

# Acidente Vascular Cerebral



### 1. OBJETIVO:

- Este protocolo visa estabelecer a conduta diagnóstica e terapêutica do AVC, dos hospitais gerenciados pelo IMED, visando a segurança do paciente, a efetividade institucional e a avaliação da qualidade do atendimento e dos tempos relacionados.

### 2. RESPONSABILIDADE:

- Equipe Médica;
- Equipe de Enfermagem;
- Equipe Multiprofissional;
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT;
- Laboratório de Análises Clínicas.

### 3. DEFINIÇÕES GERAIS:

- Em escala mundial, o AVC é a segunda principal causa de morte, e, no Brasil, uma das principais causas de internação hospitalar, causando, na grande maioria dos pacientes, algum tipo de deficiência, seja parcial ou completa;
- A suspeita clínica de AVC deve se basear na presença de um déficit neurológico de instalação súbita e de rápida evolução, principalmente os déficits localizados (fraqueza muscular, alteração sensitiva, dificuldade para falar, alteração visual, perda de equilíbrio ou incoordenação);
- Acidente Vascular Cerebral Isquêmico: lesão decorrente da redução local da oferta de oxigênio, em razão do comprometimento do fluxo

sanguíneo tecidual;

- Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico: lesão decorrente de hemorragia intracerebral não-traumática espontânea;
- Tempo Porta-Agulha: Tempo entre a admissão e a realização do trombolítico intravenoso.

#### **4. TERMINOLOGIAS:**

- ACM – Artéria Cerebral Média;
- AIT – Ataque Isquêmico Transitório;
- AVC – Acidente Vascular Cerebral;
- AVCI – Acidente Vascular Cerebral Isquêmico;
- AVCH – Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico;
- DRC – Doença Renal Crônica;
- ECG – Escala de Coma de Glasgow;
- HD – Hemodiálise;
- ICHS – Intracranial Hemorrhage Score;
- IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento;
- IV – Intravenoso;
- NIH – National Institute of Health;
- NIHSS – National Institute of Health Stroke Scale;
- PS – Pronto-Socorro;
- RNM – Ressonância Nuclear Magnética;
- TAC – Tomografia Axial Computadorizada;
- TCE – Traumatismo Cranioencefálico;
- UI – Unidade de Internação.
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

#### **5. ABRANGÊNCIA:**

- Todos os pacientes internados nos hospitais gerenciados pelo IMED.

#### **5. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO:**

##### **Acolhimento/Recepção**

- O objetivo nessa área de abrangência é de identificar precocemente

os pacientes que chegam a unidade hospitalar, por meios próprios e que apresentam sinais de suspeita de acidente vascular cerebral (AVC) já na entrada da emergência. Esses setores estarão capacitados para identificar os déficits neurológicos súbitos mais comuns, através da aplicação da escala de Cincinnati.

### **Acolhedor – “posso ajudar”**

- Ao identificar um paciente com esses sinais, queixas relacionadas ou ainda qualquer outro déficit neurológico de início súbito, o acolhedor deverá priorizar seu atendimento conduzindo-os imediatamente para a triagem como protocolo de AVC.

### **Recepção**

- Durante a realização da ficha de atendimento a recepção da emergência irá realizar uma pergunta direcionada, para todos os adultos acima de 18 anos, com intuito de identificar o paciente elegível ao protocolo de AVC que tenha passado despercebido pelo acolhedor. Esse setor não irá realizar triagem ou atendimento, apenas ajudará a identificar esse paciente sinalizando sempre a equipe de enfermagem. Essa etapa no processo contribuirá para reduzir o tempo de espera de atendimento desses pacientes.

- Pergunta direcionada do protocolo de AVC: Está com fraqueza ou formigamento em algum lado do corpo? Se a resposta for “SIM”, a recepcionista deverá acionar o acolhedor/enfermeiro da triagem agilizando o processo de abertura da ficha de atendimento.

### **Triagem**

- Nos pacientes com doença cerebrovascular, a triagem tem um papel essencial, pois o reconhecimento precoce de sinais e sintomas sugestivos de AVC, pode resultar no tratamento imediato com repercussão no prognóstico.

- O horário exato do início dos sintomas, deve ser objetivamente indagado. Para pacientes incapazes de fornecer informações, ou que acordam com os sintomas de AVC, o horário do início dos sintomas é definido como aquele em que o paciente foi visto assintomático pela última vez. Para pacientes que apresentaram sintomas que se resolveram completamente e posteriormente apresentaram instalação

de novo déficit, o horário de início dos sintomas é considerado como o momento do início do novo déficit.

- Para aumentar a acurácia utiliza-se a Escala de Cincinnati como triagem, antes do atendimento médico.

**Tabela 01: Escala de Cincinnati**

**Escala de triagem de acidente vascular cerebral pré-hospitalar**

Item Avaliado	Como Avaliar	Resposta Normal	Resposta Anormal
<b>Assimetria Facial</b>	Pedir para o paciente mostrar os dentes ou sorrir	Movimento assimétrico da face	Pedir para o paciente mostrar os dentes ou s
<b>Fraqueza dos Braços</b>	Pedir para o paciente estender os braços por 10 segundos (com os olhos fechados)	Movimento assimétrico dos braços	Pedir para o paciente mostrar os dentes ou s
<b>Anormalidade da Fala</b>	Pedir para o paciente falar uma frase	O paciente fala corretamente e com boa articulação das palavras	As palavras são incorretas ou mal articuladas

### **Triagem pelo Enfermeiro**

• Após aplicar a escala de Cincinnati e evidenciar a suspeita de AVC, este paciente é encaminhado imediatamente à triagem/classificação de risco, onde o enfermeiro irá fazer a classificação identificando a presença de algum déficit neurológico súbito e investigar qual o horário de início dos sinais e sintomas (ICTUS). Havendo a presença de um dos déficits neurológicos súbitos (com início em menos de 24 horas) o paciente receberá uma pulseira de identificação Laranja para um atendimento médico em 10 minutos. Além disso, o enfermeiro fará a prescrição da tomografia computadorizada de crânio, ainda na triagem, informará a equipe que há paciente de protocolo de AVC e encaminhará este paciente diretamente para a tomografia. Avisando também ao médico emergencista que tem um paciente sendo encaminhado para a tomografia com suspeita de AVC.

Observação: Além da verificação dos sinais vitais padronizados na triagem, para esse protocolo o enfermeiro deverá realizar também um HGT (Hemoglicoteste).

## Atendimento na Emergência

- Todos os pacientes com déficit neurológico súbito com ICTUS em 24 horas, deverão ser encaminhados pelo enfermeiro da triagem para a tomografia para realizar o exame de imagem.

A meta de atendimento do médico é de 10 minutos desde a entrada do paciente, este atendimento acontecerá na sala laranja ou diretamente na tomografia. Na sala laranja, cada profissional, simultaneamente deverá realizar as atividades específicas de acordo com o protocolo.

## Equipe de Enfermagem

- Instalar monitorização com acompanhamento dos SSVV;
- Puncionar 2 acessos venosos de grosso calibre (18 e 20) em caso de indisponibilidade da sala de tomografia;
- Encaminhar para o setor de exame, tomografia, em até 25min da entrada;
- Comunicar laboratório para coleta de exames laboratoriais;
- Instalar oxigenoterapia se saturação  $\leq 90\%$ ;
- Administrar trombolítico conforme protocolo, mediante a prescrição médica,
- Se trombectomia, avisar a equipe do NIR a necessidade de hemodinâmica e agilizar o processo de internação e transporte para a UTI da própria unidade (quando disponível) ou transferência para a unidade indicada pela Regulação de vagas.

