

HOSPITAL E MATERNIDADE GALILEO

TRATAMENTO TROMBOLÍTICO DO AVCI AGUDO

RESPONSABILIDADE: NEUROLOGIA, NEUROCIRURGIA, UTI E PRONTO SOCORRO

INTRODUÇÃO: AVC isquêmico ocorre devido à interrupção do fluxo sanguíneo para uma região do cérebro. A rápida restauração deste fluxo pode limitar a lesão isquêmica e diminuir as sequelas. O aspecto mais importante no tratamento do AVC isquêmico é o rápido diagnóstico e início do tratamento. O ativador do plasminogênio tecidual recombinante (rt- PA) é o único tratamento trombolítico aprovado para uso na fase aguda e pode ser utilizado quando infundido em até 4,5 horas do início dos sintomas. Também já está sedimentado o tratamento endovascular que consiste em trombectomia mecânica, ou seja, uso de dispositivo que aspira o coágulo da artéria acometida e este pode ser realizado em até 6 horas do início dos sintomas.

CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE AVC

Déficit focal ao exame neurológico, como hemiparesia ou hemiplegia, disartria ou afasia e desvio de rima labial, de início súbito, são os principais. A confirmação diagnóstica deverá ser feita através de Tomografia Computadorizada de Crânio sem contraste e Angiotomografia de crânio contrastada, avaliada por um médico experiente, que decidirá se o paciente perfaz os critérios de inclusão no protocolo, reconhecendo todos os critérios de exclusão.

DEFINIÇÃO DE AIT

O ataque isquêmico transitório ocorre quando há perda aguda de função cerebral por insuficiência de suprimento sanguíneo em um determinado território vascular arterial sem causar lesão estrutural no tecido nervoso. Um episódio de AIT quase sempre dura menos de 1 hora, e é classificado por déficit que reverte em menos de 24 horas com exame de imagem sem presença de isquemia (preferencialmente ressonância magnética).

RISCO DE OCORRER UM AVCI APÓS UM AIT

O risco de um AVCI após um AIT é de aproximadamente 17% em 90 dias, sendo maior na primeira semana e para pacientes com vários fatores de risco. Após os primeiros 90 dias, esse risco cai para 12% no primeiro ano e a partir de então, 7% por ano. Isso significa um risco 7 vezes maior do que o da população normal. Para se estimar o risco de recorrência de um evento cerebrovascular após a ocorrência de um AIT, pode-se utilizar, entre outras escalas, o ABCD2 SCORE, onde A= Age; B= Blood pressure; C=Clinical Feature; D2= Duration / Diabetes.

ABCD2 SCORE

CRITÉRIOS		Pontuação
Idade	<60	0
	>60	1
PA	<140/90	0
	>140/90	1
Quadro clínico	físico motor	2
	Distúrbio da fala <i>st</i> motor	1
	Outro tipo de <i>úgjjál</i>	0
Duração	<10 minutos	0
	10-59 minutos	1
	>60 minutos	2
Diabetes	Não	0
	Sim	1

Risco de AVEI

Pontos	Em 7 dias	Em 90 dias
0-3	1.2%	3.1%
4-5	5.9%	9.8%
6-7	11.7%	17.8%

Pacientes com pontuação > 3 estão sob maior risco e devem ser internados para investigação da causa do AVCI e iniciar imediatamente terapia antitrombótica, estatina, controle glicêmico e pressórico.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA TROMBÓLISE ENDOVENOSA

- 1- Possibilidade de iniciar a infusão do rt-PA (Actilyse) dentro de 4,5 horas do início dos sintomas.
- 2- TC de Crânio da admissão sem evidência de hemorragia
- 3- Idade entre 18 a 80 anos.
- 4 - Escala de exame físico do NIH com pontuação entre 4 - 22 pontos.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA TROMBECTOMIA MECÂNICA

