPÊUTICO

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

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

3.6.1. Enfermagem

3.6.1.1. Diagnósticos de enfermagem

Os diagnósticos de Enfermagem baseados na Taxonomia proposta pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), disponíveis no sistema SALUX, podem auxiliar os enfermeiros a identificar problemas em potencial, traçando então possíveis intervenções e metas tangíveis.

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

3.6.2. Fisioterapia

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

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

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

3.6.3. Fonoaudiologia

3.6.3.1. Avaliação clínica de deglutição

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

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

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

Nos casos em que a alimentação por via oral for possível e segura, e o

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

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

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

3.6.4. Psicologia

A avaliação psicológica no contexto do AVC tem como foco a identificação do funcionamento cognitivo, do quadro de humor e das relações interpessoais do paciente. Além da reabilitação cognitiva e das atividades de vida diária, outros aspectos devem ser abordados e considerados, tais como: aspectos relacionados à autoestima, às emoções, à percepção de si, à adequação das expectativas de melhora e reestruturação dos planos de vida individuais e familiares. Assim, a avaliação psicológica deve incluir uma triagem cognitiva do paciente; uma avaliação do estado de humor e de outros transtornos emocionais; além do acolhimento, orientação e suporte aos familiares, quando necessário.

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

3.6.5. Farmácia

O farmacêutico, como membro da equipe multiprofissional, avalia e intervém em aspectos relacionados ao uso seguro e racional de medicamentos, analisando a prescrição médica com todas as suas complexidades, tais como, indicação, dose,

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

posologia, via de administração, frequência, alergias, interações medicamentosas entre outras; realizando a reconciliação medicamentosa, quando verifica a indicação ou não dos medicamentos utilizados previamente, monitorando exames e a possível interferência com algum medicamento, com o objetivo de reduzir erros e danos relacionados ao uso de medicamentos.

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

3.6.6. Serviço de nutrição e dietética

Terapia nutricional no AVC:

Tabela 1. Meta calórica e proteica

FASE	CALORIAS (KCAL)	PROTEÍNA
INICIAL	15 A 20 KCAL/KG	1,5 A 2G/KG
4º DIA	25 A 30 KCAL/KG	
PACIENTES OBESOS	11-14 KCAL/KG DO PESO REAL (IMC ENTRE 30-50 KG/M ²) 22-25 KCAL/KG DO PESO IDEAL (SE IMC >50 KG/M ²)	2G/KG DE PESO IDEAL (IMC ENTRE 30-40 KG/M ²) ATÉ 2,5G/KG DE PESO IDEAL SE IMC >40 KG/M ²
REABILITAÇÃO*	30 A 35 KCAL/KG	1,2 A 1,5G/KG

Fonte: braspen, 2022.

(*) Levar em consideração o grau de atividade física de reabilitação, atrofia muscular, plegia de membros e particularidade de cada paciente.

Recomenda-se o uso de fórmulas enterais padrão para início da TNE (terapia nutricional enteral) em pacientes após AVC.

Sugere-se que os pacientes disfágicos tenham acompanhamento multidisciplinar e periódico, a fim de evitar complicações relacionadas a disfagia,

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

desidratação e desnutrição. Quando necessário, as dietas orais devem ter texturas adaptadas em pastosa/cremosa e/ou líquidos espessados.

Os pacientes devem ser examinados, preferencialmente, antes de qualquer ingestão oral, por um profissional devidamente treinado, usando uma ferramenta de triagem válida.

3.6.6.1. Vias de acesso para TNE (Terapia Nutricional Enteral)

Sonda nasoentérica (SNE): Pacientes gravemente enfermos após AVC com diminuição do nível de consciência, que precisam de ventilação mecânica, devem receber alimentação enteral precoce (iniciada entre 24 e 72h). Se a disfagia for persistente ou se a ingestão oral de alimentos estiver aquém da necessidade nutricional por 7 dias, a TNE deve ser iniciada e administrada preferencialmente por meio de uma SNE.

Gastrostomia (GTT): Se a TNE for necessária por um período mais longo (>28 dias), gastrostomia endoscópica percutânea deve ser recomendada.

3.7. ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA E DOS CUIDADORES NO TRATAMENTO DO PACIENTE

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

3.8. CRITÉRIOS DE ALTA

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

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

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

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

3.9. FLUXOGRAMA

Não se aplica.

4. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- a) ANEXO A – Fluxo AVA;
- b) ANEXO B – FTI – Tempo Porta X Trombólise em pacientes que entrarem nesta rota com tempo menor de 1;
- c) ANEXO C – FTI – Mortalidade no AVC;
- d) MN 20.04 Manual de Dietas Hospitalares;
- e) PROT EMTN 47.06 Vias de Acesso para Nutrição Enteral.

5. GERENCIAMENTO/INDICADORES

a) **Indicador de adesão:** Percentual dos pacientes com AVC que necessitaram Trombólise e realizaram em menos de 1h. Fórmula: Pacientes com AVC que necessitaram Trombólise e realizaram em menos de 1 hora / Pacientes com AVC que necessitaram Trombólise x 100;

b) **Indicador de desfecho:** Mortalidade intra-hospitalar no AVC (Acidente Vascular Cerebral) Fórmula: Pacientes com AVC que foram a óbito durante a internação do evento/ Pacientes com AVC x 100;

c) **Indicador laudo Tomografia:** Tempo médio porta laudo Tomografia - protocolo AVC.

6. NOMENCLATURAS E SIGLAS

- a) SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- b) HUVC – Hospital Unimed Vale do Caí;

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

- c) PA – Pronto Atendimento;
- d) AVC – Acidente Vascular Cerebral;
- e) AIT – Acidente Isquêmico Transitório;
- f) AVCH – Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

a) Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares – Diretrizes Nacionais de Reperusão no AVC (2020)

b) BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de Atenção às Urgências e Emergências. 2012. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/linha_cuidado_avc_rede_urg_emer.pdf
. Acesso em: 12 abr. 2012.

c) Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares – Diretrizes Nacionais de Reperusão no AVC (2020)

d) BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de Atenção às Urgências e Emergências. 2012. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/linha_cuidado_avc_rede_urg_emer.pdf
>. Acesso em: 12 abr. 2012.

e) BRASPEN – Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition. Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Doenças Neurodegenerativas. 2022.

8. ANEXOS

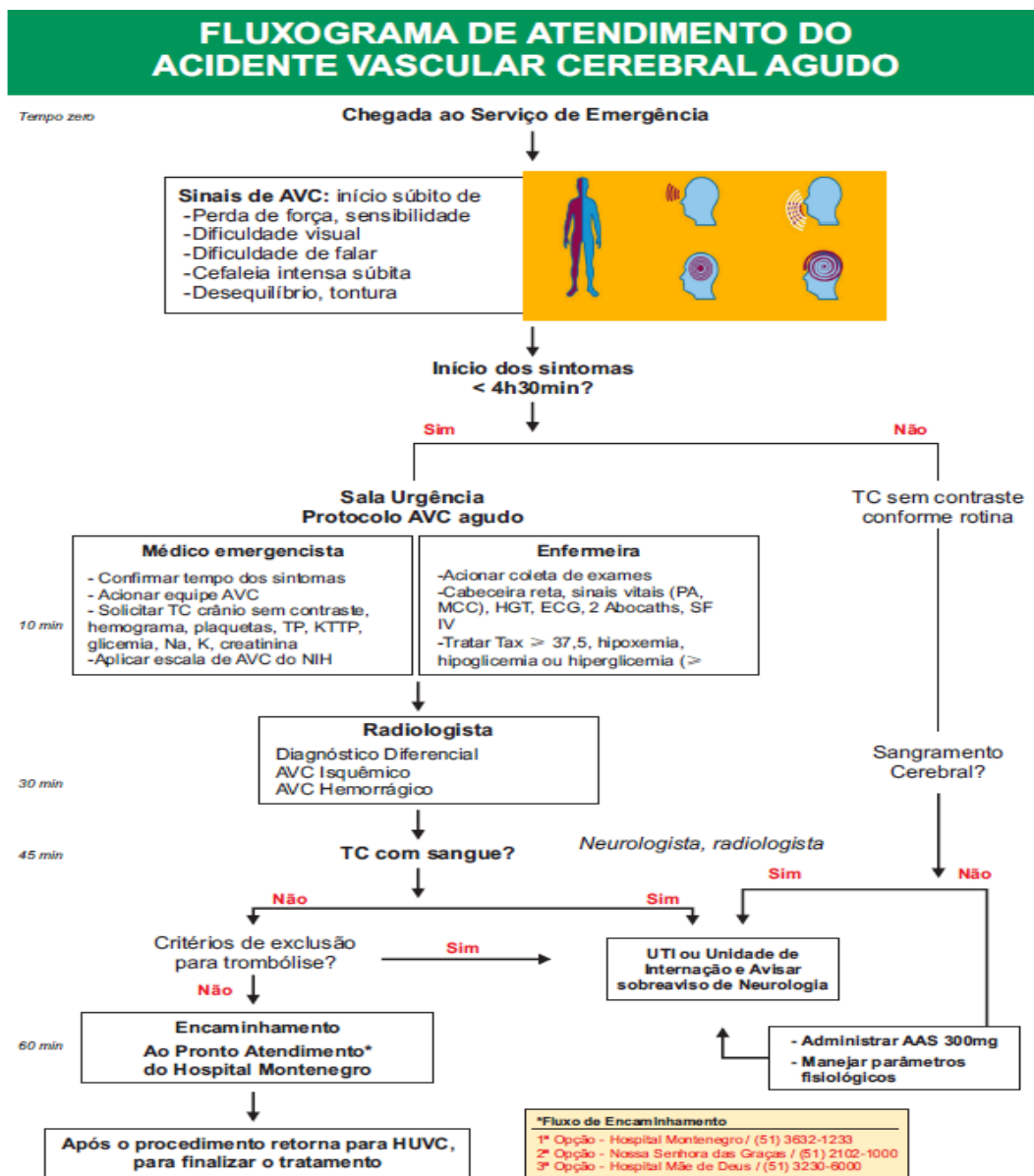
Anexo 1.