### Avaliação do Médico Plantonista

Avaliação de História Clínica: Início dos Sintomas  
Avaliação Clínica: NIHSS + Solicitação de TAC ou RNM de Crânio  
Comunicar ao Médico Neurologista Plantonista

### Avaliação do Médico Neurologista Plantonista (quando disponível)

Confirmação de História Clínica: Início dos Sintomas  
Avaliação Clínica: NIHSS + Avaliação de TAC ou RNM de Crânio  
Avaliação de Critérios de Inclusão e Exclusão para Trombólise IV

- As escalas definidas para este protocolo no AVCI, são a ECG e a NIHSS. É recomendada uma certificação periódica, para a habilitação na utilização da mesma, a qual pode ser realizada nos seguintes endereços eletrônicos:

<http://nihss-portuguese.trainingcampus.net/> (português) e <http://asa.trainingcampus.net/> (inglês).

• As escalas definidas para este protocolo no AVCH, são a ECG e a ICHS, que se correlaciona a uma estimativa de mortalidade em 30 dias.

### Escala de Coma de Glasgow

VARIÁVEIS		SCORE
ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA	4
	À VOZ	3
	À DOR	2
	NENHUMA	1
RESPOSTA VERBAL	ORIENTADO	5
	CONFUSO	4
	PALAVRAS INAPROPRIADAS	3
	PALAVRAS INCOMPREENSÍVEIS	2
	NENHUMA	1
RESPOSTA MOTORA	OBEDECE A COMANDOS	6
	LOCALIZA DOR	5
	MOVIMENTO DE RETIRADA	4
	FLEXÃO ANORMAL	3
	EXTENSÃO ANORMAL	2
	NENHUMA	1

#### Para pacientes já internados

No caso de haver qualquer um dos itens alterados na Escala de Cincinati, isso deve levar à suspeita de AVC e o paciente deve ser submetido imediatamente a uma avaliação médica de emergência. Esse atendimento deve ser feito pelo médico responsável pelo setor em que se encontra o paciente, seja ele PS, UI ou UTI.

• A avaliação médica inicial deve ter foco nas questões de suporte básico de vida, na avaliação de outras situações associadas de emergência médica, e na confirmação da suspeita clínica de AVC, neste caso sendo o paciente transferido para um leito monitorizado. Nesse momento, não havendo impedimentos de ordem clínica, o paciente deve ser imediatamente encaminhado para a realização de um protocolo de neuroimagem, por TAC ou RNM de crânio, conforme a peculiaridade do caso e a disponibilidade do serviço.

## Para todos os pacientes

- A avaliação do médico plantonista inclui a avaliação da história clínica, incluindo o horário do início dos sintomas, e a avaliação clínica pela NIHSS (Anexo I). Sendo o paciente candidato à trombólise, realizar a TAC ou RNM de crânio, comunicar o médico neurologista plantonista, e considerar os critérios de inclusão e exclusão para trombólise IV.
- A avaliação do médico neurologista plantonista inclui a confirmação da história clínica, incluindo o horário do início dos sintomas, a confirmação da avaliação clínica pela NIHSS (tabela 2), a avaliação da TAC ou RNM de crânio, e reconsiderar os critérios de inclusão e exclusão para trombólise IV.
- A escala definida para este protocolo no AVCI é a NIHSS (Anexo I). É recomendada uma certificação periódica, para a habilitação na utilização da mesma, a qual pode ser realizada nos seguintes endereços eletrônicos: <http://nihss-portuguese.trainingcampus.net/> (português) e <http://asa.trainingcampus.net/> (inglês).
- A escala definida para este protocolo no AVCH é a ICHS (ANEXO VI), que se correlaciona a uma estimativa de mortalidade em 30 dias (tabela 2).

**Tabela 02: Mortalidade Conforme Intracerebral Hemorrhage Scale**  
Instrumento para previsão de mortalidade em 30 dias de AVCH agudo

ESCORE ICH	MORTALIDADE EM 30 DIAS
0	0
1	13%
2	26%
3	72%
4	97%
5	100%
6	100%

## Medidas Terapêuticas Gerais AVC Agudo

- Controle de Pressão Arterial:
  - Recomenda-se a correção de hipotensão e hipovolemia, contemplando a peculiaridade de cada paciente.
  - Recomenda-se a correção de hipertensão arterial sistêmica, com a utilização de drogas intravenosas. A seleção da droga deve contemplar

a peculiaridade de cada paciente, não havendo superioridade entre essas drogas no contexto de AVC (tabela 3).

### **Tabela 03: Drogas hipotensoras IV recomendadas para controle de hipertensão arterial sistêmica no AVC agudo**

TARTARATO DE METOPROLOL: Bolus IV de 5 mg a uma velocidade de 1mg/min
Se necessário, repetir bolus IV de 5 mg a cada 10' (dose total máxima 20mg)
CLORIDRATO DE HIDRALAZINA: Bolus IV de 5 mg Se necessário, repetir bolus IV de 5 mg a cada 15' (dose total máxima 20 mg)
NITROPRUSSIATO DE SODIO: Iniciar infusão IV 0,5mcg/kg/min Se necessário, ajustar a velocidade de infusão a cada 10' (máximo 8mcg/kg/min)

- **Controle de Glicemia Capilar:** Recomenda-se o monitoramento frequente do nível glicêmico, evitando hiperglicemia (>180mg/dl) e também hipoglicemia (<60mg/dl).
- **Controle de Temperatura:** Recomenda-se a correção de hipertermia (>38°C).
- **Controle de Saturação de Oxigênio:** Recomenda-se a correção de hipoxemia (<94%).
- **Profilaxia de Trombose Venosa Profunda:** Recomenda-se compressão pneumática intermitente.

### **Medidas Terapêuticas Específicas no AVCI Agudo**

- **Controle de Hipertensão Arterial Sistêmica:** Recomenda-se evitar o tratamento da pressão arterial elevada nas primeiras 24 horas do AVCI, exceto nos casos com níveis pressóricos extremamente elevados (pressão arterial sistólica > 220 mmHg ou pressão arterial diastólica > 120 mmHg) e naqueles com alguma condição clínica aguda que requeira redução pressórica (isquemia miocárdica, insuficiência renal, insuficiência cardíaca descompensada e dissecção de aorta). Nesses casos, uma conduta razoável pode ser uma redução inicial de 15% nos níveis pressóricos, acompanhada do monitoramento da função neurológica. Nos casos com indicação ao tratamento trombolítico intravenoso, recomenda-se tratamento anti-hipertensivo quando os níveis forem  $\geq 185 \times 110$  mmHg.

- **Trombólise Intravenosa:** Recomenda-se que a liberação do trombolítico, seja feita pelo médico neurologista plantonista;
- Recomenda-se Alteplase até 04 horas e 30 minutos de sintomas (tabela 4).
- Recomenda-se Tempo Porta-Agulha Máximo: 60 minutos.
- Recomenda-se realização da NIHSS ANTES, DURANTE e APÓS Trombolítico IV.
- Recomenda-se considerar critérios de inclusão e exclusão para trombólise intravenosa (tabelas 5 e 6).
- O passo a passo a ser seguido está na tabela 7 e o tratamento das complicações nas tabelas 8 e 9.

