

<b>Tipo de Documento</b> Protocolo	<b>Controle</b> MED_016	<b>Área Emitente</b> Médica	<b>Data - Criação</b> 08/2016	<b>Vigente</b>
<b>Abrangência</b> Assistencial	<b>Revisão</b>	<b>Data - Última Revisão</b>	<b>Páginas</b> 01 / 18	<b>2016 - 2018</b>

### **I – OBJETIVOS**

Estabelecer a rotina para atendimento aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Este protocolo tem como objetivo fornecer orientações práticas para toda a equipe hospitalar envolvida na abordagem dos pacientes com início agudo de sintomas sugestivos de AVC e também para os pacientes com AVC não agudo (maior do que 24 horas do início dos sintomas), mas que internam devido persistência do déficit. As diretrizes internacionais e nacionais compõem os passos que constituem as recomendações deste protocolo.

### **II - ABRANGÊNCIA**

Equipe multidisciplinar envolvida na assistência ao paciente com diagnóstico de AVC

### **III – DEFINIÇÃO**

O acidente vascular cerebral (AVC) é definido como um dano neurológico súbito motivado por isquemia ou hemorragia no sistema nervoso central. Estima-se que cerca de 80% dos acidentes vasculares cerebrais sejam de origem isquêmica e 20% hemorrágicas.

### **IV - MAGNITUDE**

Em países desenvolvidos, o acidente vascular cerebral (AVC) é a segunda causa de morte em homens e mulheres, assumindo um padrão crescente em países em desenvolvimento, que representa hoje cerca de dois terços de todos os casos registrados. Estimativas sugerem que em 2020, o AVC será a segunda causa de morte em todo o mundo e estará entre as cinco primeiras causas de incapacidade.

No Brasil, as doenças cerebrovasculares têm grande impacto sobre a saúde da população, situando-se,

<b>Elaboração</b>	<b>Revisão e Aprovação</b>	<b>Validação</b>
Gestão Médica Neurologia	Gerência Corporativa Técnica Médica Gestão Médica UTI's Gestão Médica PA	Qualidade

conforme o ano e o Estado da Federação entre a primeira e a terceira causa de mortalidade. Dez por cento das mortes ocorridas no mundo são motivadas por AVC, o que faz do AVC ser o segundo maior responsável pelos óbitos do planeta. Dados apontam que no Brasil, o AVC foi também causa de 10% de mortes.

Outra característica importante do AVC é ser a causa mais frequente de incapacidade. É também o segundo causador de demência e a etiologia mais frequente de epilepsia no idoso.

Em decorrência das implicações proporcionadas pelo AVC, é necessário um protocolo para atendimento adequado dessa população. O AVC é o principal diagnóstico etiológico para déficit neurológico de instalação súbita. Um protocolo multiprofissional orienta o rápido reconhecimento de AVC, a estabilização do paciente e o tratamento de reperfusão que, em casos corretamente selecionados, reduz sequelas de forma significativa. O protocolo também visa à instituição de terapêuticas adequadas para reduzir complicações e a recorrência do evento. É importante salientar a importância da terapêutica precoce de reabilitação, além de orientações aos familiares, cuidadores e aos pacientes.

## **V – DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO**

### **ANOTAÇÃO 1**

A classificação dos pacientes com suspeita de AVC é feita pelo (a) Enfermeiro (a), obedecendo aos sintomas descritos no item 1 (início súbito de perda de força, sensibilidade; dificuldade visual; dificuldade de fala e compreensão; confusão mental; desequilíbrio e incoordenação motora; cefaléia intensa). O protocolo deve ser aberto na presença de um ou mais sinais de alerta. Paciente com suspeita clínica de AVC com tempo de início de sintomas menor do que 24 horas deve ser também acionado o código AVC.

### **CÓDIGO AVC**

O código AVC é um alerta com o objetivo de interligar as áreas envolvidas no atendimento do paciente com suspeita de AVC com sintomas < 24 horas, dando prioridade ao seu atendimento. O acionamento do código comunicará a existência de suspeita de AVC, **através do JOIN®**, para os setores de: Diagnóstico por Imagem (Tomografia e ressonância), Laboratório, UTI, Hemodinâmica e responsáveis pelo protocolo.

