

Unidade de Referência Vascular Aguda

“U.R.V.A”



**FLUXOS E
PROTOCOLOS
DA LINHA DE
CUIDADOS DO
ACIDENTE
VASCULAR
ENCEFÁLICO**

**COMPLEXO HOSPITALAR
PREFEITO EDIVALDO ORSI (“OURO VERDE”)**

CAMPINAS, SP

SUMÁRIO

	Página
1. Introdução	
1.1. Detalhamento da Construção da Linha de Cuidados do AVC	3
1.2. Marcadores de Risco e Monitoramento dos Resultados	4
1.3. Programa de Educação Continuada da Linha de Cuidados do AVC	5
2. Protocolos de Fluxo da Linha de Cuidados do AVC no CHOV	
2.1. Fluxo admissional ao Pronto Socorro do CHOV	5
2.2. Classificação de Risco	7
2.3. Fluxo de Atendimento ao paciente com AVC HIPERAGUDO	8
2.4. Regulação dos Leitos da UNIDADE de AVC da U.R.V.A	9
2.5. Protocolo Admissional na Unidade de AVC da U.R.V.A.	10
2.6. Prontuário Padronizado da Unidade de AVC	11
2.7. Protocolo de Avaliação de Risco para Disfagia e Broncoaspiração	12
3. Protocolos Clínicos de AVC	
3.1. Condutas Clínicas no AVC Isquêmico e Ataque Isquêmico Transitório	14
3.2. Condutas no AVC Hemorrágico Intraparenquimatoso	16

1.1. Detalhamento da Construção da Linha de Cuidados do AVC

Frente à crescente demanda por leitos de internação hospitalar para o tratamento das vítimas de AVC na região de Campinas e após um período de montagem e organização institucional da Linha de Cuidados do AVC, foi inaugurada em Julho de 2012 a UNIDADE DE REFERÊNCIA VASCULAR AGUDA (U.R.V.A.) no Complexo Hospitalar Ouro Verde (CHOV) contando com 20 leitos, sendo 10 deles exclusivamente devotados à admissão de pacientes com AVC agudo (Unidade de AVC) e 10 à admissão de pacientes com infarto agudo do miocárdio. Os 10 leitos da Unidade de AVC são distribuídos em 2 com complexidade semi-intensiva e 8 com complexidade de enfermaria mas com possibilidade de instalação de monitorização contínua não invasiva.

A construção da Linha de Cuidados do AVC foi esquematizada em quatro pontos de atenção principais, representados por quatro colunas na **FIGURA 1**, sendo que as colunas 2, 3 e 4 representam os pontos cujas ações estão sob responsabilidade direta do Programa de Cuidados do AVC no CHOV.

Em Maio de 2013, em cumprimento às normativas previstas pelo Protocolo da Linha de Cuidados no AVC estabelecido pelo Ministério da Saúde através da Portaria 665 de Abril de 2012, a Unidade de AVC passou a oferecer cobertura neurológica 24 horas, todos os dias da semana, otimizando não só o atendimento aos pacientes já internados na U.R.V.A., mas possibilitando também o atendimento qualificado de fase aguda (especificamente trombólise endovenosa para casos de AVC isquêmico agudo) aos pacientes admitidos ao Pronto Socorro da instituição. Anteriormente a esse período, a instituição vinha realizando o atendimento neurológico agudo (trombólise) no Pronto Socorro apenas no período diurno, ainda que de Domingo a Domingo.

A neurologista responsável técnica pela Unidade de AVC da U.R.V.A. é a Dra. Cynthia Resende Campos Herrera. A Unidade de AVC conta com equipe multiprofissional composta por neurologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, nutricionistas, farmacêutico e terapeuta ocupacional, todos atuando de forma sinérgica e sob as orientações de protocolos clínico-assistenciais padronizados e atualizados, cujo foco é a redução da mortalidade, das complicações clínicas secundárias e do impacto disfuncional nas vítimas de AVC.

Os leitos da Unidade de AVC da U.R.V.A, como os demais da instituição, são 100% financiados com recursos do SUS e são regulados pela Central de Vagas. Os leitos da Unidade de AVC possuem critérios admissionais que visam a otimização da utilização dos recursos disponíveis na unidade e levam em consideração as condições pré-mórbidas e clínicas atuais do paciente, a saber:

1. Quadro clínico e tomográfico de AVC há menos de 48 horas;
2. Prioridade para os pacientes trombolisados;
3. Prioridade para pacientes no primeiro AVC.

