

#### **ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)**

| Tipo de Documento<br>Protocolo | Controle<br>MED 012 | <b>Área Emitente</b><br>Corpo Clínico | <b>Data - Criação</b><br>06/2017 | Vigente     |
|--------------------------------|---------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-------------|
| Abrangência                    | Revisão             | Data - Última Revisão                 | Páginas                          | 2021 - 2023 |
| Assistência                    | 03                  | 07/2021                               | 01 / 26                          | 2021 - 2025 |

#### 1. OBJETIVO

Garantir atendimento adequado aos pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC), visando diminuir a mortalidade.

#### 2. ABRANGÊNCIA

Equipe multidisciplinar envolvida na assistência ao paciente com diagnóstico de AVC.

#### 3. 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.

#### 4. MAGNITUDE

A cada 6 segundos, uma pessoa morre por AVC e uma em cada seis pessoas terá AVC durante toda sua vida. Representa a segunda maior causa de morte e a principal causa de morbidade do mundo, com 13,7 milhões de pessoas afetadas e 5,5 milhões de mortes por ano. A prevalência aumentou entre 1990 e 2016, devido a redução do número de mortes e otimização do tratamento. É mais

| Elaboração               | Revisão e Aprovação  | Validação |
|--------------------------|--|-----------|
| Gestão Médica Neurologia | Gerência Corporativa Técnica Médica<br>Gestão Médica UTI's | Qualidade |
|                          | Gestão Médica PA   |           |

comum em países em desenvolvimento, a segunda causa mais frequente de demência e a etiologia mais frequente de epilepsia no idoso.

A incidência de AVC aumenta com a idade, dobrando após os 55 anos e segue com uma tendência alarmante, o acometimento de pessoas com idade entre 20-54 anos aumentaram de 12,9% para 18,6% em todos os casos globalmente entre 1990 e 2016. A maior incidência de AVC relatada é na China, onde afeta cerca de 331–378 indivíduos por 100.000 anos de vida. A segunda maior taxa está na Europa Oriental (181–218 por 100.000 anos de vida) e a mais baixa na América Latina (85–100 por 100.000 anos de vida).

No Brasil, as doenças cerebrovasculares têm grande impacto sobre a saúde da população, situandose, conforme o ano e o Estado da Federação entre a primeira e a terceira causa de mortalidade. Outra característica importante do AVC é ser a causa mais frequente de incapacidade.

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.

A ocorrência de AVC em homens e mulheres também depende da idade. É maior em idades mais jovens nas mulheres, enquanto a incidência aumenta ligeiramente com a idade nos homens. O maior risco de acidente vascular cerebral em mulheres se deve a fatores relacionados à gravidez, como préeclâmpsia, uso de anticoncepcionais e terapia hormonal, além da enxaqueca com aura. A fibrilação atrial aumenta o risco de AVC em mulheres com mais de 75 anos em 20%. Com base na Escala do National Institutes of Health Stroke (0 = sem AVC, 1-4 = AVC leve, 5-15 = AVC moderado, 15-20 = AVC moderado / grave, 21-42 = AVC grave), a gravidade média do AVC foi estimada em 10 para mulheres e 8,2 para homens. Tanto o infarto cerebral quanto a hemorragia intracerebral (HIC) são comuns em homens, mas o AVC cardioembólico, uma forma mais grave de AVC, é mais prevalente entre as mulheres. A taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral também é maior entre as mulheres.

As mulheres vivem mais do que os homens, o que é um dos motivos de sua maior incidência de AVC; outra preocupação importante é a demora das mulheres em aceitar ajuda para os sintomas em curso. Para os homens, as causas mais comuns de acidente vascular cerebral são tabagismo, consumo excessivo de álcool, infarto do miocárdio e distúrbios arteriais.

#### 5. PROTOCOLO DE AVC

#### > ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um conjunto de condições nas quais há falhas no suprimento sanguíneo do cérebro que acarretam perda súbita das funções cerebrais. Pode ser dividido em dois tipos:

- O <u>Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI)</u>, o mais comum, é causado pela falta de sangue em determinada área do cérebro, decorrente da obstrução de uma artéria. Responsável por 85% dos casos de derrame, a doença é a principal causal de morte e incapacidades no Brasil.
   O tabagismo, altas taxas de colesterol e triglicérides, sedentarismo e doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial e arritmias cardíacas são os principais fatores de risco.
- O <u>Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico</u> (AVCH) é causado por sangramento devido ao rompimento de um vaso sanguíneo. Pode ocorrer para dentro do cérebro ou tronco cerebral (acidente vascular cerebral hemorrágico intraparenquimatoso) ou para dentro das meninges (hemorragia subaracnóidea). A hemorragia intraparenquimatosa (HIP), é o subtipo mais comum de hemorragia cerebral, acometendo cerca de 15 % de todos os casos de AVC. Ocorre principalmente em decorrência da hipertensão arterial ou de uma doença chamada angiopatia amilóide. Nestas doenças, as paredes das artérias cerebrais ficam mais frágeis e se rompem, causando o sangramento.