O responsável pelo acionamento é o (a) Enfermeiro (a) ou o Médico Assistente imediatamente após a suspeita clínica de AVC.

O acionamento bem como a comunicação ocorrerá pelo dispositivo tablet que ficará disponível no Pronto Atendimento (PA) localizado no 2º andar do Hospital na sala de triagem e no Térreo do hospital na sala de tomografia no setor de imagem.

Em todos os casos em que se suspeite de AVC com sintomas < 24 horas, deve-se acionar Código AVC, inclusive nas Unidades de Internação.

### **CRIAÇÃO/ACIONAMENTO DO CÓDIGO AVC ATRAVÉS DO JOIN®**

Para criar/acionar um caso de emergência no JOIN®, devemos digitar o passcode, clicar em Time Tracker, em seguida adicionar o caso clicando no sinal de “+”, no canto superior direito. Preencher todos os campos necessários para cadastro do paciente, em seguida clicar em próximo, selecionar o Hospital de internação e salvar. O usuário receberá um aviso de confirmação do caso, após confirmação clicar em OK.

***Obs: Todos os casos de suspeita deverão ser inseridos no JOIN®.***

### **ANOTAÇÃO 2**

As medidas iniciais, descritas a seguir, são aplicadas a todos os pacientes com suspeita clínica ou confirmação diagnóstica de AVC. Elas são necessárias para estabilização hemodinâmica e permitem o tratamento trombolítico na fase aguda do AVCI.

O Enfermeiro fica responsável por coordenar a coleta de exames (glicemia, hemograma, coagulograma, sódio, potássio, uréia, creatinina, marcadores de necrose miocárdica e se pertinente  $\beta$ -HCG), acesso venoso periférico, além de tratar hipertemia (conforme prescrição médica), hipoxemia e eventuais distúrbios de glicemia.

### **MONITORIZAÇÃO RESPIRATÓRIA**

A manutenção da oxigenação adequada é importante nos casos de AVC, prevenindo a hipóxia. A oferta de oxigênio suplementar deve ser realizada quando a saturação de oxigênio no oxímetro de pulso for menor que 94%.

### **MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E DE PRESSÃO ARTERIAL**

A monitorização cardíaca deve ser mantida ao menos nas primeiras 24 horas de instalação do AVC e qualquer arritmia grave deve ser tratada. A pressão arterial deve ser monitorada continuamente. Realizar ECG de 12 derivações na primeira hora do paciente após suspeita de AVC.

### **TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO NA FASE AGUDA DO AVC**

A redução inadvertida dos níveis pressóricos pode ser deletéria na fase aguda do AVC por aumentar o infarto na área de penumbra cerebral. O uso de medicamentos como morfina e outros analgésicos deve ser criterioso e sob monitorização constante pelo seu efeito vasodilatador e risco de hipotensão.

### **PACIENTES CANDIDATOS A TERAPIA TROMBOLÍTICA**

Pressão sistólica >185 mmHg ou diastólica > 110 mmHg: administrar nitroprussiato endovenoso a 0,5 mcg/kg/min em dose inicial. Caso a pressão não for mantida < 185/110 mmHg não administrar rtPA.

### **MANEJO DA PRESSÃO ARTERIAL EM PACIENTES ELEGÍVEIS PARA TRATAMENTO TROMBOLÍTICO**

Pressão Arterial	Medicamento	Intervalo para Verificação
PAS>185 mmHg e ou PAD>110 mmHg	Betabloqueador ou Nitroprussiato	5 minutos
PAS>185 mmHg e ou PAD>110 mmHg sem resposta ao betabloqueador	Nitroprussiato	5 minutos
PAD>140 mmHg	Nitroprussiato	5 minutos

## MANEJO DA PRESSÃO ARTERIAL APÓS O TRATAMENTO TROMBOLÍTICO

Pressão Arterial	Medicamento	Intervalo para Verificação
PAS>180 mmHg e ou PAD>105 mmHg	Betabloqueador ou Nitroprussiato	5 minutos
PAS>180 mmHg e ou PAD>110 mmHg sem resposta ao betabloqueador	Nitroprussiato	5 minutos
PAD>140 mmHg	Nitroprussiato	5 minutos

## PACIENTES NÃO CANDIDATOS A TERAPIA TROMBOLÍTICA

Pressão sistólica < 220mmHg ou diastólica < 120 mmHg, o tratamento será conservador, exceto nos casos de emergências hipertensivas.