#### **Tabela 04: Critérios de Inclusão para Trombólise Intravenosa: Início dos sintomas < 4,5 horas**

TAC de Crânio: Ausência de Hipodensidade franca <b>E</b> Ausência de hemorragia.
RNM de Crânio: <b>Difusão:</b> Restrição < 1/3 Artéria Cerebral Média <b>E Flair:</b> Ausência de Alterações <b>E</b> Ausência de hemorragia.

#### **Tabela 05: Critérios de Inclusão para Trombólise Intravenosa: Início dos sintomas > 4,5 Horas ou Desconhecido**

RNM de Crânio: <b>Difusão:</b> Restrição < 1/3 Artéria Cerebral Média <b>E Flair:</b> Ausência de Alterações <b>E</b> Ausência de hemorragia.
---

#### **Tabela 06: Critérios de Exclusão para Trombólise Intravenosa**

AVCI Não Incapacitante Leve (NIHSS 0-5)
TAC de Crânio com extensa área de hipoatenuação franca.
TAC de Crânio com hemorragia intracraniana aguda.
TCE grave nos últimos 03 meses.
TCE agudo.
Cirurgia intraespinhal ou intracraniana nos últimos 03 meses.
História de hemorragia intracraniana.
Hemorragia subaracnóide aguda.
Neoplasia gastrointestinal.
Hemorragia gastrointestinal nos últimos 21 dias.

Coagulopatia: Plaquetas < 100.000 INR > 1,7 TAP > 15 segundos TTPa > 40 segundos
Heparinização plena com heparina de baixo peso molecular nas últimas 24 horas.

**Tabela 07: Plano Terapêutico para Trombólise Intravenosa**

Deixar registrado no prontuário médico o horário da indicação do tratamento trombolítico e o consentimento do paciente e/ou responsável ao tratamento;
Admissão de paciente em leito monitorizado.
Obter dois acessos venosos periféricos calibrosos, preferencialmente um de cada lado, e coletar amostras de sangue para análises laboratoriais;
Infundir 0,9mg/Kg (Dose Máxima 90mg) em 60 Minutos, Com 10% da dose em um bolus em 01 minuto.
Manter PAS < 185 e PAD < 110mmHg por 24 Horas: Aferir PA e Realizar NIHSS, após início de Alteplase a cada 15 minutos por 02 horas, a seguir a cada 30 minutos por 06 horas, e a seguir cada 60 minutos por 18 horas.
Monitorar possíveis complicações hemorrágicas durante ou nas primeiras 24 horas após o tratamento trombolítico;
Suspeitar de hemorragia intracraniana sintomática se o paciente apresentar cefaleia, vômitos, hipertensão arterial sistêmica, rebaixamento de nível de consciência e piora do déficit neurológico;
Manter o paciente em jejum por 24 horas pelo risco de hemorragia e necessidade de intervenção cirúrgica de urgência;
Não realizar sondagem nasoentérica, sondagem nasogástrica, sondagem vesical, cateterização ou punção vascular em sítio não compressível por 24 horas
TAC ou RNM Crânio Controle 24 Horas após início de Alteplase, antes de início de anti-agregação ou anti-coagulação.

**Tabela 08: Plano Terapêutico para Complicações Associadas à Trombólise Intravenosa: Angioedema Orolingual Mediado por Bradicininina**

Manutenção de Vias Aéreas
Parar infusão de Alteplase
Suspender Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina
Administrar Metilprednisolona 125mg EV
Administrar Difenidramina 50mg IM
Administrar Ranitidina 50mg EV
Administrar Adrenalina 0,5ml SC

**Tabela 09: Plano Terapêutico para Complicações Associadas à Trombólise Intravenosa: Hemorragia Intracraniana Sintomática**

Parar infusão de Alteplase
Hemograma Completo – TAP – TTPA – Fibrinogênio – Tipagem Sanguínea
TAC Crânio Sem Contraste
Se houver confirmação da ocorrência da hemorragia cerebral sintomática: Crioprecipitado 10 Unidades + Ácido Tranexâmico 1000mg EV
Avaliação do Médico Neurologista Plantonista

• **Tratamento do AVCI Extenso:** No AVCI extenso, a craniectomia descompressiva, deve ser considerada pelo médico neurologista plantonista em pacientes com idade inferior a 60 anos, com menos de 48h do AVCI e ANTES do surgimento de sinais de herniação transtentorial (tabela 10). O plano terapêutico para o AVCI extenso está na tabela 11. Recomenda-se considerar critérios de exclusão para a craniotomia (tabela 12) .

**Tabela 10: Sinais de Herniação Transtentorial**

Anisocoria ou pupilas fixas e dilatada. Descerebração contralateral a hemiplegia. TAC/ RNM de Crânio com desvio linha media > 10 mm.
--

**Tabela 11: Plano Terapêutico para AVCI guiado por imagem**

TAC/ RNM de Crânio SEM AVCI Hemisférico OU TAC/ RNM de Crânio com comprometimento < 50% da ACM: Conduta: Vigilância Neurológica Se piora neurológica progressiva, repetir TAC e reiniciar protocolo.
TAC/ RNM de Crânio COM AVCI Hemisférico OU TAC/ RNM de Crânio com comprometimento > 50% da ACM E SEM sinais de Herniação Transtentorial: Conduta: Vigilância Neurológica. Se piora neurológica progressiva: Paciente com <60 anos e <48h do AVCI: Conduta: Craniectomia Descompressiva com Expansão Dural + Uncopara-Hipocampectomia. Se piora neurológica progressiva: Paciente com >60 anos e/ou >48h do AVCI: Conduta: Vigilância Clínica.
TAC/ RNM de Crânio COM AVCI Hemisférico OU TAC/ RNM de Crânio com comprometimento > 50% da ACM E COM sinais de Herniação Transtentorial: Conduta: Vigilância Clínica.

TAC/ RNM de Crânio COM AVCI Cerebelar Extenso SEM Hidrocefalia:  
Conduta: Vigilância Neurológica.  
TAC/ RNM de Crânio COM AVCI Cerebelar Extenso COM Hidrocefalia:  
Conduta: Craniectomia Descompressiva com Expansão Dural + Ventriculostomia.

### **Tabela 12: Contra-indicações para Craniectomia Descompressiva**

Distúrbio coagulação não corrigível.  
Cardiopatia severa.  
Doença terminal.  
Infarto bilateral de ACM ou ACA.  
Dependência funcional prévia.

• **Investigação de Etiologia de AVCI:** Recomenda-se investigação etiológica do AVCI, para adequação de profilaxia secundária (tabelas 13 a 16).