Nos dois tipos de AVC uma vez que o sangue, contendo nutrientes e oxigênio, não chegam a determinadas áreas do cérebro, ocorre a perda das funções dos neurônios, causando os sinais e sintomas que dependerão da região do cérebro envolvida. Existe outra condição chamada "Ataque Isquêmico Transitório" (AIT ou TIA, do Inglês) que consiste na interrupção temporária do fluxo sanguíneo, causando sinais e sintomas iguais ao AVC que revertem-se espontaneamente em um curto período de tempo.

Os sinais e sintomas do AVC se iniciam de forma súbita e podem ser únicos ou combinados, de acordo com a lista abaixo:

- Enfraquecimento, adormecimento ou paralisação da face, braço ou perna de um lado do corpo;
- Alteração de visão: turvação ou perda da visão, especialmente de um olho; episódio de visão dupla, sensação de "sombra" sobre a linha da visão;
- Dificuldade para falar ou entender o que os outros estão falando, mesmo que sejam as frases mais simples;
- Tontura sem causa definida, desequilíbrio, falta de coordenação no andar ou queda súbita,
   geralmente acompanhada pelos sintomas acima descritos;
- Dores de cabeça fortes e persistentes.

A identificação rápida dos sintomas é muito importante para o diagnóstico e o tratamento adequado, além de redução de incapacidades. Cada minuto é importante, pois quanto mais tempo entre o surgimento dos sintomas e o início do tratamento adequado maior a lesão no cérebro.

O protocolo deve ser aberto na presença de um ou mais sinais. Paciente com suspeita clínica de AVC com tempo de início de sintomas menor do que 4h30 deve ser também acionado o código AVC.

## > 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).

#### > 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 < 4h30, dando prioridade ao seu atendimento. O acionamento do código comunicará a existência de suspeita de AVC, via telefone 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.

#### > TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

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. O cálculo do Escore de ASPECTS é necessário para apoio na decisão terapêutica (Anexo 4).

De acordo com os novos Guidelines do Manejo do AVC hiperagudo, devemos realizar Angiotomografia computadorizada, fase arterial também em todo paciente com diagnóstico de AVC isquêmico com objetivo de avaliar possíveis lesões proximais e solicitar apoio da equipe de neurointervenção.

Após anamnese, exame físico, neurológico, coleta de exames laboratoriais (Glicemia, hemograma, coagulograma, sódio, potássio, ureia, creatinina, marcadores de necrose miocárdica e se pertinente β-HCG) e TC de crânio realizados, deve-se realizar contato via telefone com neurologista para discussão do caso, confirmação diagnóstica e orientação na conduta.

#### > ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO

Após avaliação da tomografia e exclusão de sangramentos e mímicas de AVE, os pacientes que se encontram dentro de 4,5 horas de sintomas são elegíveis para o uso de trombolítico, e dentro de 8

horas são elegíveis para trombectomia, contanto que não apresentem critérios de exclusãopara tal. Pacientes que apresentarem entre 8 e 24 horas de início dos sintomas serão visto caso a caso de acordo com a logística do hospital em relação a disponibilidade de Ressonância Nuclear Magnética para realização do Protocolo Difusão e cálculo do Mismatch.

Os pacientes elegíveis para trombólise e trombolectomia e/ou seus responsáveis legais deverão ser informados dos riscos de hemorragia decorrente do tratamento pelo médico e deverão assinar o termo de consentimento esclarecido (anexo 5). Administrar rtPA EV (0.9mg/Kg, no máximo 90 mg), com 10% da dose total em bolus inicial, seguido da infusão do restante em 60 minutos. A diluição do rtPA é de 1 mg/mL. Deve-se utilizar vasos da extremidade superior e não correr em Y com nenhuma outra medicação.

São listados abaixo, critérios de inclusão e exclusão para uso de R-tpa:

#### > CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA USO DE R-TPA:

- Idade > 18 anos;
- Diagnóstico clínico de acidente vascular cerebral isquêmico;
- Início dos sintomas com menos de 4h e 30 minutos. Se sintomas notados ao acordar, considerar como início o último horário em que estava acordado e assintomático;
- Ausência de alterações precoces ao CT de entrada acometendo área > 1/3 do território de ACM ou sangramento;
- ASPECTS > 7;
- AVC isquêmico em qualquer território encefálico;
- NIHSS > 4, exceto afasia, considerar caso a caso;

OBS: Cuidado se NIH > 22 e idade > 80 anos, considerar caso a caso.

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), cefaleia, 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 intraarterial.

#### > CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA O USO DE R-TPA:

- Melhora clínica completa;
- História conhecida de hemorragia intracraniana, MAV, aneurisma cerebral ou neoplasia intracraniana;
- PAS sustentada > 185 mmHg ou PAD sustentada > 110mmHg;
- Hemorragia gastrointestinal ou genito-urinária nos últimos 21 dias, varizes de esôfago;
- TTPA alargado ou TP prolongado(>15 s);
- Uso de anticoagulantes orais com INR > 1.7;
- Contagem de plaquetas < 100.000;</li>
- Glicose sérica < 50mg/dL ou > 400mg/dL;
- Traumatismo craniano importante, neurocirurgia ou AVC isquêmico nos últimos 3 meses;
- Infarto agudo do miocárdio nos últimos três meses;
- Cirurgia de grande porte nos últimos 14 dias;
- Punção arterial e venosa em sítio não compressível nos últimos 7 dias;
- TC com sinais precoces de envolvimento de mais de 1/3 do território da artéria cerebral média a tomografia inicial ou ASPECTS < 7;</li>
- Crise convulsiva precedendo à instalação do AVC;
- Evidência de pericardite ativa, endocardite, êmbolo séptico, abortamento recente, gravidez e puerpério.

# CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS PARA TROMBÓLISE EM JANELA EXTENDIDA (de 3 A 4,5 HORAS DO INÍCIO DOS SINTOMAS):

- > 80 anos;
- NIHSS > 25;
- Uso de anticoagulante;
- DM + AVC prévio;
- Área isquêmica > 1/3 território cerebral média.

#### > CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA TROMBECTOMIA

- Início dos sintomas até 8 horas do procedimento;
- Oclusão da Artéria Carótida interna e/ou da Artéria Cerebral Média Proximal (M1)\*;
- NIH >/= 6\*\*;
- Ausência de incapacidade grave previa.

#### > CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA TROMBECTOMIA

- Presença de hemorragia;
- Aspects < 6;</li>
- Ausência completa de colaterais leptomeníngeas na angio-CT.
- \* Casos de oclusão ao nível do segmento M2 da artéria cerebral média podem ser indicados discutindo caso a caso com a equipe de neurorradiologia intervencionista.
- \*\*Os critérios de tempo e pontuação na escala do NIHSS podem ser avaliados individualmente pela equipe de neurologia e neurorradiologia intervencionista

Equipe Neurorradiologia Intervencionista:

- Dr João de Deus Costa Alves Jr. 11-948307667
- Dr Jorge Murilo Barbosa de Sousa 11-977386500

Os pacientes que não receberam R-tPA endovenoso por apresentarem alguma contra-indicação

podem beneficiar-seda trombectomia mecânica, embora não existam estudos com este grupo específico.

#### > CUIDADOS CLÍNICOS EM PACIENTES QUE REALIZARAM TROMBÓLISE

- Não administrar heparina, antiagregante plaquetário ou anticoagulante oral nas primeiras 24 horas do uso do trombolítico;
- Manter o paciente em jejum por 24 horas pelo risco de hemorragia e necessidade de intervenção cirúrgica de urgência;
- Verificar escore de AVC do NIH a cada 15 minutos durante a infusão, a cada 30 minutos nas próximas 6 horas e, após, a cada hora até completar 24 horas;
- Neuroimagem deve ser repetida após 24 horas;
- Evitar hipo ou hiperglicemia (manter entre 140 e 180mg/dl);
- Não passar SNE, não administrar medicações intramuscular e não passar acesso venoso profundo;
- SVD passar após 30 minutos do término da trombólise;
- Monitorizar a pressão arterial com frequência antes, durante e até 36 horas após o tratamento trombolítico;
- Se houver qualquer suspeita de hemorragia intracraniana, suspender o rtPA e solicitar uma TC de crânio com urgência, hemograma, TP, KTTP, plaquetas e fibrinogênio;
- Após as 24 horas do tratamento trombolítico, o tratamento do AVC segue as mesmas orientações do paciente que não recebeu trombólise, isto é, antiagregante plaquetário ou anticoagulação;
- Para profilaxia de TVP, utilizar meias elásticas ou compressão intermitente de membros inferiores;
- No pré-tratamento monitore a PA a cada 15 minutos. Após o início da infusão monitore PA a cada 15 minutos nas duas primeiras horas; a cada 30 minutos da terceira a oitava hora e, após, a cada hora até completar 36 horas do início do tratamento;
- Utilizar anti-hipertensivo endovenoso para PA > 180/105 mmHg:
  - Nitroprussiato de sódio 1 amp = 50mg. Diluir em 250ml de SG5%. Usar de 0.5 8 g/Kg/min.

Metoprolol 1 amp = 5mg = 5 ml. Aplicar 5mg EV a 1 ml/min a cada 10 min. até o máximo de
 20mg.

#### > ABORDAGEM PARA PACIENTES NÃO ELEGÍVEIS A TROMBÓLISE:

Os pacientes não submetidos à trombólise deverão permanecer:

- PA deve ser reduzida apenas se PAS>220 ou PAD>120mmHg. Nestes casos, a redução da PA
   não deve exceder 15% dos valores iniciais nas primeiras 24 horas;
- Controle da temperatura;
- Controle glicêmico: manter entre 140 e 180mg/dl;
- AAS dose diária de 160 a 300mg;
- Sintomas há menos 24 horas e NIHSS menor ou igual a três combinar o uso de Clopidogrel
   (dose ataque 300mg seguido por 75mg/dia) e prescrição de estatinas.

### > INDICAÇÃO DE CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA

A isquemia extensa em território da artéria cerebral médica é extremamente grave e nestes casos devemos pensar na realização de craniotomia descompressiva.

A craniotomia descompressiva visa diminuir a pressão intracraniana e acomodação de estruturas cerebrais com melhora da perfusão da área perilesional. Está indicada após avaliação neurológica quanto aos protocolos de trombólise endovenosa e trombectomia mecânica, afastando-se as comorbidades clínicas que impeçam a cirurgia.

Quanto mais precoce for realizada melhor seu resultado e está indicada nas primeiras 24 horas de instalação do déficit, não devendo ultrapassar 48 horas. O paciente não deve estar em coma (Glasgow ≥8) e não pode apresentar sinais clínicos de herniação cerebral.