Caso a pressão arterial sistólica for maior que 220/120 mmHg, deve-se administrar Nitroprussiato endovenoso a 0,5mcg, kg/min em dose inicial ou Metoprolol. Com o objetivo de reduzir em torno de 15% o valor da pressão arterial em um período de 24 horas.

Pressão Arterial	Medicamento	Intervalo para Verificação
PAS < 220 mmHg PAD < 120 mmHg PAM < 130 mmHg	Não tratar	De acordo com a tabela de intervalo e frequência de verificação de PA
PAS > 220 mmHg PAD > 120 mmHg PAM > 130 mmHg	Nitroprussiato	5 minutos
PAD>140 mmHg	Nitroprussiato	5 minutos

## AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA INICIAL

O exame neurológico deve ser breve e direcionado, para isso, são utilizadas a escala de coma de Glasgow (ANEXO 1), NIHSS (ANEXO 2) e Escala de Rankin (ANEXO 3)

### **ANOTAÇÃO 3**

O Médico Emergencista deve avaliar o paciente do protocolo AVC em até 10 minutos da chegada. O horário preciso do início dos sintomas deve ser confirmado. Se esta informação não puder ser obtida, deve ser considerado o horário da última vez que o paciente foi visto sem déficits. Para casos em que o paciente acorda com o déficit, considera-se o início dos sintomas a hora que o paciente foi dormir ou o último momento que ele foi visto assintomático.

### **ANOTAÇÃO 4**

A tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste deve ser realizada em 25 minutos da chegada do paciente E INTERPRETADA em até 45 minutos do atendimento inicial. O interpretador deve fornecer as seguintes informações: presença de sangue, presença de infarto atual ou antigo, sinais precoces de isquemia, edema cerebral e sinal da artéria cerebral média hiperdensa.

### **ANOTAÇÃO 5**

Após exame físico, neurológico, anamnese, COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS (Glicemia, hemograma, coagulograma, sódio, potássio, uréia, creatinina, marcadores de necrose miocárdica e se pertinente  $\beta$ -HCG) e TC de crânio realizados, deve-se realizar contato via JOIN® para discussão do caso, confirmação diagnóstica e orientação na conduta.

### **ROTA 1 – PROTOCOLO AVC**

### **ANOTAÇÃO 6**

### **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA TERAPIA TROMBOLÍTICA:**

<u>Contraindicações ABSOLUTAS</u>	<u>Contraindicações RELATIVAS</u>
1.Sangramento ativo	1.Idade menor que 18 anos
2.Contagem de plaquetas < 100.000	2.Deficit clinico leve ou em resolução
3.Glicose sérica < 50mg/dL ou > 400mg/dL	3.Cirurgia de grande porte ou trauma grave nos últimos 14 dias
4.TTPa alargado ou TTP (>15 s) ou INR > 1.7	4.Hemorragia gastrointestinal ou genito-urinária nos últimos 21 dias, varizes de esôfago
5.Cirurgia intracraniana ou espinhal recente	5.TC com sinais precoces de envolvimento de mais de 1/3 do território da artéria cerebral media a tomografia inicial ou envolvimento superior a 1/2 do território da artéria cerebral anterior ou posterior
5.Cirurgia intracraniana ou espinhal recente	5.TC com sinais precoces de envolvimento de mais de 1/3 do território da artéria cerebral media a tomografia inicial ou envolvimento superior a 1/2 do território da artéria cerebral anterior ou posterior
6.Punção lombar nos últimos 7 dias	6.Crise epiléptica precedendo à instalação do AVC mantendo sintomas pós-ictais
7.Suspeita clínica de HSA, apesar de TC normal	7.Evidência de pericardite ativa, abortamento recente, gravidez e puerpério
8.História conhecida de hemorragia intracraniana ou Malformação Artério-Venosa	8. Infarto agudo do miocárdio nos últimos 3 meses

9. PAS sustentada >185mmHg ou PAD > 110mmHg não controlada com medicação	
10.TCE importante ou AVC isquêmico extenso nos últimos 3 meses	
11. Punção arterial e venosa em sítio não compressível nos últimos 7 dias	
12.Uso de Dabigatrana, Apixabana, Rivaroxabana ou Edoxabana até 2 dias antes do evento	

### **ANOTAÇÃO 7**

Os pacientes que têm todos os critérios de inclusão abaixo e não tem nenhum critério de exclusão, podem ser submetidos à terapia trombolítica endovenosa.