Não são passíveis de regulação para a U.R.V.A., dada a limitação de complexidade assistencial, pacientes com rebaixamento grave do nível de consciência (Glasgow <11), em ventilação mecânica, ou com explícita demanda neurocirúrgica imediata (hemorragia subaracnóidea, hemorragia subdural, Hematomas de fossa posterior, Hidrocefalia associada a AVC). Também não são priorizados, dado o conceito de reabilitação funcional da Unidade, pacientes com estado demencial ou sequelar prévio grave, bem como pacientes em fase terminal de doenças degenerativas ou neoplásicas, ainda que com o primeiro AVC. Estes pacientes, embora sejam inicialmente avaliados por neurologistas na fase de diagnóstico do AVC, são indicados a leitos de Clínica Médica.

Pacientes com AVC extenso hemisférico que venham a necessitar de hemicraniectomia descompressiva nas primeiras 48 horas de internação contam com as retaguardas neurocirúrgicas de emergência dos Hospitais Celso Pierro e Mario Gatti, sendo o paciente encaminhado para leito de UTI no pós-operatório, voltando à Unidade de AVC da U.R.V.A. somente após desmame ventilatório.

Após a alta hospitalar, o paciente é inserido e acompanhado, de acordo com suas necessidades, no Ambulatório de Fisioterapia e no Ambulatório de Fonoaudiologia, onde prossegue seu programa de reabilitação. Além disto, este paciente também é acompanhado por 3 meses no Ambulatório de Egressos e posteriormente referenciado à Unidade Básica de Saúde da sua região para o controle clínico a longo prazo. Pacientes com necessidade de uso prolongado de anticoagulantes orais são referenciados ao Ambulatório de Anticoagulação da instituição. Pacientes com demanda de atendimento médico domiciliar após a alta são inseridos no programa de Assistência Domiciliar e Medicina de Família, sob a responsabilidade da Unidade Básica de Saúde referência para a região do seu domicílio.

Figura 1. Divisão Esquemática da Construção Geral da Linha de Cuidados do AVC no CHOV.

1	2	3	4
PONTO DE DETECÇÃO E ESTABILIZAÇÃO INICIAL	PONTO DE ATENÇÃO ESPECÍFICA NA FASE AGUDA DO AVC	ADMISSÃO ESPECIALIZADA UNIDADE DE AVC	REABILITAÇÃO FUNCIONAL
PA SAMU PS (Locais que recebem o paciente com quadro clínico sugestivo de AVC).	Local com: - TC disponível em <25min da admissão; - Avaliação neurológica; - Terapia de recanalização quando indicada em <60min da admissão; - Referenciamento cirúrgico precoce SN.	- Estabilização clínica; - Investigação etiológica; - Profilaxia secundária; - Contenção de danos;	- Ambulat.Egresso; - Fonoaudiologia; - Fisioterapia; - Terapia Ocupacional; - Serviço Social; - Transferência de cuidados para a UBS ou SAD
UNIDADE DE AVC – U.R.V.A. - CHOV			

1.2. Marcadores de Risco e Monitoramento dos Resultados

Os marcadores de risco medidos são: tempo entre o ictus e a admissão hospitalar, tempo de internação, incidência de infecções adquiridas na fase aguda após o AVC (pneumonia por broncoaspiração, infecção urinária, etc.), incidência de complicações não infecciosas (trombose venosa periférica, escaras, infarto Agudo do Miocárdio pós-AVC, Novo AVC, etc.), incidência de quedas, número de óbitos durante a internação, número de óbitos após a alta e dentro de 90 dias, evolução funcional (medida através de escalas funcionais mundialmente reconhecidas e cientificamente utilizadas: NIHSS, Barthel e Rankin). Para o monitoramento dos resultados decorrentes desse esforço multiprofissional sinérgico, um banco de dados sobre os pacientes admitidos foi criado desde a abertura da Unidade de AVC. Os resultados referentes aos marcadores de risco são analisados e divulgados trimestralmente, sendo propostas medidas para controlar e atingir eventuais metas não alcançadas. Em anexo (ANEXO 1), segue o I Boletim Trimestral, referente aos dados obtidos no primeiro trimestre de funcionamento da Unidade de AVC da URVA.