#### 1. WEAK UP STROKE

Definido como o AVC isquêmico que é percebido pelo paciente ao acordar, e que contam com aproximadamente 20 a 25% dos casos. Como não é possível precisar o horário do evento, nestes casos, está indicada a realização de ressonância magnética de crânio com as sequências difusão, Flair, SWI, e TOF.

O tempo do AVE pode ser estimado e o paciente tratado dependendo da presença de difusão positiva e Flair negativo confirmando que a lesão tem poucas horas e que o paciente pode ser tratado com trombolítico até 3(três) horas após acordar.

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

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

#### 2. ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO HEMORRÁGICO

O manejo inicial do AVE hemorrágico é igual ao do AVE isquêmico sendo possível diferenciá-los apenas após a tomografia de crânio.

O tratamento agressivo da hipertensão arterial mantendo níveis pressóricos sistólicos abaixo de 140mmHg nos primeiros sete dias se associou com melhores resultados.

Quando presente a coagulopatia deve ser corrigida o mais rápido possível. Opções para corrigir a

coagulopatia em pacientes em uso de warfarina incluem vitamina K (5-10mg, IV), plasma fresco congelado e concentrado do complexo protrombínico.

A reversão da coagulopatia provocada pelos novos anticoagulantes orais ainda é uma questão em estudo. A reversão da dabigatrana pode ser obtida por meio do antídoto específico Idarucizumabe. A dabigatrana também pode ser filtrada do sangue através da hemodiálise. Rivaroxabana e apixabana podem ser parcialmente revertidas pelo uso de concentrado do complexo protrombínico.

O uso profilático de anticonvulsionante não é recomendado, porém o tratamento de crises epiléticas deve ser rápido.

A drenagem cirúrgica do hematoma intracerebral tem como objetivo reduzir o efeito de massa, o controle da hipertensão intracraniana, o bloqueio da liberação de produtos agressivos ao tecido cerebral oriundos da degradação do sangue e substâncias inflamatórias.

#### A drenagem cirúrgica está indicada:

- Hematomas pequenos <10ml, sem efeito de massa significativo e com paciente vigil devem ser tratados conservadoramente.
- Hematomas com volumes moderados (10-30ml), sem efeito de massa importante, em pacientes conscientes (Glasgow>10), devem ser tratados clinicamente no início, e se houver deterioração clínica, deve-se considerar intervenção cirúrgica.
- Pacientes com distúrbio de consciência (Glasgow <10) e com hematomas com efeito de massa significativo (>30 ml) e/ou sinais de hipertensão intracraniana devem ser tratados cirurgicamente.
- Hematomas cerebelares com volume >15 ml ou > 3cm de diâmetro e com rebaixamento do nível de consciência (Glasgow ≤13) devem ser tratados cirurgicamente.
- Hematomas superficiais lobares (>10ml), mesmo em pacientes acordados, pode-se considerar o tratamento cirúrgico inicial.
- Pacientes com sinais de hipertensão intracraniana, mesmo com quadro clínico estável tem indicação de cirurgia precoce, nas primeiras 24 horas.
- Monitorização intracraniana é considerada em pacientes com suspeita de hipertensão intracraniana(HIC), isto é, com rebaixamento do nível de consciência (GlasgoW<8) e sinais</li>

tomográficos sugestivos de HIC.

#### > AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO PACIENTE COM AVC

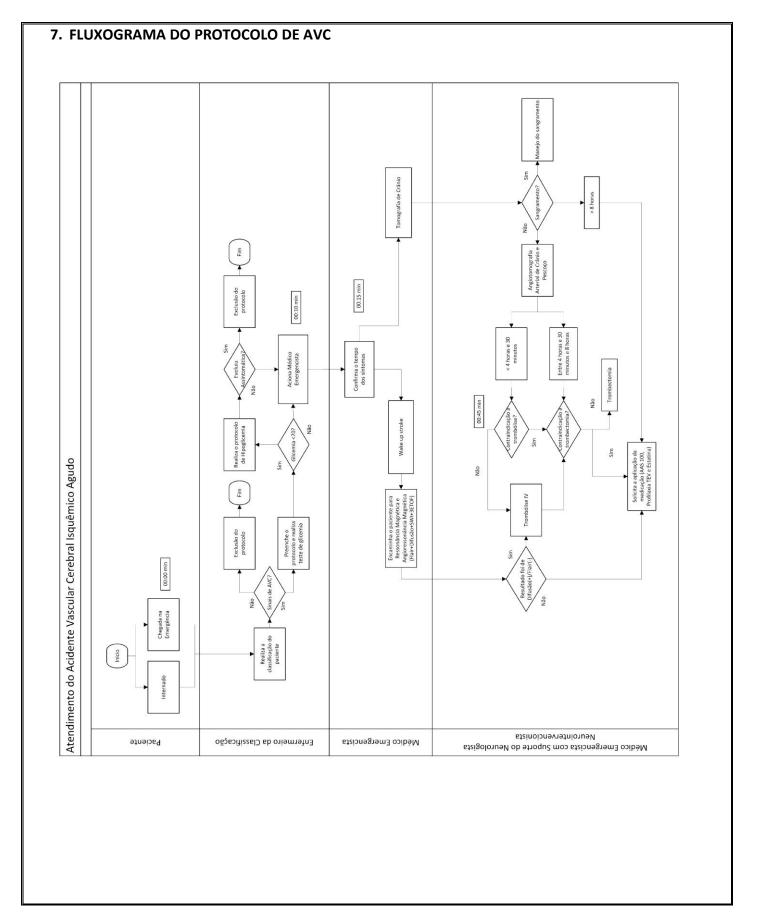
Todos os pacientes receberão uma avaliação inicial das equipes de fonoaudiologia, fisioterapia e nutrição. Nesta avaliação inicial será definido pelo profissional a necessidade de acompanhamento, conforme demanda observada.