- Início dos sinais e sintomas entre 0 e 4 horas e 30 minutos;
- Tomografia computadorizada (TC) de crânio sem hemorragia, ou sinais precoces de edema cerebral importante;
- Sintomas neurológicos persistentes.

A trombólise endovenosa deve ser realizada com o paciente em leito com monitorização multiparamétrica (oximetria, monitorização cardíaca, pressão arterial (PA) não invasiva e neurologia clínica) e deve ser realizada em até 1 hora da chegada do paciente.

O paciente deve estar com dois acessos venosos calibrosos em membros superiores. Esse segundo acesso venoso periférico pode ser garantido após a realização da tomografia computadorizada

O acesso venoso para infusão de rtPa deve ser exclusivo. Para garantir a infusão completa a droga deve ser administrada em equipo compatível com a bomba de infusão institucional. A dose do rt-PA é de 0,9 mg/kg, com máximo de 90 mg de dose total.

Infundir 10% da dose em bolus durante 1 minuto. Infundir o restante da dose em 60 minutos, em bomba de infusão.

<b>Peso</b>	<b>Dose Total</b>	<b>Bolus</b>	<b>Infusão (60 min)</b>
50 Kg	45 mg	4,5 mg	40,5 mg
55 Kg	49,5 mg	4,95	44,55 mg
60 Kg	54 mg	5,4 mg	48,6 mg
65 kg	58,5 mg	5,48 mg	53,02 mg
70 Kg	63 mg	6,3 mg	56,7 mg
75 Kg	67,5 mg	6,7 mg	60,8 mg
80 Kg	72 mg	7,2 mg	64,8 mg
85 Kg	76,5 mg	7,6 mg	68,9 mg
90 Kg	81 mg	8,1 mg	72,9 mg
95 Kg	85,5 mg	8,55 mg	76,95 mg
≥ 100 Kg	90 mg	9,0 mg	81,0 mg

A avaliação neurológica e a monitoração da pressão arterial devem ser realizadas a cada 15 minutos na primeira hora e a cada hora nas próximas 24 horas. Caso a PA sistólica seja  $\geq 180$  mmHg ou se a pressão diastólica for  $\geq 105$  mmHg, aumentar a frequência de medições da PA. Administrar medicamentos anti-hipertensivos para manter a pressão arterial igual ou abaixo desses níveis.

**A presença do médico e do enfermeiro é obrigatória durante a infusão do trombolítico.**

**Deve-se interromper infusão do rt-PA diante das seguintes situações:**

- Piora do déficit neurológico com diminuição do nível de consciência (queda de 4 pontos da Escala de AVC do NIHSS), cefaléia, náuseas e vômitos e ou sinais sugestivos de hemorragia intracraniana.

**Caso haja um desses sinais e sintomas, deve-se:**

- Garantir dois acessos venosos periféricos calibrosos e administrar solução fisiológica.
- Solicitar exames urgentes: Hematócrito (Htc) e hemoglobina, tempo de protrombina e tempo de protrombina parcial ativada, plaquetas, fibrinogênio e exames pré-transfusionais
- Solicitar avaliação da equipe da neurocirurgia se sangramento intracraniano. Infundir: 6 a 10 unidades de crioprecipitado, 2 a 3 unidades de plasma fresco (se RNI >1,5) ou ainda 6 a 8 unidades de plaquetas ou concentrado de hemácias, se queda de Hemoglobina.
- Evitar colocação de sondas nasogástricas, sondas vesicais, ou cateteres de pressão intra-arterial.