### **Tabela 13: Investigação etiológica inicial para AVCI:**

Radiografia de Tórax  
USG Doppler de Artérias Cervicais  
Ecocardiograma Transtorácico, Eletrocardiograma, Holter de 24h  
Urina Tipo I, Se proteinúria solicitar Proteinúria de 24h.  
Sorologia para Chagas (Região Endêmica)  
Hemograma, Uréia, Creatinina, Troponina, TAP, TTPA, PCR, Ácido Úrico  
Perfil Lipídico, Perfil de Tireóide, Hemoglobina Glicada, Glicemia de jejum

### **Tabela 14: Investigação etiológica para AVCI em pacientes jovens (abaixo de 50 anos)**

Enzimas Hepáticas  
Sorologias para Sífilis - HIV - Hepatites B e C.  
Alfa 1 glicoproteína - Anticorpo Anticardiolipina - Anticoagulante Lúpico - Homocisteína

### **Tabela 15: Investigação para suspeita para AVCI secundário à trombofilia**

Fator V de Leyden - Antitrombina III  
Mutações da Protrombina - Proteína C e S da Coagulação

### **Tabela 16: Investigação para suspeita para AVCI secundário à vasculite**

FAN - FR - ANCA - C3 e C4 - CPK - VHS - Eletroforese de Proteínas

## • Profilaxia Secundária de AVCI:

- *Intervenção antitabaco: Recomenda-se uso de adesivo de nicotina.*
- *Controle de Hipertensão Arterial Sistêmica.*
- *Controle de Diabetes.*
- *Controle de Hiperlipidemia.*
- *Antiagregação Plaquetária:*
  - *Recomenda-se antiagregação plaquetária, para etiologia trombótica;*
  - *Recomenda-se terapia de antiagregação plaquetária após 24h de AVCI, com AAS 100mg/dia OU Clopidogrel 75mg/ dia;*
  - *Recomenda-se terapia de antiagregação plaquetária dupla após 24h de AVCI, com AAS 100mg/dia E Clopidogrel 75mg/ dia por 21 dias, quando o NIHSS < 04 E ABCD2 > 03;*
  - *Após 21 dias manter antiagregação com AAS 100mg/dia OU Clopidogrel 75mg/ dia;*
  - *Recomenda-se terapia de antiagregação plaquetária dupla após 24h de AIT, com AAS 100mg/dia E Clopidogrel 75mg/ dia por 21 dias, quando o Escore ABCD2 > 03,*
  - *Após 21 dias manter antiagregação com AAS 100mg/dia OU Clopidogrel 75mg/ dia.*

**Tabela 18: Escore ABCD2  
Preditor de Risco de AVCI**

<b>Age:</b> Idade	> 60 anos	<b>1</b>
<b>Blood Pressure:</b> Pressão Arterial	PAS > 140mmHg	<b>1</b>
	PAD > 90mmHg	<b>1</b>
<b>Clinical Presentation:</b> Apresentação Clínica	Fraqueza unilateral	<b>2</b>
	Sem fraqueza, mas com dificuldade de fala	<b>1</b>
<b>Duration of symptoms:</b> Duração dos Sintomas	> 60 minutos	<b>2</b>
	10-59 minutos	<b>1</b>
<b>Diabetes</b>	Sim	<b>1</b>

- **Anticoagulação Plena:**

- Recomenda-se terapia de anticoagulação plena, para etiologia embólica.
- Recomenda-se anticoagulação plena, entre 04 a 14 dias após o AVCI.
- Recomenda-se avaliação do médico neurologista para liberação de anticoagulação plena.

- **Medidas Terapêuticas Específicas no AVCH Agudo:**

- **Controle de Hipertensão Arterial Sistêmica:** Recomenda-se idealmente a manutenção da pressão arterial sistólica entre 130-150 mmHg.
- **Controle de Distúrbios de Coagulação: Anti-agregação Plaquetária:** Recomenda-se suspender anti-agregação plaquetária imediatamente e considerar transfusão de concentrado de plaquetas.
- **Controle de Distúrbios de Coagulação: Anticoagulação:** Recomenda-se suspender anticoagulação imediatamente.

- **Reversão de Anticoagulante Intravenoso: Heparina:**

- Sulfato de Protamina 0,01mg por UI de Heparina IV nas últimas 06 horas.
- O sulfato de protamina deve ser administrado por infusão IV lenta, não superior a 20 mg/minuto e não superior a 50mg em qualquer período de 10 minutos.

- **Reversão de Anticoagulante Oral: Antagonistas da Vitamina K:**

- **PRIMEIRA OPÇÃO:** Concentrado de Complexo Protrombínico (II VII IX X) conforme INR:
  - INR 1,3-1,9: 10-20 UI/Kg INR 2,0-3,9: 25 UI/Kg;
  - INR 4,0-5,9: 35 UI/Kg INR > 5,9: 50 UI/Kg,
  - SEGUIDO DE Vitamina K 5-10mg IV.
- **SEGUNDA OPÇÃO:** Plasma Fresco Congelado (15-20mg/kg),
  - SEGUIDO DE Vitamina K 5-10mg IV.

- **Reversão de Anticoagulante Oral: Dabigatran:**

- PRIMEIRA OPÇÃO: Hemodiálise

- Considerar Carvão Ativado, se ingesta < 02 horas.

- SEGUNDA OPÇÃO: Concentrado de Complexo Protrombínico (II VII IX X) 50 UI/Kg

- SEGUIDO DE Ácido Tranexâmico 15mg/kg (ou 1gr) IV

- **Reversão de Anticoagulante Oral: Rivaroxabana, Apixabana, Edoxabana:**

- PRIMEIRA OPÇÃO: Considerar Carvão Ativado, se ingesta < 02 horas.

- SEGUNDA OPÇÃO: Concentrado de Complexo Protrombínico (II VII IX X) 50UI/Kg

- SEGUIDO DE Ácido Tranexâmico 15mg/kg (ou 1gr) IV

- **Intervenção Fonoaudiológica:**

- Realizar busca em prontuário eletrônico, identificando pacientes com idade igual/superior a 70 anos e/ou com patologias que apresentem risco iminente para disfagia, tais como ACV;

- Obter informações a respeito da patologia que levou o paciente a internação;

- Realizar higienização das mãos;

- Munir-se dos objetos necessários para o atendimento;

- Apresentar-se ao paciente, identificando-se com nome e cargo;

- Explicar objetivos da entrevista;

- Utilizar a ficha de triagem fonoaudiológica (modelo PARD, a seguir representando);

- Direcionar respostas do paciente para o raciocínio clínico;

- Reunir informações para definições das seguintes condutas: Monitoramento / Avaliação /Orientações/ Encaminhamento;

- Realizar evolução em prontuário eletrônico MV;

- Realizar devolutiva para equipe multiprofissional.

## • Metas da Reabilitação:

A disfagia orofaríngea gera impacto negativo na qualidade de vida e saúde dos indivíduos que a possuem, aumentando também a taxa de morbidade e a necessidade de cuidados. A utilização de protocolos padronizados para a triagem da disfagia em serviços hospitalares auxilia o diagnóstico e tratamento precoce, reduzindo complicações clínicas, tempo de permanência e custos hospitalares e aumento a qualidade de vida do paciente quando empreendida reabilitação precoce com manejo oportuno para a disfagia. Abaixo FICHA PARD (avaliação para o risco de disfagia):