1.3. Programa de Educação Continuada da Linha de Cuidados do AVC

Como parte importante das atividades da Unidade de AVC da U.R.V.A., está o Programa de Educação Continuada Institucional que visa treinar e capacitar os diversos profissionais envolvidos direta e indiretamente no cuidado do paciente com AVC sobre a epidemiologia, o diagnóstico, tratamento e prevenção desta doença.

A U.R.V.A. oferece estágio de excelente nível qualitativo em Neurologia e em Cardiologia para os médicos residentes do Programa de Residência em Clínica Médica da instituição.

Adicionalmente, a Unidade promove periodicamente palestras educativas proferidas por seus próprios profissionais voltadas ao público leigo, cuidadores e vítimas de AVC, com o objetivo de orientar sobre fatores de risco e sua prevenção, bem como estimular o reconhecimento precoce dos sintomas e as atitudes práticas pré-hospitalares que devem ser tomadas pela população geral frente a um caso suspeito de AVC. Além disso, a divulgação do conhecimento em AVC para a população também tem sido feita através da imprensa, com entrevistas educativas concedidas pelos neurologistas da Unidade.

2. Protocolos de Fluxo da Linha de Cuidados do AVC no CHOV

2.1. Fluxo admissional ao Pronto Socorro do CHOV

Neste fluxo são considerados a procedência do paciente (busca espontânea ou via SAMU) e os tempos entre o ictus (início dos sintomas) e a chegada ao Pronto Socorro. Casos via SAMU devem ser comunicados diretamente ao CHEFE de PLANTÃO, quem efetivamente irá receber o caso índice e solicitar a avaliação neurológica. A equipe de Neurologistas da U.R.V.A. está disponível 24h para avaliação de casos agudos que cheguem ao Pronto Socorro, mas a U.R.V.A. não é uma unidade de acesso direto ao paciente vítima de AVC, pois este precisa ser diagnosticado no PONTO DE ATENÇÃO (PRONTO SOCORRO com TOMOGRAFIA disponível em menos de 25min da admissão), conforme anteriormente explícito na FIGURA 1.

COMPLEXO HOSPITALAR OURO VERDE



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO

Paciente com SUSPEITA DE AVE no PRONTO SOCORRO

Procedência:

BUSCA ESPONTÂNEA

VIA SAMU / REGULAÇÃO

Classificação de Risco

Escalas LAPSS ou Cincinnati

Suspeita clínica de AVE *

Comunicar ao CHEFE de PLANTÃO

Extratificação temporal:

Ictus há

** Tempo entre ICTUS e SALA VERMELHA

Ictus há <24h

Ictus entre 24h-72h

“SALA VERMELHA”

ACIONAR NEURO U.R.V.A.

Ramal 3541

PROTOCOLO AVE

HIPERAGUDO

SALA VERMELHA ou AMARELA

(a critério do Chefe de Plantão e de acordo com Glasgow)

Cabeceira a ZERO grau;

Sinais Vitais + Dextro;

Estabilização Clínica (ACLS)

Tomografia de Crânio;

JEJUM até Avaliação NEUROLÓGICA

SALA AMARELA ou OBSERVAÇÃO

(a critério do Chefe de Plantão e de acordo com Glasgow)

Sinais Vitais + Dextro;

Tomografia de Crânio;

JEJUM até Avaliação NEUROLÓGICA

Se AVCI Candidato a Trombólise: Reduzir PA SOMENTE SE >180/105 mmHg;

Se AVCI Não Candidato: Reduzir a PA SOMENTE SE >220/120 mmHg ou PAM>130; Objetivo: Redução da PA em 20% nas primeiras 24 horas. Drogas: Nitroprussiato de Sódio ou Hidralazina EV.

ATENÇÃO:

* A suspeita clínica deve ocorrer nos casos de déficit neurológico súbito.

Os sinais e sintomas mais comuns são:

Perda de força e/ou sensibilidade em um ou ambos os lados do corpo;

Perda de equilíbrio, coordenação ou dificuldade súbita para andar;

Dificuldade para falar ou entender comandos verbais;

Desvio da rima labial;

Perda de campo visual;

Cefaléia súbita, inédita e MUITO intensa.

Pacientes com suspeita de AVC são direcionados à Sala Vermelha (Emergência Prioritária) do Pronto Socorro do CHOV. Para fins de triagem pelas equipes de Classificação de Risco, utiliza-se a Escala de LAPSS (Los Angeles Pre Hospital Stroke Scale) devido à facilidade de aplicação bem como à validação internacional deste instrumento.



I - TRIAGEM NEUROLÓGICA : Início Súbito de:	Sim	Não
1. Alteração da fala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alteração na marcha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Perda de força de um lado do corpo ou formigamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dor de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alteração de Visão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vertigem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se o paciente e ou acompanhante responder SIM para qualquer um dos critérios acima, preencha a escala de LAPSS

II ESCALA LAPSS		
Los Angeles Prehospital Stroke Screen	Sim	Não
1 - Idade Acima dos 45 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Sem história prévia de convulsões / epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Sintomas neurológicos se iniciaram nas últimas 24 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Paciente deambulava antes do evento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Glicemia entre 60 e 400 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exame: Procurar Assimetria	Normal	Direita	Esquerda
Facial: sorriso careteamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Queda
Aperto de mão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fraco	<input type="checkbox"/> Fraco
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente
Fraqueza no braço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Queda lenta	<input type="checkbox"/> Queda lenta
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Queda rápida	<input type="checkbox"/> Queda rápida
Baseado no exame, o paciente apresenta fraqueza unilateral ou alteração de fala <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

III - Tempo de Evolução do primeiro sinal ou sintoma		
Menor que 12 horas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se o paciente ou acompanhante responder SIM para os três itens (I, II, III) desta avaliação acione o COD AVC		
Início do quadro clínico	Data: ___/___/___	Hora: ___:___
Início da chegada do paciente	Data: ___/___/___	Hora: ___:___
Solicitação da Tomografia	Data: ___/___/___	Hora: ___:___
Encaminhamento da Tomografia	Data: ___/___/___	Hora: ___:___
Laudo da Tomografia	Data: ___/___/___	Hora: ___:___

Atendimento Interno Atendimento Ambulância

Obs: _____

2.3. Fluxo de Atendimento ao paciente com AVC HIPERAGUDO

COMPLEXO HOSPITALAR OURO VERDE



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AVE HIPERAGUDO

SINAIS CLÍNICOS DE AVE * há <3h30min

SALA VERMELHA

EMERGENCISTA

4. Certificar-se do horário de início dos sintomas;
5. Estabilizar vias aéreas "ABC" (ACLS);
6. Solicitar com **URGÊNCIA TC de Crânio** sem contraste e Labs.**
7. **Acionar Plantonista da Equipe de AVC (7h00-18h00 – Ramal 3541).**

ENFERMAGEM

1. Coleta de Labs.** e Encaminhamento URGENTE;
2. Encaminhar com URGÊNCIA para TC;
3. Cabeceira a ZERO GRAU

* Sinais de AVE

Início Súbito de pelo menos um dos sinais:

- Perda de força localizada;
- Perda de campo visual;
- Alteração na fala ou na linguagem;
- Cefaléia ictal, intensa, súbita, associada a alteração do nível de consciência;
- Alteração súbita e intensa do equilíbrio.

ATENÇÃO: Pacientes com demência moderada a grave, ou previamente incapacitados funcionalmente, ou portadores de doença terminal **não devem ser incluídos neste protocolo.**

** LABORATÓRIO

1. Hemograma Completo;
2. Sódio; Potássio; Uréia; Creatinina; Glicemia;
3. Coagulograma;
4. Tipagem Sanguínea.

APÓS TC

ENFERMAGEM

1. Cabeceira a ZERO GRAU
2. Dois acessos venosos (Abocath) com SF;
3. Sinais vitais (PA/Temp/SatO2);
4. O2 nasal 3L/min se Sat<93%.
5. Glicemia capilar;
6. Dieta ZERO.

NEUROLOGISTA

1. NIHSS
2. Checar TC
3. Meta: PA <180/105


Se indicada a TROMBÓLISE: Admissão imediata à URVA ou início na própria SALA VERMELHA.

METAS de TEMPOS:

- Porta-TC: 25min;
- Porta-rTPA: 60min.

2.4. Regulação dos Leitos da UNIDADE de AVC da U.R.V.A.

Os leitos da U.R.V.A. são regulados pela Central de Vagas e recebe pacientes provenientes de pontos de atenção fora do CHOV, desde que obedecendo aos critérios de inclusão descritos no ítem 1.1. A inserção dos pacientes é feita através do Sistema CROSS. Para os casos trombolisados, pode-se associar ao processo informatizado uma ficha mais detalhada que visa melhor comunicação técnica entre as equipes médicas do PONTO DE ATENÇÃO e da Unidade de AVC, a qual pode ser enviada por via à Regulação (não é obrigatória, mas recomendável):



A UNIDADE DE REFERENCIA VASCULAR AGUDA (U.R.V.A) aceita pacientes com o PRIMEIRO AVE há menos de 48h. Confirmação Tomográfica é obrigatória e a TC deve acompanhar o paciente.