## **ANOTAÇÃO 8**

### **TRATAMENTO ENDOVASCULAR NO AVC**

Atualmente existem 2 situações em que se deve considerar a possibilidade de Trombectomia mecânica:

1) Entre 4,5 horas e 8 horas: preconiza-se a trombectomia mecânica em casos de obstrução proximal das artérias cerebrais. Se houver dificuldade técnica para trombectomia mecânica, fica a julgamento do neurointervencionista em conjunto com o neurologista, o melhor tratamento.

2) Após trombólise endovenosa, quando:

- ✓ Idade > 18 anos
- ✓ Escala modificada de Rankin < = 1
- ✓ Trombólise endovenosa realizada dentro de 4,5 h
- ✓ Escala de AVC do NIHSS > 6
- ✓ TC crânio sem contraste mostrando escore de ASPECTS >=6
- ✓ AngioTC com oclusão de Artéria carótida Interna ou Arteria cerebral média – primeiro segmento (M1)
- ✓ Punção arterial dentro das primeiras 6 horas do início dos sintomas.

Em situações de exceção, nos casos em que temos AVC secundário a obstrução de artérias do território posterior (vertebrais ou basilar), podemos considerar caso a caso, a expansão da janela terapêutica trombolítica (intra arterial) até 12 horas. Nos raros casos que o paciente tem menos de 4,5h do início dos sintomas e tem contra indicação ao tratamento trombolítico endovenoso, pode-se considerar o uso da

trombectomia mecânica.

### **ANOTAÇÃO 9**

Os pacientes que chegam de 8 a 12 horas do início dos sintomas, devem ser submetidos à terapia conservadora, como o uso de anti agregantes, estatina, e profilaxia para TEV, além de avaliação de fisioterapia e fonoaudiologia. Em situações de exceção, quando há AVC secundário a obstrução de artérias do território posterior (vertebrais ou basilar), podemos considerar, caso a caso, a expansão da janela terapêutica trombolítica (intra-arterial) de 8 a 12 horas do início dos sintomas.

### **ANOTAÇÃO 10**

Os cuidados pós trombólise com uso do rtPA incluem:

1. Não utilizar anti-trombóticos nas 24 horas após administração de rtPA
2. Não realizar cateterização arterial ou punção venosa profunda nas primeiras 24 horas
3. Não passar sonda vesical até 30 minutos após término do rtPA IV
4. Evitar SNG, SNE nas primeiras 24 horas
5. Realizar tomografia de crânio e Hemoglobina, Hematócrito, TP, TTPA entre 12-24 horas, para avaliar terapêutica anti-trombótica após 24 horas
6. Monitorização da pressão arterial:
  - ✓ a cada 15 minutos por 2 horas
  - ✓ a cada 30 minutos por 6 horas
  - ✓ a cada hora por 18 horas
7. Uso de compressão pneumática ou meias compressivas nas primeiras 24 horas para prevenção de TEV
8. Temperatura a cada 2 horas e glicemia de 6/6 horas
9. Contribuir para manter PAs < 185 e PAd < 110 mmHg
10. Realizar Escala de AVC do NIH:
  - ✓ 15/15 min por 1 hora
  - ✓ 30/30 min por 6 horas
  - ✓ 1/1h por até completar 24h da trombólise
11. Manejo da pressão arterial rigoroso de acordo com os parâmetros específicos pós-trombólise.

## **OBSERVAÇÕES:**

### **AValiação e Acompanhamento da Equipe Multidisciplinar do Paciente com AVC**

Todos os pacientes receberão uma avaliação inicial das equipes de fonoaudiologia, fisioterapia e nutrição. Nesta avaliação inicial será definido pelo profissional a necessidade de acompanhamento, conforme demanda observada.

### **PREVENÇÃO SECUNDÁRIA PARA ALTA HOSPITALAR DO PACIENTE COM AVC**

1. Avaliar dieta com equipe de nutricionistas e nutrólogos.
2. Avaliar necessidade de sonda nasoesférica ou gastrostomia
3. Manutenção de droga antiagregante plaquetária em casos de AVCI(AAS ou clopidogrel)
4. Pacientes com determinados casos de AVCI por Fibrilação atrial/flutter (FA/Flutter), deverão ser avaliados para alta com anticoagulação oral. (alvo RNI entre 2-3)
5. Reavaliar orientação para reabilitação após a alta hospitalar.
6. Avaliar Escala de AVC do NIHSS e Rankin da alta hospitalar.
7. Prevenção dos fatores de risco vascular.
8. Educação – identificar manifestações que sugiram recidiva de doença cerebrovascular.