#### > 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.

#### 6. 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



#### 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- a) Martins SO, Mont'Alverne F, Rebello LC, Abud DG, Silva GS, Lima FO, Parente BSM, Nakiri GS, Faria MB, Frudit ME, de Carvalho JJF, Waihrich E, Fiorot JA Jr, Cardoso FB, Hidalgo RCT, Zétola VF, Carvalho FM, de Souza AC, Dias FA, Bandeira D, Miranda Alves M, Wagner MB, Carbonera LA, Oliveira-Filho J, Bezerra DC, Liebeskind DS, Broderick J, Molina CA, Fogolin Passos JE, Saver JL, Pontes-Neto OM, Nogueira RG; RESILIENT Investigators. Thrombectomy for Stroke in the Public Health Care System of Brazil. N Engl J Med. 2020 Jun 11;382(24):2316-2326. doi: 10.1056/NEJMoa2000120. EndoVascular Treatment With Stent-retriever and/or Thromboaspiration vs. Best Medical Therapy in Acute Ischemic Stroke (RESILIENT)
- b) <u>Amy Guzik, Cheryl Bushnell</u>. Continuum (Minneap Minn). 2017 Feb;23(1, Cerebrovascular Disease):15-39. doi: 10.1212/CON.00000000000416.Stroke Epidemiology and Risk Factor Management
- C) Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis. 2020 Apr 1;1866(4):165260. doi: 10.1016/j.bbadis.2018.09.012. Epub 2018 Sep 15. Derek Barthels, Hiranmoy Das Current advances in ischemic stroke research and therapies.
- d) Jenny P Tsai 1, Gregory W Albers. Top Magn Reson Imaging. 2017 Jun;26(3):97-102. doi: 10.1097/RMR.00000000000126.Wake-Up Stroke: Current Understanding
- e) William J. Powers, Alejandro A. Rabinstein, Teri Ackerson, Opeolu M. Adeoye, Nicholas C. Bambakidis, Kyra Becker, José Biller, Michael Brown, Bart M. Demaerschalk, Brian Hoh, Edward C. Jauch, Chelsea S. Kidwell, Thabele M. Leslie-Mazwi, Bruce Ovbiagele, Phillip A. Scott, Kevin N. Sheth, Andrew M. Southerland, Deborah V. Summers, David L. Tirschwell, on behalf of the American Heart Association Stroke CouncilOriginally published30 Oct 2019https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000011Stroke. 2019;50:e344—e418. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association
- f) Mendelow AD, Unterberg A. Surgical treatment of intracerebral haemorrhage. Curr Opin Crit care. 2007; 12(2): 1 74.
- g) Morgentern LB, Frankowski RF, Shedden P, Pasteur W, Grotta JC. Surgical treatment for intracerebral hemorrh (STICH): a single-center, randomized clinical trial. Nweurology. 1998;51(5): 1359-63.
- h) Mendelow AD, Gregson BA, Mitchell PM, Murray GD, Rowan EN, Gholkar AR, et al. Surgical trial in lobar intracereb haemorrhage (STICH II) protocol. Trials. 2011; 12:124.
- i) Zial WC, Tuhrim S, Lane K, Mcbee N, Lees K, dawson J, et al. A multicenter randomized, double-blindede, place controlled phase III study of Clot Lysis Evaluation of Accelerated resolution of Intravascular Hemorrhage (CLEAR Int J Stroke. 2014; 9(4): 536-42.

- j) Jauch EC, Saver JL, Adams HP JR, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, et al. Guidelines for the early manegeme of patients with acute isquemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American he Association/American Stroke Association. Stroke. 2013, 4493): 870-847.
- k) Hong KS, Lee JS. Statins in acute ischemic stroke: a systematic review. J Stroke. 2015; 17(3): 282-301.
- I) Powers WJ, Derdeyn CP, Biller J, Coffey CS, Hoh BL, jauch EC, et al. 2015 American Herat Association/American str Association focused update of 2013 guideline for the early manegmente of pacientes with acute ischemic str regarding endovascular treatment: a guideline for helthcare professional from the American HeAssociation/American Stroke Association. Stroke. 2015; 46(10): 3020-35.