Teste de deglutição da água				
Sinais vitais prévios à oferta: FC: _____ bpm (60 a 100 bpm) FR: _____ rpm (12 a 20 rpm) SPO <sub>2</sub> : _____ % (>95%)				
<b>Escape oral anterior</b>	<i>ausência</i> 1 2 3 4 5 ml		<i>presença</i> 1 2 3 4 5 ml	
<b>Tempo de trânsito oral</b>	<i>adequado</i> 1 2 3 4 5 ml		<i>lento</i> 1 2 3 4 5 ml	
<b>Refluxo nasal</b>	<i>ausência</i> 1 2 3 4 5 ml		<i>presença</i> 1 2 3 4 5 ml	
<b>Número de deglutições</b>	<i>única</i> 1 2 3 4 5 ml		<i>múltiplas</i> 1 2 3 4 5 ml	<i>ausente</i> 1 2 3 4 5 ml
<b>Elevação laríngea</b>	<i>adequada</i> 1 2 3 4 5 ml		<i>reduzida</i> 1 2 3 4 5 ml	<i>ausente</i> 1 2 3 4 5 ml
<b>Ausulta cervical</b>	<i>adequada</i> 1 2 3 4 5 ml		<i>alterada antes e após</i> 1 2 3 4 5 ml	<i>alterada após a deglutição</i> 1 2 3 4 5 ml
<b>Saturação de oxigênio</b>	<i>linha de base</i> ____% 1 2 3 4 5 ml		<i>queda</i> ____ para ____% 1 2 3 4 5 ml	
<b>Qualidade vocal</b>	<i>adequada</i> 1 2 3 4 5 ml	<i>disfonia / afonia</i> 1 2 3 4 5 ml	<i>voz molhada</i> <i>clareamento espontâneo</i> 1 2 3 4 5 ml	<i>voz molhada</i> <i>clareamento voluntário</i> 1 2 3 4 5 ml
<b>Tosse</b>	<i>ausência</i> 1 2 3 4 5 ml	<i>presença:</i> <i>voluntária</i> 1 2 3 4 5 ml <i>reflexa</i> 1 2 3 4 5 ml	<i>presença:</i> <i>forte</i> 1 2 3 4 5 ml <i>fraca</i> 1 2 3 4 5 ml	<i>presença:</i> <i>antes</i> 1 2 3 4 5 ml <i>durante</i> 1 2 3 4 5 ml <i>após</i> 1 2 3 4 5 ml
<b>Engasgo</b>	<i>Ausência</i> 1 2 3 4 5 ml		<i>presença:</i> <i>rápida recuperação</i> 1 2 3 4 5 ml	<i>presença:</i> <i>recuperação com dificuldade</i> 1 2 3 4 5 ml
<b>Outros Sinais</b>	<i>cianose</i> 1 2 3 4 5 ml		<i>broncoespasmo</i> 1 2 3 4 5 ml	<i>alteração dos sinais vitais</i> FC 1 2 3 4 5 ml FR 1 2 3 4 5 ml

Teste Deglutição de Alimento Pastoso (3, 5 e 10 ml)			
<b>Escape oral anterior</b>	3 5 10 ausência 3 5 10 presença	<b>Refluxo nasal</b>	3 5 10 ausência 3 5 10 presença
<b>Tempo de trânsito oral</b>	3 5 10 adequado 3 5 10 lento	<b>Resíduo em cavidade oral</b>	3 5 10 ausência 3 5 10 presença
<b>Número de deglutição</b>	3 5 10 única 3 5 10 múltiplas 3 5 10 ausente	<b>Engasgo</b>	3 5 10 ausência Presença: 3 5 10 rápida recuperação 3 5 10 recuperação com dificuldade
<b>Tosse</b>	3 5 10 ausência Presença: 3 5 10 voluntária 3 5 10 antes 3 5 10 reflexa 3 5 10 durante 3 5 10 fraca 3 5 10 após 3 5 10 forte	<b>Qualidade vocal</b>	3 5 10 adequada 3 5 10 disfonia lafonia 3 5 10 voz molhada com clareamento espontâneo 3 5 10 voz molhada com clareamento voluntário
<b>Elevação laríngea</b>	3 5 10 adequada 3 5 10 diminuída 3 5 10 ausente	<b>Ausulta cervical</b>	3 5 10 adequada 3 5 10 alterada antes e após a deglutição 3 5 10 alterada após a deglutição
<b>Saturação de oxigênio</b>	3 5 10 linha de base __% 3 5 10 queda __para__%	<b>Outros sinais</b>	3 5 10 cianose 3 5 10 broncoespasmo Alteração dos sinais vitais: 3 5 10 FC 3 5 10 FR
<b>Nível</b>	<b>Classificação</b>		
I	( ) Deglutição NORMAL		
II	( ) Deglutição FUNCIONAL		
III	( ) Disfagia orofaríngea LEVE		
IV	( ) Disfagia orofaríngea LEVE A MODERADA		
V	( ) Disfagia orofaríngea MODERADA		
VI	( ) Disfagia orofaríngea MODERADA A GRAVE		
VII	( ) Disfagia orofaríngea GRAVE		
<b>Conduta:</b>	( ) Via alternativa de alimentação. ( ) Terapia fonoaudiológica. ( ) Alimentação via oral assistida pelo fonoaudiólogo.		

• **Intervenções Odontológicas:**

FONOAUDIÓLOGO: \_\_\_\_\_ CRFA: \_\_\_\_\_

• A atuação da odontologia hospitalar frente ao paciente com AVC não inclui o período imediato ao evento nem constitui emergência, ficando a cargo de identificação de necessidades após triagem do paciente ou mediante resposta a parecer. Dessa forma o atendimento a este paciente deve incluir cuidados na prestação de cuidados visto que fazem uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários, que são utilizados para prevenir que pacientes de risco desenvolvam doenças cardiovasculares, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) ou o acidente vascular cerebral (AVC). Esses medicamentos possuem diversas indicações mas são utilizados principalmente, na Síndrome Coronária Aguda (SCA), no Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), na Tromboembolismo Venoso (TEV), no Acidente Vascular Cerebral (AVC), nas Valvopatias, na Fibrilação Atrial (FA) e na Insuficiência Cardíaca.

• Neste tocante é proposta uma atuação sistematizada, que pode ser seguido no momento de realizar cirurgias orais em pacientes em uso de Varfarina, Ácido Acetil Salicílico, Heparina de Baixo Peso Molecular, Heparina Não Fracionada, Rivaroxabana e Clopidogrel.

Nome do princípio ativo (Nome fantasia)	Classe medicamentosa	Indicações	Interações medicamentosas	Cuidados
Varfarina (Marevan®, Coumadin®)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anticoagulante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamento de TEV;</li> <li>Profilaxia de tromboembolismo em FA com ou sem valvopatia, próteses valvares metálicas, trombo intracavitário e outras condições de risco embólico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentre as principais, podem ser citadas, de interesse para o cirurgião-dentista:</li> <li>Aumentam o efeito anticoagulante da varfarina: AAS, AINEs, omeprazol, ciprofoxacino, fluconazol e metronidazol;</li> <li>Diminuem o efeito anticoagulante da varfarina: carbamazepina, rifampicina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para procedimentos com baixo risco de sangramento, como higiene, extração simples, restauração, procedimentos endodônticos e protéticos não é necessário suspender a Varfarina e não é preciso realizar procedimento de "ponte de heparina";</li> <li>Esta recomendação vale apenas para indivíduos com INR na faixa terapêutica, ou seja, com valores entre 2,0 e 3,0.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrar em contato com o médico assistente do paciente previamente a realização do procedimento odontológico.</li> <li>• Nos casos de procedimentos cirúrgicos (exemplo: exodontias), utilizar hemostático absorvível no local seguido de sutura.</li> </ul>
<p>Ácido Acetil Salicílico (AAS®, Aspirina®)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antiagregante plaquetário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção e tratamento do AVC isquêmico;</li> <li>• SCA;</li> <li>• Doença arterial periférica;</li> <li>• Prevenção de morte súbita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentre as principais interações de interesse para o cirurgião dentista, pode-se citar:</li> <li>• Aumento dos efeitos de: cumarínicos, heparina, AINEs (ibuprofeno e naproxifeno);</li> <li>• Redução nos efeitos de: diuréticos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para a maior parte dos casos, a balança que mede o risco ou benefício da terapia antiagregante no coronariopata que vai ser submetido à intervenção cirúrgica é favorável à manutenção do AAS;</li> </ul> <p>em uma dose que varia de 75 a 100 mg por dia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta recomendação vale apenas para indivíduos com INR na faixa terapêutica, ou seja, com valores entre 2,0 e 3,0.</li> <li>• Entrar em</li> </ul>