### **ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO GESTOR**

- ✓ Acompanhamento dos casos Suspeitos e Confirmados
- ✓ Busca ativa dos casos / Gerenciamento 100% dos casos confirmados
- ✓ Intervenção (s/n) no momento da abertura do protocolo garantindo a adesão ao protocolo
- ✓ Coleta de dados dos casos confirmados
- ✓ Discussão dos casos com equipe médica
- ✓ Feedback para os profissionais envolvidos nas não conformidades
- ✓ Treinamento da equipe médica e de enfermagem
- ✓ Análise e tabulação dos dados
- ✓ Apresentação e Divulgação dos Resultados

## INDICADORES DO PROTOCOLO

- ✓ Tempo atendimento médico inicial
- ✓ Tempos de Interpretação da TC de crânio
- ✓ Tempo médio porta-agulha
- ✓ Terapia anti trombótica com 48 horas de admissão.
- ✓ Terapia antitrombótica na alta
- ✓ Mortalidade
- ✓ Estatina da Alta

## VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ringleb P, Werner H and the ESO guideline council. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. [www.eso-stroke.org](http://www.eso-stroke.org). Adams HP, and AHA guidelines council. Guidelines for the early management of adults with ischaemic stroke. Stroke 2007; 38: 1655-1711. Werner H, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Davalos A, Guidetti D, Larrue V, Lees KR, Medeghri Z for the ECASS Investigators. Thrombolysis with alteplase 3 to 4,5 hours after acute ischaemic stroke. N Engl J Med 2008; 359: 1317-29.

Schwamm LH, Fonarow GC, Reeves MJ, Pan W, Frankel MR, Smith EE, Ellrodt G, Cannon CP, Liang L, Peterson E, LaBresh KA. Get With The Guidelines Is associated with sustained improvement in care for hospitalized with acute stroke or Transient ischaemic attack. Circulation 2009; 119: 107-115. Heiss WD. The ischaemic penumbra: correlates in imaging and implications for treatment of ischaemic stroke. Cerebrovasc Dis 2011; 32: 307-320. The penumbra pivotal stroke trial investigators. The Penumbra Pivotal Stroke Trial: Safety and Effectiveness of a new generation of mechanical devices for clot removal in intracranial large vessel occlusive disease. Stroke 2009; 40: 2761-2768.

Raffin, N.C. et al. Revascularização Clínica e intervencionista no acidente vascular cerebral isquêmico agudo. Arq Neuropsiquiatria. São Paulo: v.64, n.2, p.342-348, 2006. Pontes Neto, O.M.; et al. Diretrizes para o manejo de pacientes com hemorragia intraparenquimatosa cerebral espontânea. Arq

Neuropsiquiatria. São Paulo: v.67,n3-b, 940-950, 2009 Lotufo,P.A.Mortalidade pela doença cerebrovascular no Brasil. Rev Bras Hipertensão. SãoPaulo: v.4, p.387-391, 2000.

Ed. Zukerman, Eliova, et al Acidente vascular cerebral. Protocolosgerenciados do Hospital Israelita Albert Einstein – 1ª edição.Ed. Manole,2010. Koizumi MS, Diccini S. Enfermagem emneurociências – fundamentos para prática clínica. 1ª edição. Ed. Atheneu, 2006.pag. 329 – 358. Easton, J. Donald, ET AL. Definition and Evaluationof Transient Ischemic Attack: A Scientific Statement for HealthcareProfessionals. The American Heart Association/American Stroke AssociationStroke Council. Stroke 2009;40;2276-2293. The ASPEN-Nutrition Support CoreCurriculum, 2007 Kondrup J. ESPEN Guidelines for NutritionScreening 2002. Clinical Nutrition 22(4): 415–421. 2003.