ATENÇÃO: Não são passíveis de regulação:

1)Glasgow <11; 2)Instabilidade ventilatória ou hemodinâmica; 3)AVCI Maligno de ACM; 4)AVCH de Tronco ou Cerebelo; 5)Hemorragia Subaracnoídea ou Subdural; 6)AVCI de fossa posterior com hidrocefalia; 7)Incapaz funcional prévio (ex. acamado; institucionalizado; demência ou retardo mental); 8)Expectativa de vida conhecidamente reduzida (doença degenerativa, câncer, etc).

COMPLEXO HOSPITALAR OURO VERDE
FICHA DE REGULAÇÃO PARA A UNIDADE DE AVE – U.R.V.A

Unidade/Médico Solicitante: _____

Paciente: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Data da Solicitação: ____/____/____

Data do AVE: ____/____/____ Hora do Ictus: _____

Quadro clínico: _____

Fatores de Risco: () HAS; () DM; () Tabagismo; () Etilismo; () Dislipidemia; () IAM; () FA; Outro: _____

Meds.uso Regular Prévio: _____

Laboratoriais (OBRIGATÓRIOS)	Hb:	Na:	Gli:
	Ht:	K:	TTPA/R:
	L:	Ur:	TP/RNI:
	Pla:	Cr:	
Data: ____/____/____			

AVCI trombolisado? () SIM (Preencher quadro 1) () NÃO (Preencher quadro 2)

QUADRO 1

TC (ASPECTS ou descritivo) _____ Tempo ICTUS - rtPA: _____

NIHSS	1a	1b	1c	2	3	4	5a	5b	6a	6b	7	8	9	10	11	Total
Pré-rtPA																
Pós imediato -rtPA																
24h pós-rtPA																

	PA Sistólica MÁX	PA Diastólica MAX	Glicemia Capilar
Pré rtPA			
Durante rtPA			
Primeiras 2 horas pós-rtPA			
Entre 2h – 24h pós-rtPA			

Intercorrências: _____

Obrigatório fazer TC 24h após o rtPA, antes da transferência. Não devem ser referenciados pacientes com complicações hemorrágicas pós trombólise ou com transformação hemorrágica sintomática.

QUADRO 2

() AVCI -Território Vascular: _____

() AVCH -Localizacao, Lado e Volume do Hematoma: _____

	PA Sistólica MÁX	PA Diastólica MAX	Glicemias Capilares	Temp.MÁX
Entrada				
Primeiras 24h pos AVC				
24 a 48h pós AVC				

Infecção em tratamento: () Não () Sim – Sítio: _____

Antibiótico / Dose: _____ Início ____/____/____

Meds.prescritas no serviço de origem: _____

2.5. Protocolo Admissional na Unidade de AVC da U.R.V.A.

Após admissão na Unidade de AVC da U.R.V.A., segue-se um Protocolo de Ações admissionais médicas e de enfermagem conforme a seguir:

COMPLEXO HOSPITALAR OURO VERDE



FLUXOGRAMA DE ADMISSÃO NA U.R.V.A.

ADMISSÃO DE NOVO PACIENTE

NEUROLOGISTA

1. Estabilização Clínica "ABC"
2. História clínica, antecedentes mórbidos, mRS prévio (Fonte: paciente, familiares, etc);
3. Exame físico e neurológico;
4. Aplicar NIHSS.
5. Checar neuroimagem e exames prévios disponíveis;
6. Prescrição Médica;
7. Solicitação de Exames Complementares pertinentes (Conforme PROTOCOLOS AVEI e AVEH).