				<p>contato com o médico assistente do paciente previamente a realização do procedimento odontológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nos casos de procedimentos cirúrgicos (exemplo: exodontias), utilizar hemostático absorvível no local seguido de sutura.</li> </ul>
<p>Heparina não fracionada (HNF) (Actparin®)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anticoagulante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profilaxia e tratamento de afecções tromboembólicas de qualquer etiologia e localização;</li> <li>Tratamento das SCA;</li> <li>Durante as intervenções coronarianas percutâneas;</li> <li>Tratamento da coagulação intravascular disseminada;</li> <li>Durante a hemodiálise.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tetraciclina, nicotina e anti-histamínicos podem ter efeito parcialmente antagonista se tomados juntamente com os anticoagulantes da Heparina;</li> <li>O uso de HNF juntamente com anticoagulantes orais, antiagregantes plaquetários ou AINEs aumenta o risco de sangramentos;</li> <li>Nos casos em que o paciente faz tratamento prolongado com heparina, deve-se evitar o uso de corticoides.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A HNF é uma estratégia efetiva para uso como profilaxia de TEV no perioperatório de cirurgias orais.</li> <li>Esta recomendação vale apenas para indivíduos com INR na faixa terapêutica, ou seja, com valores entre 2,0 e 3,0.</li> <li>Entrar em contato com o médico assistente do paciente previamente a realização do procedimento odontológico.</li> <li>Nos casos de procedimentos cirúrgicos (exemplo: exodontias), utilizar hemostático</li> </ul>

				absorvível no local seguido de sutura.
Heparina de baixo peso molecular (HBPM) (Clexane®, Fragmin®, Fraxiparina®)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticoagulante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaxia e tratamento da Trombose Venosa Profunda e Tromboembolismo Pulmonar;</li> <li>• Profilaxia de eventos tromboembólicos na FA;</li> <li>• Tratamento das SCA de risco moderado e alto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O uso conjunto com AINEs aumenta a probabilidade de haver sangramento;</li> <li>• Deve-se evitar associação com corticoides.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A HBPM é uma estratégia efetiva para uso como profilaxia de TEV no perioperatório de cirurgias orais;</li> <li>• Para pacientes realizando ponte com dose terapêutica de HBPM é recomendado administrar a última dose 24 horas antes do procedimento;</li> <li>• Para pacientes que estão realizando ponte com dose terapêutica de HBPM é recomendado administrar a última dose 24 horas antes do procedimento;</li> <li>• Para pacientes que estão realizando ponte com dose terapêutica de HBPM e que serão submetidos a intervenções com alto risco de sangramento, é recomendado que a terapia com HBPM reinicie 48 a 72 horas após a intervenção.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>Esta recomendação vale apenas para indivíduos com INR na faixa terapêutica, ou seja, com valores entre 2,0 e 3,0.</li> </ul>
				<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrar em contato com o médico assistente do paciente previamente a realização do procedimento odontológico.</li> <li>Nos casos de procedimentos cirúrgicos (exemplo: exodontias), utilizar hemostático absorvível no local seguido de sutura.</li> </ul>
Rivaroxabana (Xarelto®)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anticoagulante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profilaxia e tratamento do TEV pós-cirurgia;</li> <li>Profilaxia de tromboembolismo em FA sem valvopatia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentre as principais interações de interesse para o cirurgião dentista, pode-se citar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentam sua concentração: cetozonazol e itraconazol;</li> <li>Reduzem sua concentração: rifampicina e carbamazepina.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes fazendo uso crônico de Rivaroxabana devem ter a medicação suspensa, no mínimo, 24 horas antes da cirurgia;</li> <li>A reintrodução da Rivaroxabana deve ocorrer pelo menos 24 horas após o procedimento cirúrgico, caso a hemostasia esteja adequada.</li> <li>Exame laboratorial a ser solicitado Fator Xa.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrar em contato com o médico assistente do paciente previamente a realização do procedimento odontológico.</li> </ul>
				<ul style="list-style-type: none"> <li>Nos casos de procedimentos cirúrgicos (exemplo: exodontias), utilizar hemostático absorvível no local seguido de sutura.</li> </ul>
Clopidogrel (Plavix <sup>®</sup> , Gran <sup>®</sup> , Plagrel <sup>®</sup> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antiagregante plaquetário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenção e tratamento da SCA e AVC isquêmico;</li> <li>Doença arterial periférica sintomática.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redução do efeito antiplaquetário caso o paciente faça uso concomitante de inibidores de bomba de prótons, como o omeprazol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para pacientes que usam o Clopidogrel como prevenção primária, deve haver suspensão do medicamento 5 dias antes do procedimento cirúrgico;</li> </ul>
Clopidogrel (Plavix <sup>®</sup> , Gran <sup>®</sup> , Plagrel <sup>®</sup> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antiagregante plaquetário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenção e tratamento da SCA e AVC isquêmico;</li> <li>Doença arterial periférica sintomática.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redução do efeito antiplaquetário caso o paciente faça uso concomitante de inibidores de bomba de prótons, como o omeprazol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para pacientes que usam o Clopidogrel como prevenção primária, deve haver suspensão do medicamento 5 dias antes do procedimento cirúrgico;</li> <li>Para pacientes que usam o Clopidogrel para prevenção secundária, deve-se considerar o risco de ocorrer sangramento. Se este risco for</li> </ul>

				<p>considerado moderado ou alto, deve haver suspensão do medicamento 5 dias antes do procedimento;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em prevenção secundária.</li> </ul>
				<p>baixo, é apropriado manter o antiagregante no pré-operatório.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrar em contato com o médico assistente do paciente previamente a realização do procedimento odontológico.</li> <li>• Nos casos de procedimentos cirúrgicos (exemplo: exodontias), utilizar hemostático absorvível no local seguido de sutura.</li> </ul>

### • Metas da Reabilitação:

• A literatura mostra que, se o correto cuidado for direcionado aos pacientes em uso de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários, é possível realizar cirurgias sem que grandes sangramentos sejam esperados e sem que o paciente possua risco aumentado de desenvolver problemas tromboembólicos. Ressaltamos que toda decisão quanto a suspensão ou manutenção do uso desses medicamentos, deve ser tomada em comum acordo com o médico assistente do paciente.

### • Intervenção Nutricional no AVC:

• Recomenda-se o uso de fórmulas enterais padrão para início de TN em pacientes após AVC.

• **A oferta calórica inicial**, esta deve ser entre 50 e 70% do gasto energético aferido, preferencialmente, por calorimetria indireta. Caso não haja na unidade, as recomendações da BRASPEN são:

- **IMC eutrófico:** 15 a 20 kcal/kg/dia (a ser progredida para 25 a 30 kcal/kg/dia após o 4º dia nos pacientes em recuperação);
- **IMC 30 a 50 kg/m<sup>2</sup>:** 11 a 14 kcal/kg/dia do peso real;
- **IMC > 50 kg/m<sup>2</sup>:** 22 a 25 kcal/kg/dia do peso ideal;

• Para a ingestão proteica na fase aguda deve seguir os seguintes parâmetros:

- **IMC eutrófico:** 1,5 a 2,0 g/kg
- **IMC 30 a 40 kg/m<sup>2</sup>:** 2,0 g/kg
- **IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>:** até 2,5 g/kg

• Já na fase de reabilitação no pós-AVC recomenda-se a oferta calórica de 30 a 35 kcal/kg/dia e proteica de 1,2 a 1,5 g de proteína/kg/dia.