#### 9. ANEXOS

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

#### **ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

| V               | ARIÁVEIS  | ESCORE                     |
|-----------------|---|----------------------------|
| Abertura ocular | Espontânea<br>À voz<br>À dor<br>Nenhuma   | 4<br>3<br>2<br>1           |
| Resposta verbal | Orientada<br>Confusa<br>Palavras inapropriadas<br>Palavras incompreensivas<br>Nenhuma       | 5 <br>4<br>3<br>2<br>1     |
| Resposta motora | Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma | 6<br>5<br>4<br>3<br>2<br>1 |

| TOTAL MÁXIMO | TOTAL MÍNIMO | INTUBAÇÃO |
|--------------|--------------|-----------|
| 15           | 3            | 8         |

#### **ANEXO 2. ESCALA NIHSS**

A escala de AVC do NIHSS é um instrumento de uso sistemático que permite uma avaliação

quantitativa dos déficits neurológicos relacionados com o AVC. Esta escala foi inicialmente desenhada como instrumento de investigação, para medir o estado neurológico inicial nos ensaios clínicos da fase aguda do AVC. Atualmente, a escala é utilizada na fase aguda do AVC como guia terapêutico e na previsão do prognóstico do doente.

Execute os itens da escala de AVC pela ordem correta.

Registe a sua avaliação em cada categoria após cada exame da subescala.

Não volte atrás para alterar pontuações.

Siga as instruções fornecidas para cada uma das técnicas de exame.

As pontuações devem refletir o que o doente consegue fazer e não aquilo que o clínico pensa que ele seja capaz de fazer.

Deve registar as respostas enquanto administra a escala e fazê-lo de forma célere. Exceto quando indicado, o doente não deve ser encorajado.



## INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

Execute os itens da escala de AVC pela ordem correta. Registe a sua avaliação em cada categoria após cada exame da subescala. Não volte atrás para alterar pontuações. Siga as instruções fornecidas para cada uma das técnicas de exame. As pontuações devem refletir o que o doente consegue fazer e não aquilo que o clínico pensa que ele seja capaz de fazer. Deve registar as respostas enquanto administra a escala e fazê-lo de forma célere. Excepto quando indicado, o doente não deve ser encorajado (i.e., várias tentativas para que o doente faça um esforço especial).

| Instruções  | Definição da escala  | Pontua<br>ção |
|---|--|---------------|
| 1a. Nível de Consciência: O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o paciente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas.  | <ul> <li>0 = Acordado; responde corretamente.</li> <li>1 = Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage.</li> <li>2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados).</li> <li>3 = Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou autonômicas, ou sem qualquer tipo de resposta.</li> </ul> |               |
| 1b. NDC Questões: O paciente é questionado sobre o mês e idade. A resposta deve ser correta - não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.   | <ul> <li>0 = Responde a ambas as questões corretamente.</li> <li>1 = Responde a uma questão corretamente.</li> <li>2 = Não responde a nenhuma questão corretamente.</li> </ul>   |               |
| 1c. NDC Ordens: O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o paciente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa.  | <ul> <li>0 = Realiza ambas as tarefas corretamente.</li> <li>1 = Realiza uma tarefa corretamente.</li> <li>2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</li> </ul>   |               |
| 2. Melhor Olhar Conjugado: Teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálico) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que é revertido pela atividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma parésia de nervo periférico isolada (NC III, IV ou VI), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ou curativo ocular, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado. | <ul> <li>0 = Normal.</li> <li>1 = Paralisia parcial do olhar conjugado.         Esta pontuação é dada quando o olhar é         anormal em um ou ambos os olhos, mas não há         desvio forçado ou paresia total do olhar         conjugado.</li> <li>2 = Desvio forçado ou parésia total do olhar         conjugado não revertidos pela manobra         oculocefálica.</li> </ul>                   |               |

| 3. Campos visuais: Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado em que mexem os dedos para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanópsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11. | <ul> <li>0 = Sem défices campimétricos.</li> <li>1 = Hemianopsia parcial.</li> <li>2 = Hemianopsia completa.</li> <li>3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</li> </ul>   |  |
|---|---|--|
| 4. Parésia Facial: Pergunte ou use gestos para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da contracção facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.  | <ul> <li>0 = Movimentos normais simétricos.</li> <li>1 = Paralisia facial minor (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso).</li> <li>2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total).</li> <li>3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face).</li> </ul>  |  |
| 5. Membros Superiores: O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmas para baixo, a 90° se sentado ou a 45° se posição supina. Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não-parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.   | <ul> <li>0 = Sem queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos.</li> <li>1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte.</li> <li>2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata.</li> <li>3 = Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento.</li> <li>4 = Nenhum movimento.</li> <li>NT = Amputação ou anquilose, explique:</li></ul> |  |

| 6. Membros Inferiores: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre na posição supina. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não-parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.   | <ul> <li>0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos.</li> <li>1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte.</li> <li>2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata.</li> <li>3 = Nenhum esforço contra a gravidade; a perna</li> </ul> |  |
|--|--|--|
| 7. Ataxia de membros: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de défice de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz e calcanhar-joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz   | Cai logo; pousado, o membro faz algum movimento.  4 = Nenhum movimento.  NT = Amputação ou anquilose, explique:  |  |
| a partir da posição de braço estendido.  8. Sensibilidade: Avalie a sensibilidade ou mímica facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo - membros superiores (excepto mãos), inferiores (excepto pés), tronco e face - quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada. Deste modo, doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a=3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item. | <ul> <li>0 = Normal; sem perda de sensibilidade.</li> <li>1 = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada , ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada , mas o paciente sente a tocar.</li> <li>2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</li> </ul>  |  |

| 9. Melhor linguagem: Durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objectos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objetos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O paciente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a=3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples. | <ul> <li>Sem afasia; normal.</li> <li>Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do paciente.</li> <li>Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do</li> </ul> |  |
|---|--|--|
|   | examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o examinador assume a maior parte da comunicação; o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente.  3 = Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.   |  |
| 10. Disartria: Se acredita que o doente consegue, pede-se para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerado não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.   | O = Normal.  1 = Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos nalgumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade.  2 = Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria.  NT = Entubado ou outra barreira física; explique   |  |
| 11. Extinção e Desatenção, antiga negligência. A informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.   | <ul> <li>Nenhuma anormalidade.</li> <li>Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais.</li> <li>Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.</li> </ul>  |  |
|   |  |  |