ENFERMAGEM

1. Monitor Multiparâmetros;
2. Obter sinais vitais;
3. Suporte Ventilatório se Sat<93% (Máscara O2 3L/min se paciente não IOT);
4. Acesso Venoso;
5. Coleta de Labs*(exceto se já colhidos no CHOV);
6. Glicemia Capilar;
7. Acionar Fono para PROTOCOLO DISFAGIA;
8. Jejum VO ou SNE até que a avaliação pela Fono seja feita.
9. Troca de SVD, conforme PROTOCOLO DE ADMISSÃO

* LABORATÓRIO

1. Hemograma Completo;
2. Sódio; Potássio; Uréia; Creatinina; Glicemia;
3. Coagulograma;
4. Urina I, se troca de SVD.

2.7. Protocolo de Avaliação de Risco para Disfagia e Broncoaspiração

AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DE RISCO PARA DISFAGIA

Data: _____ Hora: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ D/N: _____ Idade: _____
 Leito: _____ Enf () UTI () Amb () Data de Internação: _____
 H.D.: _____
 Tels: _____ Cuidador(es): _____

Informações Relevantes: _____

PARÂMETROS CLÍNICOS

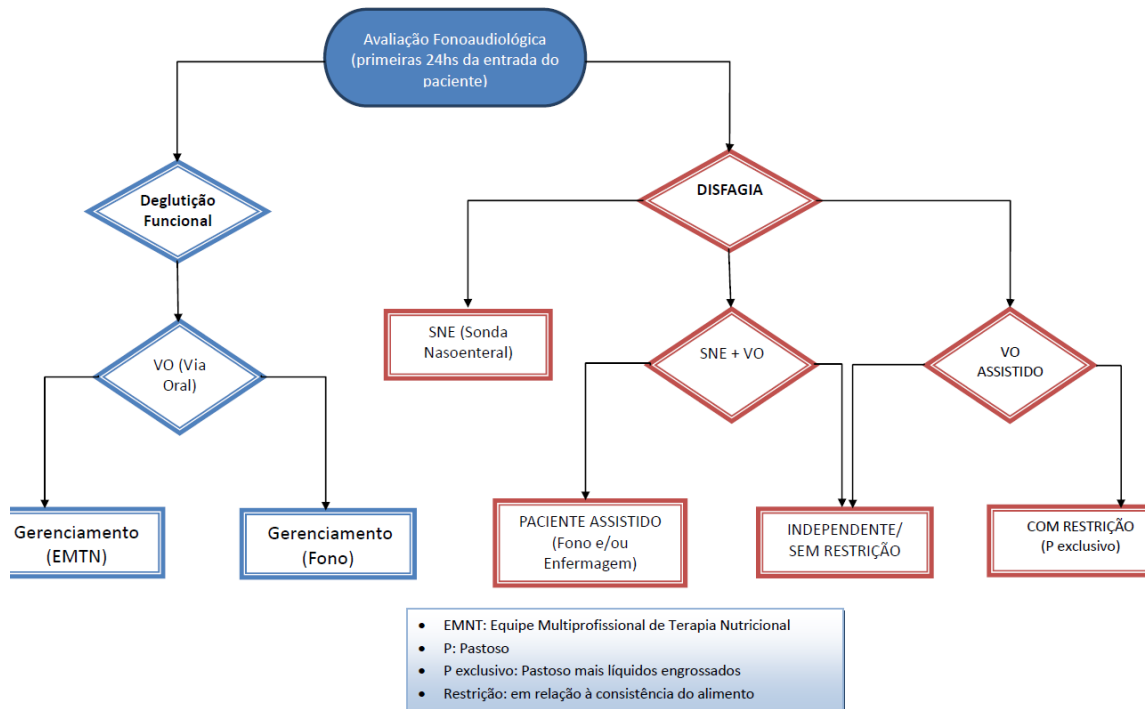
Glasgow do dia: _____ (>12) Saturação O2 _____ (90 a 100%)
 Freq. Cardíaca: _____ bpm () normal 70 a 75 () taquicardia >100 () bradicardia
 Freq. Respiratória: _____ rpm () 18 a 25 eupneico () dispneico () >25 taquipneico () <18 bradipneico
 Pressão Arterial: máxima _____ mínima _____
 Tempo de IOT: _____ (<48h) Tempo de extubação: _____ (>24h)
 TQT Tipo: () Plástica () cuff insuflado () cuff desinsuflado
 () Metálica nº _____ () aberta () ocluída
 VNI: () CIPAP () BIPAP () Ventilação Mecânica
 Via Alternativa de Alimentação: () sim () não () SNE/SOE () GTM Desde: _____
 Prognóstico do quadro clínico: () bom () indefinido () ruim