#### • **Intervenções de Enfermagem:**

• As intervenções de enfermagem são relacionadas à prevenção de complicações e traumas, e o enfermeiro deve promover a manutenção da função normal, prevenindo complicações e traumas, valendo-se da Sistematização da Assistência de Enfermagem, gerenciamento do risco do paciente com uso escalas validadas para este fim, quando aplicável (ex.: Escala de Braden, Escala de Morse), avaliando as necessidades básicas do paciente e garantindo o melhor estado do paciente para beneficiar-se com a reabilitação e sistematizando cuidado adequado desde a admissão no serviço até a preparação para alta possibilitando a elaboração de um plano de cuidados direcionado aos problemas reais e atuais, sendo este único para cada situação.

• Entre os traumas, as quedas são as causas mais comuns de injúrias em pacientes com AVC, contudo, verifica-se importância na avaliação do doente, abrangendo os fenômenos que vão desde avaliação física completa às alterações da sensibilidade e da visão, avaliação dos nervos cranianos e da consciência, avaliação da alteração do autocuidado e identificação de sinais de piora e necessidade de apoio psicológico.

• O envolvimento dos familiares e cuidadores na avaliação das

necessidades pós-AVC e no planejamento do tratamento; encorajando familiares e cuidadores para participar das sessões de reabilitações e na assistência nas atividades funcionais; provendo educação dos familiares e cuidadores sobre a doença. Importância também deve ser dada ao suporte emocional que deve ser provido pelos enfermeiros, como membro de uma equipe multiprofissional, com foco no estabelecimento de uma relação de confiança com os pacientes e seus familiares no intuito de promoção do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e adaptação.

- **Metas da Reabilitação:**

De acordo com a literatura existente não há consenso sobre proposta assistencial que viabilizem de forma integral todas as ações pertinentes ao enfermeiro, norteando-o na sistematização da assistência em todas as etapas no processo de cuidar de pessoas com AVC, pois de acordo com os resultados as ações são multifocais. Entretanto, literatura corrobora que o processo de cuidar de pacientes com AVC na alta complexidade ou em domicílio deve ser desenvolvido de forma a valorizar a autonomia e o autocuidado do paciente. Sendo postulado como prerrogativa do enfermeiro, buscar integrar cuidados continuados associando serviços de saúde, comunidade e equipe multidisciplinares desenvolvendo continuamente plano de cuidados oportuno e personalizado ao paciente acometido por AVC seja na fase inicial ou de tratamento posterior ao evento.

- **Intervenção Fisioterapêutica e Terapêutica Ocupacional:**

- **Avaliação e Reabilitação no AVC:** A intervenção fisioterapêutica neurofuncional inicia-se desde já na admissão do paciente na fase aguda, com plano de reabilitação precoce contribuindo para evolução e os desfechos.

- **Avaliação Neurofuncional:** Avaliação neurofuncional determina um processo estruturado, considerando pontos específicos e importantes do paciente neurológico.

<b>Itens da avaliação Neurofuncional:</b>
Nível de consciência
Pupilas (diâmetros e fotorreação), movimentos oculares, visão (acuidade e campo visual)
Aspectos cognitivos: compreensão, comunicação, orientação de espaço-temporal e interação
Aspectos neurovegetativos (cardíaco e circulatório), as condições da pele e presença de edema
Aspectos respiratórios: ausculta, oximetria, padrão e tipo respiratório, proteção de vias aéreas, suspeita de ineficiência da tosse e medidas ventilatórias quando necessário.
Presença ou ausência de resposta motora voluntária ou reflexa diante aos manejos passivos, assistidos e ativos.
Déficits sensoriais e perceptivos
Atenção do tônus e trofismo muscular
Resposta de coordenação e equilíbrio
Possibilidade e eficácia das trocas posturais, manutenção postural, transferências, locomoção e riscos e riscos de queda em cada contexto

### • **Reabilitação:**

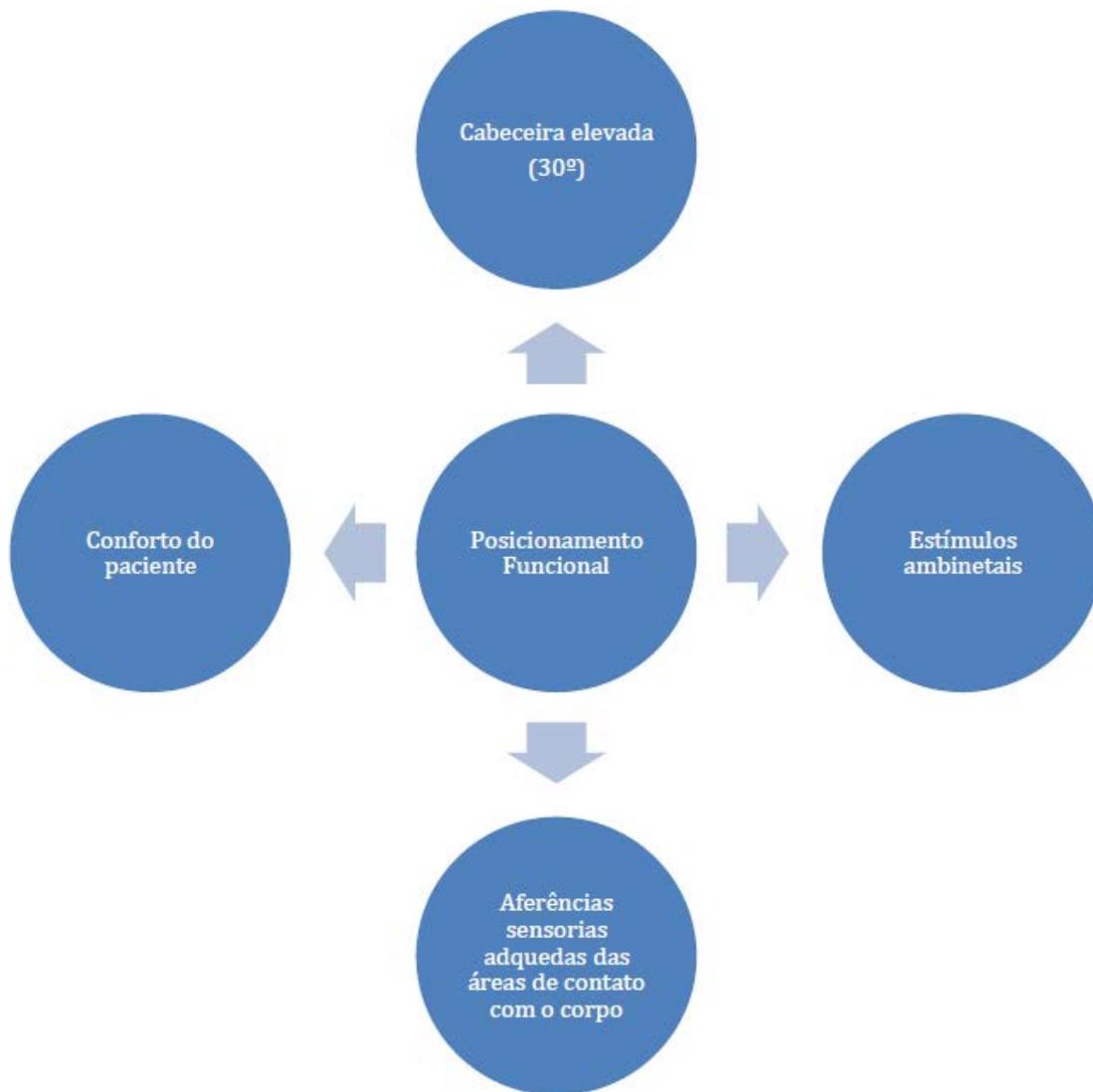
A mobilização precoce deve ser parte integrante de um programa de reabilitação do paciente neurológico. Os objetivos primários de reabilitação precoce são a prevenção de deterioração secundária tanto física, como intelectual e emocional, e preparar o paciente e familiares para os desafios à frente.