- 5 - Tempo entre início dos sintomas e punção arterial até 6 horas.
- 6 - Angiotomografia de crânio evidenciando oclusão de grande vaso como Artéria carótida interna, artéria cerebral média proximal ou basilar.
- 7 - TC de Crânio sem evidencia de lesão cerebral extensa (ASPECTS<7).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DE TROMBÓLISE E TROMBECTOMIA

- 1- Uso de anticoagulantes orais com RNI>1,7 ou TP > 15s. Plaquetas < 100.000

- 2- Uso de heparina nas últimas 48 horas com TTPa elevado ou novos anticoagulantes.
- 3- AVCI ou TCE grave nos últimos 3 meses.
- 4- Histórias pregressas de hemorragia cerebral ou MAV.
- 5- TC de crânio com hipodensidade precoce > um terço do território da artéria cerebral média.
- 6- PAS > 185 mmHg ou PAD > 110 mmHg persistente mesmo com tratamento com anti-hipertensivo.
- 7- Melhoras rápida e completa dos sinais e sintomas antes do início da infusão.
- 8- Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo nas últimas duas semanas
- 9- Hemorragias gastrointestinal ou geniturinária nas últimas três semanas
- 10- Punção arterial em local não compressível ou punção lombar na última semana
- 11- Glicemia < 50 mg ou > 400mg/dl com reversão dos sintomas após correção.
- 12- IAM nos últimos 3 meses
- 14- Suspeita clínica de HSA ou dissecação de aorta a despeito da CT de crânio.
- 16- Gestante ou retinopatia hemorrágica.

USO DO TROMBOLÍTICO

A dose do rt-PA EV é sempre 0.9mg/Kg, com dose máxima de 90mg. Deve-se infundir 10% da dose total em bolus inicial em 1 minuto, seguido de infusão dos 90% restante em 60 minutos. O Actilyse já apresenta seu próprio diluente formando uma solução de 1mg/ml. Deve-se utilizar vaso da extremidade de membro superior e não correr em Y com nenhuma outra medicação, preferencialmente no membro não paralisado onde apresenta melhor retorno venoso.

CUIDADOS APÓS USO DE TROMBOLÍTICO

1. Não utilizar antitrombóticos, antiagregantes e heparina nas próximas 24 horas pós-trombolítico.
2. Controle neurológico rigoroso.
3. Monitorização cardíaca e pressórica (monitore PA a cada 15 min nas duas primeiras horas; a cada 30 min da terceira a oitava hora; e a cada 1 hora da nona até 24h pós-tratamento, atentando para valores >180x105 mmHg que devem ser abaixados.
4. Não realizar cateterização venosa central ou punção arterial nas primeiras 24h.
5. Não passar sonda vesical até pelo menos 30 minutos do término da infusão do rt-PA.

6. Não passar SNE nas primeiras 24h.
7. Manter o paciente em jejum de pelo menos 12h e antes de alimentar, testar a deglutição.
8. Manter o decúbito zero, exceto dispneia.
9. Suplemento de O₂ se Saturação de O₂ < 94%.
10. Manter o paciente na UTI no mínimo por 48 horas.
11. Manter o paciente euvolêmico, evitar a desidratação ou hipervolemia.
12. Controle rigoroso da glicemia, se > 180 mg/dl iniciar insulina regular humana.
15. Controle rigoroso da hipertermia (evitar temperatura > 37,8). Usar Dipirona ou Paracetamol.
16. Curativo compressivo por 24 h se realizada trombectomia e repouso absoluto no leito.

SUSPEITA DE SANGRAMENTO

1. Pioras do déficit neurológico ou nível de consciência, cefaleia súbita, náuseas ou vômitos.
2. Descontinuar rt-PA se ainda em infusão e realizar TC de crânio urgente sem contraste.
4. Colher coagulograma completo, Hb, Ht e fibrinogênio.
5. Se sangramento ao TC de crânio ^ avaliação neurocirúrgica de emergência.
6. Outros locais de sangramento (ex.: local de punção venosa) tentar compressão mecânica.

TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS

1. Crioprecipitado: 6-8U EV (manter fibrinogênio sérico > 100 mg%)
2. Plasma fresco congelado: 2-6 U EV.
3. Se nível baixo de plaquetas ou uso de antiagregantes plaquetários ^ 6 a 8 U de plaquetas.
4. Concentrado de hemácias se Hemoglobina < 10mg.

AÇÕES FRENTE A UM POTENCIAL CANDIDATO À TROMBÓLISE

- A. Determinar sintomas típicos de AVC de início súbito.
- B. Determinar com rapidez se a hora do ictus informada está acurada e se há tempo suficiente para que o início da infusão do rt-PA ocorra dentro da janela terapêutica.
- C. Checar critérios de inclusão e exclusão e colher exames laboratoriais e encaminhá-los com urgência (Hemograma, Glicemia, Eletrólitos, Ureia/Creatinina, Tipagem Sanguínea e Coagulograma). Atenção: Em relação ao Coagulograma, se não há dados na história que sugiram presença de hepatopatia, uso de anticoagulantes ou discrasia sanguínea, não se

deve perder tempo à espera do resultado de Coagulograma.

- D. Medir glicemia capilar - Já providenciar correção se alterado, pois Hiperglicemia persistente (>140mg/dl) nas primeiras 24h após o AVCI se associa a pior prognóstico funcional. (Adams *et al.* Circulation 2007;115, 478-534). Proposta de tratamento:

Se Glicemia <70mg/dl: Administrar 40 ml de Glicose a 25%.

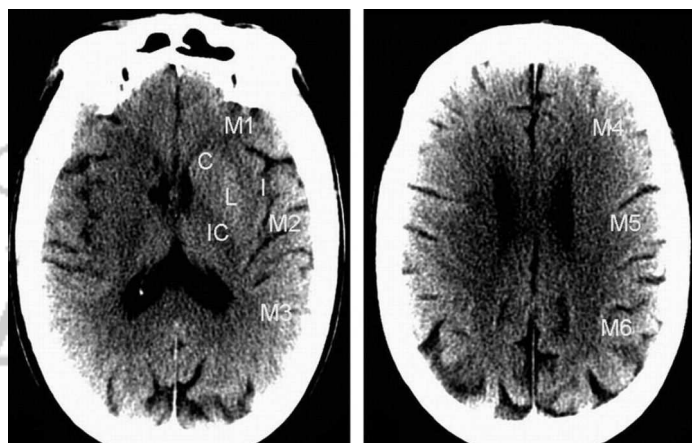
Se Glicemia >140mg/dl no momento da trombólise, administrar Insulina Regular SC. Sugere-se o esquema:

140-200 - 5 UI

201-250 - 7UI

>250 - A critério médico, administrar Insulina Regular EV em vez da insulina SC para uma resposta mais rápida. Sugere-se dose de 5UI EV e monitorização com novo dextro em 15min.

- E. Solicitar a vaga na UTI aonde o paciente irá após TC e fará a trombólise.
- F. ECG 12 derivações. Não há indicação de RX de tórax nesta fase.
- G. Realizar TC de crânio sem contraste e Angiotomografias de crânio e cervical.
Obs.: Médico do PA deve acompanhar paciente na TC e ida para UTI.
- H. Determinar se a TC apresenta evidências de hemorragia ou da área isquêmica extensa (ASPECTS < 7) que contraindiquem a trombólise.



ASPECTS. M1 - M6: territórios corticais da artéria cerebral média. **C:** caudado.

L: núcleo lentiforme. **IC:** cápsula interna. **I:** ínsula.

- I. Tratar Hipertensão conforme as seguintes orientações:

Se paciente é candidato a trombólise, tratar a hipertensão somente se PAS >180 mmHg e PAD>105 mmHg:

Drogas: Nitroprussiato de Sódio e Hidralazina EV.

Prescrição: 1 ampola (50mg) diluída em SG5% 250ml (Portanto, concentração de 200pg/ml). Dose recomendada: 0,5-1,0 mcg/kg/min. (Portanto, para uma pessoa de 70kg, programar a bomba de infusão para iniciar com 10ml/h. O objetivo é manter a pressão arterial sempre abaixo de 180/105 mmHg durante a trombólise e nas primeiras 24 horas após.

J. A trombólise em si:

Infundir rt-PA: 0,9 mg/kg (máx. 90 mg), por via endovenosa, 10% em "bolus" em 1 minuto e o restante em 1 hora, em bomba de infusão contínua.

O rt-PA já vem com seu diluente, cada um em um frasco. Após o diluente penetrar no frasco com a droga, este deve ser agitado suavemente com movimentos circulares. A concentração no frasco será de 1mg/ml (50 mg = 50 ml).

Exemplo: Para um adulto de 70 kg, serão necessários duas unidades da medicação rt-PA e a dose total será de 63 mg. Deve-se retirar a dose para o bolus de 10% (6,3 mg = 6,3 ml) de um dos frascos, e colocar no outro frasco de 50mg o restante (5,7 mg) para atingir os 90% da dose total. O tempo de infusão deverá ser de 1 hora a partir do momento em que se ligar a bomba. Ao encerrar o conteúdo no frasco deve colocar SF 0,9% para infundir o que resta no equipo.

Observações:

1. Não exceder a dose máxima de 90 mg;
2. Não prescrever aspirina, heparina ou varfarina nas primeiras 24h após a trombólise;
3. Idade > 80 anos por si só não é contraindicação absoluta para trombólise. Depende do status prévio de independência física e intelectual do paciente, o qual será avaliado em conjunto com a família e decidido pelo neurologista.

PACIENTES NÃO ELEGÍVEIS PARA TERAPIA TROMBOLÍTICA

Pacientes com AVCI sem critérios para trombolítico EV ou trombectomia mecânica devem receber, assim que resultado de TC de Crânio sem hemorragia, dose de ataque de AAS 300mg além de Atorvastatina 20mg via oral ou SNE. Profilaxia de trombose venosa profunda pode ser acrescida após 24 horas. Não há contraindicação para passagem de sondas vesical e nasoentérica quando necessárias.

Os pacientes não trombolizados necessitam receber tratamento anti-hipertensivo apenas se a pressão arterial ultrapasse 220x120 mmHg. Manter paciente com saturação de O₂ > 93% e glicemia entre 80 - 180 mg/dl.

CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA DOS AVCIS

AVC é uma doença heterogênea com mais de 150 causas conhecidas. A definição da causa depende de uma investigação abrangente feita na época do AVCI, mas ainda assim, cerca de 25% dos pacientes podem ficar sem etiologia definida. A classificação TOAST (2001) é a mais utilizada para classificar possíveis etiologias do AVCI.

Recentemente, um consenso internacional de especialistas, propôs a classificação de TOAST MODIFICADA dividida em seis categorias etiológicas: 1. Aterotrombótico; 2. Doença Microvascular; 3. Cardioembólico; 4. Outras causas; 5. Causas coexistentes e 6. Causa Desconhecida. (*Cerebrovasc Dis 2009;27:493-501*).

1. **Aterotrombótico** (Aterosclerose de médias e grandes artérias intra ou extracraniano)

- >50% de estenose ou oclusão aterosclerótica de uma artéria cervical (extracraniana) ou de um tronco arterial cerebral (intracraniano) causando disfunção cortical, subcortical, cerebelar ou de tronco cerebral, cujas lesões são maiores do que 1.5cm diâmetro e sem evidências de fonte cardioembólica.

2. **Doença Microvascular**

Ausência de lesão ou disfunção cortical, e que não preenche critérios para os itens 1 ou 3. As lesões, quando vistas à TC ou RM, isoladamente são menores de 1.5cm de diâmetro. Mas, especialmente em indivíduos hipertensos, tabagistas e diabéticos, a somatória dessas pequenas lesões ao longo do tempo confere um aspecto mais difuso de lesão, com hipotenuação tomográfica periventricular, a chamada leucoaraiose (Leu[^]os: referente a lesão na substancia branca; *Araios*: rarefação).

3. **Cardioembólico**

- Exemplos de lesões cardíacas de alto risco emboligênico: válvula mecânica mitral, estenose mitral com fibrilação atrial (FA) permanente ou intermitente, FA associada a algum fator de risco (HAS, DM, ICC, AVCI prévio), trombo intra-atrial ou intraventricular esquerdo, IAM recente (<4 semanas), cardiomiopatia dilatada com disfunção ventricular grave (<35%), acinesia segmentar ventricular esquerda, aneurisma de parede ventricular esquerda, mixoma atrial, endocardite bacteriana.

- Exemplos de lesões cardíacas de médio risco emboligênico: calcificação de anel mitral, estenose mitral sem FA, FA isolada, IAM extenso de parede anterior entre 4 semanas e 6 meses, hipocinesia segmentar ventricular esquerda, aneurisma de septo atrial e flutter atrial.

4. **Outras causas**

4.1. Dissecção arterial

4.2. Doenças raras ou hereditárias de grandes ou médias artérias (ex. Doença

de Moyamoya; displasia fibromuscular).

- 4.3. Doenças raras ou hereditárias de pequenos vasos (ex: CADASIL)
 - 4.4. Coagulopatia (Trombofilias)
 - 4.5. Doença metabólica com arteriopatia a ela relacionada (ex: Doença de Fabry).
 - 4.6. Vasculites.
5. **Causas Coexistentes** - Presença simultânea de duas ou mais potenciais etiologias que podem explicar o AVCI atual. Ex.: doença aterosclerótica carotídea e Fibrilação Atrial.
 6. **Desconhecida** - Apesar de ampla investigação não se descobre a causa.

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA DO

AVCI Exames a serem solicitados para TODOS os pacientes com AVCI:

- TC de crânio
- RX de tórax
- ECG
- Ecocardiografia transtorácica
- Exames laboratoriais:
 - Uréia, Creatinina e Eletrólitos
 - Perfil lipídico (Colesterol total, frações e triglicérides)
 - Hemograma completo
 - Coagulograma - Glicemia de jejum
- Ressonância com Angiorressonância arterial cervical e intracraniana
- Doppler/Duplex de artérias cervicais (carótidas e vertebrais) - alternativa ou complementar a ARM.
- Angiotomografia - Alternativa nos casos suspeitos de vasculite ou dissecação onde a RM/ARM foram insuficientes para o diagnóstico.

Outros possíveis: Sorologias para Chagas; Liquor cefalorraquidiano; Proteína C-Reativa; FAN;

Anticorpos Antifosfolípidos (Ac.Anticardiolipina e Ac.Anticoagulante lúpico). Investigação para Trombofilia (Dosagem de Fibrinogênio, Atividade de Proteína C, Atividade de Proteína S, Def. de Antitrombina III, Pesquisa de Fator V de Leiden, Pesquisa de Protrombina Mutante, Pesquisa de mutação do gene da MTHFR, Dosagem de Homocisteína). Biópsia de artéria temporal (se suspeita de Arterite Temporal). Holter 24 horas (após a alta). Ecocardiografia transesofágica.

PROTOCOLO HEMICRANIECTOMIA

DESCOMPRESSIVA Critérios de Inclusão

1. AVCI extenso em território de Artéria Cerebral Média caracterizado por:
 - a. Quadro clínico de hemiparesia ou hemiplegia contralateral à lesão, associado à tendência de desvio do olhar conjugado para o lado da lesão;
 - b. Evidência tomográfica de AVCI extenso, caracterizado por hipodensidade precoce e edema (apagamento de sulcos) envolvendo topografia territorial arterial de ACMr.
2. Idade < 60 anos;
3. Ictus do AVCI há menos de 48 horas.

Critérios de Exclusão

1. Sinais de deterioração neurológica grave no momento da indicação da cirurgia (Glasgow < 5 ou midríase uni ou bilateral arreativa);
2. Complicações clínicas graves no momento da indicação da cirurgia;
3. Doenças incapacitantes ou terminais prévias;
4. Distúrbio de coagulação.

Considerações:

Do ponto de vista científico, existem evidências de que a hemicraniectomia descompressiva precoce, com craniotomia ampla (>12cm) e duroplastia, reduz a mortalidade (70% tratamento conservador vs. 20% tratamento cirúrgico) independentemente do lado da lesão isquêmica. (Lancet Neurology 2007;6:215-22).

Entretanto, é importante esclarecer para a família que o AVCI extenso, por si só, já justifica a presença de sequelas neurológicas graves, as quais não serão revertidas pelo procedimento cirúrgico proposto. Pacientes acima de 60 anos e abaixo de 66, ponderar individualmente cada caso.

PROTOCOLO DE DISFAGIA

- Se paciente bem acordado e colaborativo - realizar teste de deglutição à beira do leito com paciente em decúbito bem elevado/sentado (FONOAUDIOLOGIA).
- Se teste de deglutição alterado, não alimentar o paciente; passar sonda enteral e

- administrar fórmula isocalórica. Iniciar dieta por infusão contínua (0,5 ml/kg/h).
- Se Teste de deglutição normal, prescrever Dieta Pastosa assistida, sempre com paciente sentado, e ir progredindo a consistência da dieta ao longo dos dias seguintes conforme tolerado.
 - Não alimentar por via oral se um dos seguintes: diminuição de função bulbar, reflexo nauseoso ou de tosse diminuído/ausente, apraxia orolingual, GCS < 12, crises epiléticas, vômitos ou tosse frequente durante alimentação. Prescrever sonda e orientar enfermagem a não iniciar dieta antes da checagem do posicionamento adequado da sonda através de RX de tórax.
 - Se nível de consciência normal, deglutição normal (avaliada pelo teste de deglutição descrito acima), ausência de apraxia oro-lingual: iniciar alimentação após 24h de admissão.

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular	Melhor resposta verbal	Melhor Resposta Motora
<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 Ausente ■ 2 Com estímulo doloroso ■ 3 Com estímulo verbal ■ 4 Espontânea 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Ausente * 2 Sons incompreensíveis - 3 Palavras inapropriadas * 4 Desorientado - 5 Orientado 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Ausente • 2 Decerebração • 3 Decorticação • 4 Retirada • 5 Localiza estímulo • 6 Segue comandos

NIH STROKE SCALE: MODO DE APLICAÇÃO Score 0-42

1. a. Nível de Consciência: 0 (zero) se paciente prontamente responsivo, 1- se paciente não é alerta mas desperta ao menor estímulo para obedecer, perguntar ou responder. 2- se paciente requer repetidos estímulos para atender ou forte estímulo doloroso para fazer movimentos propositados (não estereotipados). 3- se paciente tiver apenas respostas motoras ou autonômicas reflexas ou totalmente arresponsivo, flácido, arreflexico.
- 1.b. NC - Questões: pergunte ao paciente o mês e idade. Gradue apenas a resposta inicial. Não ajude com insinuações verbais ou não verbais, 1- se EOT ou disartria. 2- para afasia ou déficit de compreensão ou consciência.
1. c. NC - Comandos: peça para abrir e fechar os olhos e apertar segurar e soltar a mão não parética. Substitua por outro comando se a mão não puder ser usada, Dar crédito pela tentativa limitada pela fraqueza. Pode usar mímica para a comunicação.
2. Melhor resposta Ocular: teste somente movimentos horizontais. Utilize manobras voluntárias ou reflexas, não use teste calórico. 1. se olhar é anormal em ambos os olhos mas melhoram com as manobras oculocefálicas ou é anormal em somente tmi olho. 2. se há desvio persistente do olhar ou total paresia do olhar em ambos os olhos que não respondem as manobras oculocefálicas.
3. Campo Visual: testar todos os quadrantes por confrontação (usar 1,2 ou 5 dedos). Usar ameaça visual se necessário. 0 (zero) se cegueira monocular sem alteração de campo no outro ohto. 1. se quadrantopsias. 2. se

hemianopsia completa. 3. se cegueira, incluindo cortical. Faça estimulação simultânea da visão enote ausência ou presença de negligência ou déficit de atenção. Se houver, negligência o paciente recebe 1 e os dados são anotados para usar na resposta da questão 11.

4. **Paralisia Facial:** peça ao paciente para sorrir e fechar os olhos. Usar mímica se necessário ou estímulos nociceptivos em caso de dificuldade em atender comandos. 1. se sorriso assimétrico ou prega nasolabial apagada. 2. se paralisia do segmento inferior total ou quase total. 3. se ausência de movimento nos andares sup. e inf. (expressão periférica).

5a e 5b. **Motricidade em Braços:** solicite ao paciente para estender cada braço individualmente a 45° se em posição supina ou 90° se sentado. Mantenha por 10 segundos 1. se braços caem antes de 10s mas não batem com força na cama ou outro anteparo. 2. se paciente ergue os braços mas não os estende totalmente ou se os braços movem-se incoordenadamente sobre a cama ou outro anteparo. 3. nenhum esforço contra gravidade. 4. nenhum movimento. X. se o membro for amputado ou articulações fundidas. Usar mímica se necessário. Colocar o membro em posição inicial se houver alteração na compreensão, a = esquerdo e b = direito.

6a e 6b. **Motricidade em Pernas:** solicite ao paciente para estender cada perna individualmente a 30° se em posição supina e manter por 5 segundos completos. 1. se pernas caírem antes de 5 segundos mas não baterem na cama ou outro anteparo. 2. se paciente erguer as pernas mas não estender totalmente ou se as pernas moverem-se desordenadamente sobre a cama. 3. nenhum esforço contra gravidade. 4. nenhum movimento. X. se membros forem amputados ou articulações testadas forem anquilosadas. Pode ser usado mímica se necessário.

7. **Ataxia de Membros:** teste com os olhos abertos. Solicite ao paciente para executar manobras índex nariz e calcanhar joelho bilateralmente. Considere ataxia somente se for desproporcional à fraqueza. Não considere ataxia em pacientes que não podem compreender o comando ou se membro plégico. Em pacientes amam óticos teste os braços por toque nasal de posturas em extensão. X. apenas se membro é amputado ou articulação fundida.

8. **Sensibilidade:** use uma agulha ou alfinete. Pode-se usar estímulo doloroso se paciente afásico ou arresposivo. Somente considere a perda de sensibilidade decorrente de AVC. 1. se paciente sente a agulhada/pontada no lado afetado em um menor grau que no lado não afetado, se paciente sente o toque mas não a agulhada no lado afetado ou se faz movimentos propositados aos estímulos dolorosos. 2. se paciente não está consciente de ter sido tocado, não responder aos estímulos doloroso (incluindo paciente comatosos), ou tem perda sensitiva bilateral.