## Lista para melhor leitura no item 9 (melhor linguagem):

Você sabe como fazer

Descida a terra

Cheguei em casa do trabalho

Perto da mesa, na sala de jantar

Eles ouviram falar no rádio, na noite passada.

Lista de palavras do item 10 (disartria):

Mamãe Obrigado

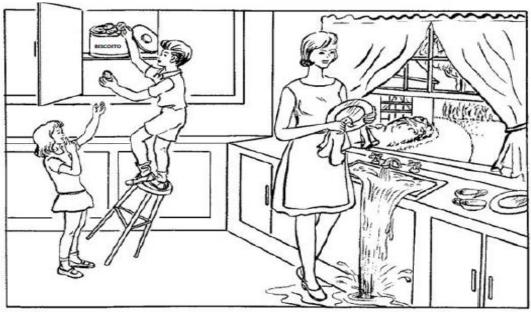
Estrada de ferro Tic-Tac

Jogador de futebol Paralelo

#### Lista para Nomeação no item 9 (melhor linguagem):



## Figura para o item 9. Melhor linguagem



Copyright @ 1983 by Lea & Febroer

Figura para o item 9. Melhor Linguagem.

## ANEXO 3. Escala de Rankin

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

| Pontuação | Descrição   |
|-----------|---|
| 0         | Sem qualquer sintoma.   |
| 1         | Sem incapacidade significante 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.  |

#### **ANEXO 4. ESCORE ASPECTS**

O escore ASPECTS subdivide o território da artéria cerebral média (ACM) em 10 regiões padronizadas avaliadas em dois cortes da TC de crânio: na altura do tálamo e núcleos da base e o próximo corte logo acima dos núcleos da base.

Cada área de hipodensidade precoce na TC sem contraste diminui 1 ponto no escore.

Uma TC normal tem escore ASPECTS de 10.

Um escore zero indica isquemia difusa em todo o território da artéria cerebral média.

Pacientes com Escore ASPECTS ≤ 7 tem um risco maior de transformação hemorrágica e pior evolução neurológica.

A=circulação anterior;

P=circulação posterior

Territórios do escore ASPECTS:

C=caudado;

L=núcleo lentiforme;

IC=cápsula interna;

I= insula;

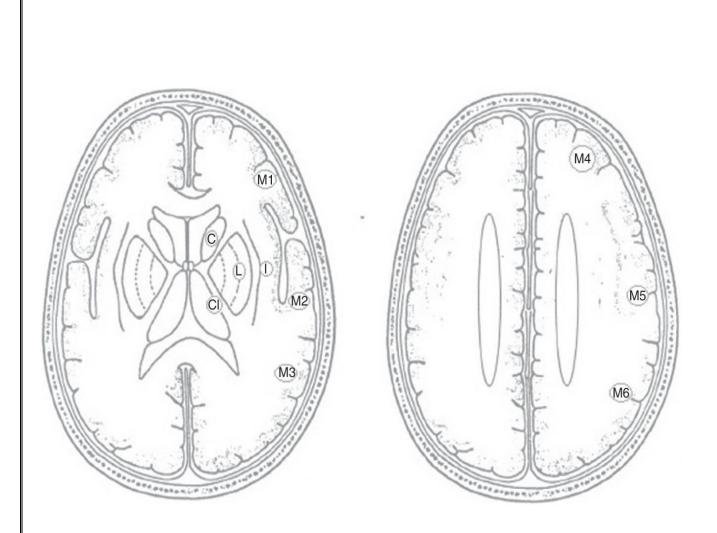
MCA= artéria cerebral média;

M1= córtex anterior da ACM;

M2= córtex da ACM lateral à insula;

M3= córtex posterior da ACM;

M4, M5 e M6 são territórios da ACM anterior, lateral e posterior imediatamente superiores a M1, M2 e M3, rostrais aos núcleos da base.



## Regiões (total de 10 regiões):

C: Caudado

**L:** Lentiforme

I: Ínsula

IC: Cápsula interna

M1 a 6: Cerebral média em cortes mais inferior (M1-3) e superior (M4-6)

 Para cada região com integridade / normalidade do parênquima, visualizada na TC da fase aguda, conta-se um ponto. Se há hipodensidade na região, perde-se, portanto, o ponto naquela região. Portanto, ASPECTS de 7 = houve 3 regiões com alguma hipodensidade; ASPECTS de 6, houve 4 regiões com hipodensidade; ASPECTS de 9, este caso teve apenas um local com hipodensidade.