CRITÉRIOS PARA O INÍCIO DA AVALIAÇÃO

Parâmetros	Pontuação 0	Pontuação 1	Pontuação 2	Total
1. Oscila o Nível de Consciência	() Não	() Esporadicamente	() Sim	
2. Responsivo	() Sim	() Parcialmente	() Não	
3. Expressão Verbal	() Sim	() Parcialmente	() Não	
4. Compreensão	() Sim	() Parcialmente	() Não	
5. Disartria	() Não	() Grave	() Leve/Moderada	
6. Suporte de O2	() Não		() Sim	
7. Processo de Desmame de O2	() Sim		() Não	
8. Condição da Saliva	() Adequada	() Xerostomia	() Sialorréia	
9. Secreção Pulmonar	() Ausente		() Presente	
10. Necessidade de Aspiração	() Raramente	() Esporadicamente	() Frequentemente	
11. Mobilidade de Língua	() Presente	() Reduzida	() Ausente	
12. Força da Língua	() Presente	() Reduzida	() Ausente	
13. Mobilidade Palato	() Presente	() Assimetria	() Ausente	
14. GAG	() Presente	() Exacerbado	() Ausente	
15. Tosse Voluntária	() Eficaz	() Ineficaz/Presente	() Ausente	
16. Qualidade Vocal	() Adequada	() Astênica	() Rouco/Molhada	
17. Deglutição de Saliva	() Espontânea	() Solicitada	() Ausente	
18. Dentição	() Presente	() Parcial	() Ausente	
19. Condição Motora Geral	() Mobilidade Preservada	() Paralisia ou Paresia	() Imobilidade	
20. História prévia de Disfagia	() Não		() Sim	
Escore Total				

Pontuação: _____

Gerenciamento de Risco da Broncoaspiração



3. Protocolos Clínicos Assistenciais

3.1. AVCI - Capa e Sumário



COMPLEXO HOSPITALAR OURO VERDE



PROTOCOLO DE CONDUTAS NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO E ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO

DEFINIÇÃO DE AVEI e AIT	3
RISCO DE OCORRÊNCIA DE AVEI APÓS AIT / ABCD2 Score	4
CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA DOS AVEIs	5
PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA DO AVEI	7
PROTOCOLO DE TRATAMENTO DO AVEI	9
5.1. TRATAMENTO TROMBOLÍTICO COM rt-PA ENDOVENOSO	9
5.2. SEQUÊNCIA DE AÇÕES NA TROMBÓLISE	11
5.3. CUIDADOS PÓS TROMBÓLISE	14
5.4. PROTOCOLO DE TRATAMENTO PARA PACIENTES NÃO TROMBOLISADOS	17
5.5. INTERVENÇÕES PARA REDUZIR O RISCO DE RECIDIVAS PRECOCES	19
ANEXOS	21
6.1. ASPECTS	21
6.2. PROFILAXIA SECUNDÁRIA NO AVEI CARDIOEMBÓLICO	22
6.3. PROTOCOLO DE ANTICOAGULAÇÃO	23
6.4. PROTOCOLO DE INGESTA POR VIA ORAL APÓS AVEI	27
6.6. INDICAÇÕES DE SONDA VESICAL NOS PACIENTES COM AVEI	28
6.7. ORIENTAÇÃO EM RELAÇÃO AO DECÚBITO	28
6.8. INDICAÇÃO DE HEMICRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA NO AVEI	29

3.2. AVCH – Capa e Sumário



PROTOCOLO DE CONDUTAS NO AVE HEMORRÁGICO INTRAPARENQUIMATOSO 2012

Responsável Técnica: Dra. Cynthia Resende Campos Herrera
Neurologista - CRM: 91.174

	Página
ABORDAGEM INICIAL (ANTES DA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA)	2
1. ESTABILIZAÇÃO VENTILATÓRIA	2
2. ESTABILIZAÇÃO HEMODINÂMICA	2
3. TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM CONTRASTE	2
ABORDAGEM APÓS A CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA	3
4. TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	4
5. CONTROLE DA GLICEMIA	4
6. CONTROLE DA TEMPERATURA	5
7. TRATAMENTO DAS CRISES CONVULSIVAS	5
8. MEDIDAS PARA REDUZIR A HIPERTENSÃO INTRACRANIANA	6
9. ALIMENTAÇÃO	7
10. PROFILAXIA DE TROMBOSE VENOSA	7
11. USO DE SONDAGEM VESICAL	7
12. CUIDADOS GERAIS	8
13. INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA COMPLEMENTAR	8