Kushner, F. Obesity in: The ASPENNutrition Support Practice Manual, The American Society of Enteral andParenteral Nutrition. Silver Spring, MD.1998. Simonetti JC, Batista L, Carvalho L. Hábitos de saúde e fatores derisco em pacientes hipertensos. Rev. Latino – Am. Enfermagem 2002;10 (3): 415 – 422. Pontes-Neto OM,Oliveira-Filho J, Valiente R, Friedrich M, Pedreira B, Rodrigues BC, LiberatoB, Freitas GR. Brazilian guidelines for themanagement of intracerebral hemorrhage. Arq Neuropsiquiatr2009;67(3B):940-50.

## **VII - ANEXOS**

### **ANEXO 1. Escala de Coma de Glasgow**

## ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

ANEXO 2. Escala de AVC do Instituto Nacional de Saúde (EUA), ou National Institute of HealthStroke Scale (NIHSS)

## Escala de AVC do NIH (realizar NIH de 6/6 horas nas 1<sup>as</sup> 24 horas)

		ADMISSÃO	PRÉ	PÓS	GRUPOS
		DATA	DATA	DATA	LURA
		HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO
NÍVEL DE CONSCÍENCIA	0 alerta; 1 descerta com estímulo verbal;	2 desperta somente com estímulo doloroso; 3 resposta reflexa a estímulo algico;			
ORIENTAÇÃO: idade e mês	0 ambos corretos; 1 um correto	2 ambos incorretos;			
COMANDOS abrir/fechar olhos, apertar e soltar mão	0 ambos corretos; 1 um correto	2 ambos incorretos;			
MOTRICIDADE OCULAR (voluntária ou olhos de boicai)	0 normal; 1 paresia do olhar conjugado;	2 desvio/conjugação de olhar;			
CAMPOS VISUAIS	0 normal; 1 hemianopsia parcial, cuadrantanopsia extinção;	2 hemianopsia completa; 3 ceguera cortical;			
PARESIA FACIAL	0 normal; 1 paresia mínima (aspecto normal em repouso, sorriso assimétrico);	2 paresia/segmento inferior da face; 3 paresia/segmentos superior e inferior da face			
MOTOR MEMBRO SUPERIOR: braços estendidos 90° (sentado) ou 45° (deitado) por 10s	0 sem queda; 1 queda, mas não atinge o leito; 2 força contra gravidade mas não sustenta;	3 sem força contra gravidade, mas qualquer movimento mínimo conta; MSD 4 sem movimento; MSE			
MOTOR MEMBRO INFERIOR: elevar as pernas a 30° (deitado) por 5s	0 sem queda; 1 queda, mas não atinge o leito; 2 força contra gravidade mas não sustenta;	3 sem força contra gravidade, mas qualquer movimento mínimo conta; MID 4 sem movimento; MIE			
ATAXIA APENDICULAR	0 sem ataxia; 1 ataxia em membro superior ou inferior	2 ataxia presente em dois membros superior e inferior;			
SENSIBILIDADE DOLOROSA	0 normal; 1 déficit unilateral mas reconhece o estímulo (ou alísico, confuso);	2 paciente não reconhece o estímulo ou com o déficit bilateral			
LINGUAGEM	0 normal; 1 afasia leve/moderada (compreensível);	2 afasia severa (quase sem troca de informações); 3 mudo, afasia global, coma;			
DISAFRIA	0 normal; 1 leve a moderada;	2 severa, ininteligível ou mudo; X intubado;			
EXTINÇÃO/NEGLIGÊNCIA	0 normal; 1 negligência ou extinção em uma modalidade sensorial;	2 negligência em mais de uma modalidade sensorial;			
<b>TOTAL</b>					
		Escore de alta UTI <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>			

### ANEXO 3. Escala de Rankin

TABELA 1  
Escala de Rankin modificada<sup>28</sup>

Pontuação	Descrição
0	Sem qualquer sintoma.
1	Sem incapacidade significativa apesar dos sintomas; capaz de realizar todos os deveres e atividades usuais.
2	Incapacidade leve; incapaz de realizar todas as atividades prévias, mas é capaz de cuidar de si próprio sem auxílio.
3	Incapacidade moderada; necessita de alguma ajuda, mas é capaz de caminhar sem assistência.
4	Incapacidade moderadamente grave, incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender a suas necessidades físicas sem assistência.
5	Incapacidade grave, acamado, incontinente, requer constante atenção e cuidados de enfermagem.
6	Óbito.

# Atendimento do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo