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	
Regulação Médica – AVC com menos de 4,5 horas de evolução	
QUADRO CLÍNICO	
☐ Fraqueza ou dormência súbitas em um lado do corpo ☐ Confusão, dificuldade pra falar ou entender de início súbito. ☐ Dificuldade súbita para enxergar com um ou ambos os olhos. ☐ Dificuldade súbita para andar, tontura ou incoordenação de início súbito. ☐ Cefaléia intensa e súbita sem causa aparente. ☐ Outros sintomas neurológicos focais agudos sugestivos de AVC _____	
Data início dos sintomas:	Hora do início dos sintomas:
Acordou com sintomas ☐ SIM ☐ NÃO	Última vez em que foi visto sem sintomas:
AVC Hiperagudo? ☐ SIM ☐ NÃO	
Regulação Médica Local	
CINCINATTI	
1) Dê um sorriso  ☐ Normal ☐ Alterado	2) Levante os Braços  ☐ Normal ☐ Alterado
3) Fale a frase: O Brasil é o país do futebol. ☐ Normal ☐ Alterado	
Alertas de possível exclusão para AVC HIPERAGUDO:	
☐ Glicemia < 50 mg/dL ☐ Crise convulsiva ☐ Síndrome demencial ☐ Previamente acamado	
Contra-indicações possíveis para trombólise:	
☐ Trauma craniano importante recente ☐ Cirurgia extensa recente ☐ Hemorragia recente ☐ AVC hemorrágico prévio	
Fatores de risco cerebrovascular conhecidos:	
☐ HAS ☐ DM ☐ Tabagismo ☐ Dislipidemia ☐ AVC/AIT prévio ☐ Fibrilação atrial ☐ IAM prévio	
SINAIS VITAIS	
PA _____ mmHg FC _____ FR _____ Sat. O2 _____ % HGT _____ Glasgow _____	
CONDUTA	
☐ Oximetria ☐ Oxigênio máscara se SaO ₂ < 92% ☐ Ventilação ambu máscara ☐ Intubação ☐ Acesso venoso ☐ SF 0,9% ☐ Não reduzir PA ☐ Monitorização Cardíaca ☐ Cabeceira reta ☐ Hora de início dos sintomas _____ ☐ Outro _____	
REMOÇÃO	
☐ Hospital1 ☐ Hospital2 ☐ Hospital3 ☐ Outro _____ ☐ Contato no destino _____ ☐ Hora da chegada no destino _____	
Assinatura	Data

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

Anexo 2.



9. SÍNTESES DE REVISÕES

Revisão	Data	Motivo	Elaboradores
00	29/09/2020	Emissão de Origem	Cleira Oliveira
01	20/07/2022	Revisão do protocolo	Nery José de Oliveira Junior

Elaborado por:	Aprovado por:
Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli Moraes de Souza	Nery José de Oliveira Junior

Elaborado por:

Cleira Oliveira, Valdinéia Druzian de Moura e Keli
Moraes de Souza

Aprovado por:

Nery José de Oliveira Junior