### • **Efeitos da reabilitação na neuroplasticidade:**

Após uma lesão encefálica, tanto a intensidade da reabilitação como o tempo decorrido entre lesão e o início da reabilitação influenciam a recuperação da função neuronal. A falta prolongada de movimentos ativos após a lesão pode ocasionar a perda subsequente da função em regiões adjacentes do encéfalo não lesadas. Contudo, danos subsequentes em áreas corticais adjacentes podem ser evitados por retreinamento dos movimentos. A reorganização neural ou o aprendizado motor facilitam a recuperação das funções perdidas e pode ser influenciado pela experiência, comportamento e prática de exercícios. O aprendizado de determinada atividade ou a somente prática da mesma, desde que não seja simples repetição de movimentos, induz mudanças plásticas e dinâmicas no SNC, isto porque o treinamento motor pode promover modificações significativas de neurogêneses, modulação pré e pós-sináptica entre outros, e contribuir para resultados positivos na recuperação em resposta a esse treinamento.

- **Diretriz Assistencial Neurofuncional:**

A assistência fisioterapêutica e terapêutica ocupacional iniciais são guiadas por fases considerando as diretrizes de mobilização precoce, com as devidas particularidades do paciente neurológico. O posicionamento funcional compõe o tratamento, já que subsidia uma das fases do controle de motor formada pela postura e pelos estímulos sensoriais, além de favorecer adequação do tônus postural.



- **Intervenções Psicológicas:**

- Ao sofrer um AVC, mesmo que ele seja leve, os sobreviventes podem ter de enfrentar limitações na sua capacidade de desempenhar as atividades do cotidiano, prejudicando as possibilidades de se reintegrarem na comunidade e de participarem na sociedade. Essas limitações são a consequência da lesão cerebral: o cérebro que sofreu uma lesão passa a funcionar mal naquela área. Só que aquela área pode desempenhar uma função crucial, ou participar e contribuir para muitas funções.

Dependendo da área cerebral em que ocorreu a lesão causada pelo AVC, diferentes consequências poderão surgir. As sequelas causadas pelo AVC, ou suas consequências, podem ser vistas como perda ou prejuízo das capacidades motoras, perceptivas, de linguagem, emocionais e cognitivas.

### • **Metas da Reabilitação:**

- A intervenção psicológica ao paciente vítima de AVC baseia-se em auxiliar a pessoa à reorganizar-se em seu ajustamento psicológico e social, diminuir sintomas depressivos e ansiosos, melhorar a qualidade de vida e aumentar o nível de independência. Dados demonstram que pacientes acometidos por danos neurológicos produzem distorções cognitivas relevantes onde a modificação, por meio da psicoterapia, torna a pessoa adaptativa e funcional a realidade que lhe é apresentada.
- Nesse processo de reabilitação, o papel da família é fundamental. Não só o apoio ao paciente é necessário, mas também cuidados adequados, percepção e sensibilidade frente às dificuldades enfrentadas pelo paciente e também a necessidade de se reorganizar como família. Quando um de seus membros adoece, os papéis familiares podem precisar mudar: o chefe da família pode precisar de cuidados, a mãe pode precisar desempenhar papel de chefe, tomar decisões, preocupar-se com o sustento. O apoio ao paciente não fica apenas na necessidade de encorajá-lo e acompanhá-lo nos tratamentos, mas em compreender que, em muitos casos, ocorre mudança da personalidade como consequência da lesão cerebral, em que há a perda da identidade, caso em que aquele que cuidava, pode se ver fragilizado.
- Deve ser direito de toda pessoa que sofre um AVC a possibilidade de se engajar em todas as formas de tratamento necessárias, para que possa voltar a viver do jeito mais digno possível, com qualidade de vida, almejando o máximo de recuperação funcional, evitando uma aposentadoria precoce ou a marginalização da sociedade. Dessa forma o envolvimento do Serviço Social no auxílio ao paciente e família também é indicado, a intervenção psicológica deve levar em conta a desospitalização responsável e plano de alta e encaminhamentos necessários preenchidos, regulados quando possível e com impecável explicação aos familiares/cuidadores dos cuidados em domicílio.

## **7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

POWERS, William J. et al. 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. Stroke, v. 50, n. 12, p. e344-e418, 2019.

CHANG, Cherylee WJ; PROVENCIO, Jose Javier; SHAH, Shreyansh. Neurological Critical

Care: The Evolution of Cerebrovascular Critical Care. Critical Care Medicine, v. 49, n. 6, p.

881-900, 2021.

TOMASELLI, Gordon F. et al. 2020 ACC expert consensus decision pathway on

management of bleeding in patients on oral anticoagulants: a report of the American College

of Cardiology Solution Set Oversight Committee. Journal of the American College of

Cardiology, v. 76, n. 5, p. 594-622, 2020.

CUKER, Adam et al. Reversal of direct oral anticoagulants: guidance from the

anticoagulation forum. American journal of hematology, v. 94, n. 6, p. 697-709, 2019.

RODRIGUES, F. F., et al. Diretrizes práticas de fisioterapia no paciente grave; 1.ed. São

Paulo: Editora dos autores, 2022.

DA SILVA, RAFAELA FERNANDA; DE LIMA, RODRIGO DIAS. A IMPORTÂNCIA

DA FISIOTERAPIA PRECOCE NA RECUPERAÇÃO DO CONTROLE MOTOR APÓS AVC. 2016.

BOAVENTURA, Luiz Carlos. O papel da fisioterapia no acidente vascular cerebral. ComCiência, n. 109, p. 0-0, 2009.

SARMENTO, G. J.V. Fisioterapia motora aplicada ao paciente crítico: do diagnóstico à

intervenção; 2.ed. Santana de Parnaíba (SP): Manole. 2022.

GOMES SR, Senna M. Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral.

Cogitare Enferm. 2008;13(2):220-6.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. Oral Anticoagulant and Antiplatelet Medications

and Dental Procedures. Disponível em: <https://www.ada.org/en/member-center/oral-healthtopics/>

oralanticoagulant-and-antiplatelet-medications-and-dental-procedures.

<https://www.ada.org/>. Visto em: 10 outubro de 2022.

FORTES, A.C.G. e Neri, A.L. (2004). Eventos de vida e envelhecimento humano. Em: Neri,

A.L.; Yassuda, M.S. e Cachioni, M. (Eds.). Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e

cognitivos (pp. 51-70). Campinas: Papirus.

## **8. ANEXOS:**

**Os protocolos na íntegra com todos os anexos citados se encontram no repositório de documentos no Interact de cada unidade.**