#### ANEXO 5.



## HOSPITAL TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA TROMBÓLISE NO AVC

Devido ao risco de sangramento com o uso de trombolítico é necessário que o paciente ou seu responsável legal sejam informados dos riscos e assinem o documento de consentimento esclarecido abaixo.

| TERMO DE CONSENT   | IMENTO ESCLARECIDO   |  |
|--|--|--|
| Realização de Trombólise em AVC  |  |  |
| O (a) paciente   | llar Encefálico Cerebral (AVC). ESCLARECIMENTO SOBRE AVE   |  |
| O quadro é decorrente da obstrução de uma ou mais artérias cerebrais, que por estar obstruída não permite a passagem de san-<br>que e deixa de suprir as necessidades do tecido cerebral deste território causando a perda desse tecido e consequentemente<br>possíveis sequelas neurológicas. Conforme protocolo definido em literatura médica mundial, em alguns casos selecionados,<br>existe a possibilidade de tentar desob struir essa artéria a retormar o fluxo sanguíneo cerebral para então reduzir a probabilidade<br>de sequelas. Essa possibilidade se dá com a realização de um procedimento que se chama trombólise (pode ser venosa, arterial<br>ou mecânica) que será escolhida dependendo da necessidade específica de cada caso. Esse tratamento traz benefício se<br>realizado em no máximo 4h e 30 min. do início dos sintomas neurológicos, em casos específicos, esse tempo pode ser prolonga-<br>do, mas com resultados menos favoráveis. O próprio AVC pode evoluir com complicações da própria gravidade do quadro. O<br>TRATAMENTO COM TROMBÓLISE PODE AUMENTAR O RISCO DE COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS SISTÉMICAS E<br>CEREBRAIS. |  |  |
| Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garantem saúde, eu (nome do responsável pelo paciente)  | Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI da<br>ao paciente e seu responsável informações sobre seu estado de |  |
|  | e identidad e nº   |  |
| que fui previamente informado do estado de saúde, diagnóstico  | •  |  |
| Declaro igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a f<br>te será submetido, bem como sobre possíveis intercorrências q   | inalidade, os benefícios e os riscos do tratamento a que o pacien-<br>ue poderão advir do mesmo.                                 |  |
| Declaro ainda, estar ciente de que o tratamento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que as evoluções da doença e do tratamento poderão modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica autorizada a tomada de providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos. Assim sendo, concordo em submeter o paciente em questão ao tratamento proposto com trombólise e para tanto, assino o presente documento, por esta ser a expressão livre e consciente de minha vontade.  |  |  |
| São Paulo,deHo   | ra:;   |  |
| Assinatura do Paciente / Responsável   | Assinatura/Carimbo do Médico Responsável   |  |
| Testemunha   | Testemunha   |  |
| RG:  | RG:  |  |



## FORMULÁRIO AVC

| Preencher quando não houver etiqueta |    |       |
|--------------------------------------|----|-------|
| Nome:                                |    |       |
| RG                                   |    | Idade |
| Convênio                             |    |       |
| Data                                 | RA |       |

| Data de Admissão Hospitalar:   | Horário de chegada no Hospital:h_   |  |
|--|---|--|
|  | Triagem: h_   |  |
| SINAIS DE ALERTA   | Triagem:h   |  |
| Fraqueza ou dormência súbita em um lado do corpo                                 |   |  |
|  |   |  |
| Dificuldade súbita para enxergar   |   |  |
| Cefaléia intensa e súbita sem causa aparente                                     |   |  |
| Confusão: dificuldade para falar ou entender de início s                         | súbito  |  |
| Dificuldade súbita para andar  |   |  |
| Tontura ou incoordenação de início súbito  |   |  |
| Data do Início dos Sintomas:   | Horário do início dos Sintomas:h  |  |
|  |   |  |
| ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM/MÉDICO   |   |  |
| 01. Horário do atendimento (Triagem):h   | 05. Horário de Interpretação da TC:h  |  |
| 02. Horário do início do Atendimento Médico:h_                                   | 06. Horário de administração do rtPA:h  |  |
| 03. Horário da chegada na TC:h   |   |  |
| 04. Horário de contato com Neurologista:h  |   |  |
| ·  |   |  |
| Contraindicações ABSOLUTAS para Trombólise                                       |   |  |
| 01. Sangramento Ativo  | 09. PAS sustentada >185mmHg ou PAD > 110mmHg não                                    |  |
| 02. Contagem de plaquetas < 100.000  | controlada com medicação  |  |
| 03. Glicose sérica < 50mg/dL ou > 400mg/dL                                       | <ol> <li>TCE importante ou AVC isquêmico extenso nos últimos<br/>3 meses</li> </ol> |  |
| 04. TTPa alargado ou TTP (>15 s) ou INR > 1.7                                    | 11. Punção arterial e venosa em sítio não compreesível no                           |  |
| 05. Cirurgia intracraniana ou espinhal recente                                   | últimos 7 dias  |  |
| 06. Punção lombar nos últimos 7 dias   | 12. Uso de Dabigatrana, Apixabana, Rivaroxabana ou                                  |  |
| 07. Suspeita clínica de HSA, apesar de TC normal                                 | Edoxabana até 2 dias antes do evento  |  |
| 08. História conhecida de hemorragia intracraniana ou Malformação Artério-Venosa |   |  |
|  |   |  |
|  |   |  |
|  |   |  |
| Nome legível e COREN ou Carimbo com COREN  | Nome legível e CRM ou Carimbo com CRM   |  |