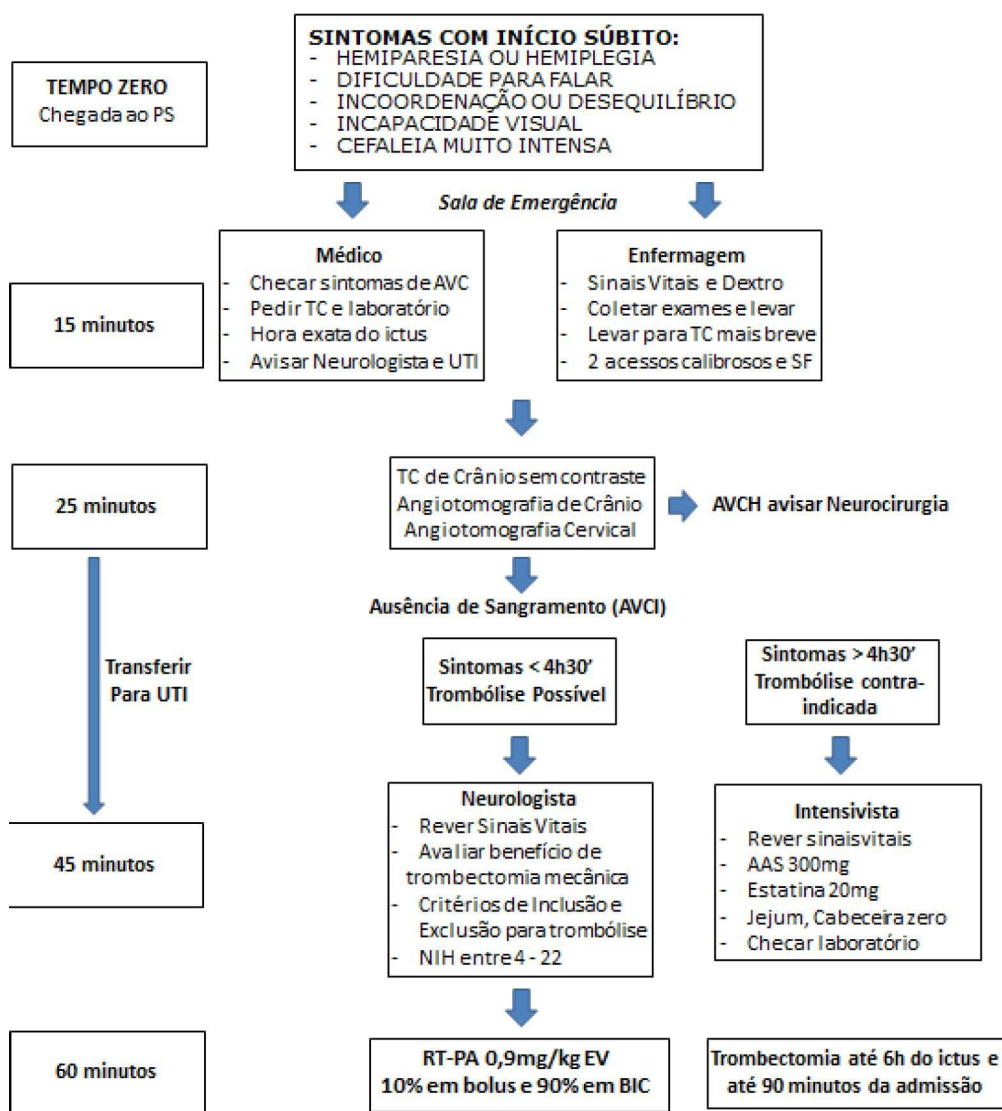
9. **Melhor Linguagem Agnosia / Leitura:** para testar os cartões, solicite ao paciente para descrever o que está acontecendo na pintura, o nome dos itens das figuras e ler as palavras e sentenças/frases. Se o paciente tem perda visual, coloque os objetos sobre suas mãos e solicite que os identifique. Solicite ao paciente entubado ou anártrico que escreva. Também utilize informações sobre funções da linguagem obtidas durante outras partes do exame físico.

1. se o paciente é capaz de comunicar alguma coisa, apesar de alguma anormalidade, com fluência, imitando, repetindo ou seguindo comandos. 2. se comunicação fragmentada e requer mais interferências, se houver questionamentos e adivinhações, 3. se mudo, afásico ou em coma.

10. **Disartria:** solicite ao paciente para ler ou repetir as palavras e frases no teste de cartões. 1. se paciente pronunciar indistintamente qualquer palavra, mas esta for entendida. 2. se o discurso é incompreensível na ausência de afasia ou é mudo, anártrico. X. se paciente entubado ou tem barreira física que o impeça de falar.

11. **Negligência / Desatenção:** 0 (zero) para paciente que mostre atenção para ambos os lados. 1. se heminegligência ou perda na estimulação simultânea bilateral para uma das seguintes modalidades: visual, espacial, tátil, auditiva, pessoal (incluindo negação da dor e anosognosia). 2. se tem maior atenção para um dimídio em mais de uma das modalidades, não reconhece a própria não ou se orienta para somente um lado do espaço

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO AVC



Hospital e Maternidade
GALILEO