

A. OBJETIVOS**1. Objetivo Geral**

- Implementar um programa de atendimento ao paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico, visando o nível de atenção emergencial.

2. Objetivos Específicos

- Estruturar um sistema de atendimento integrado hospitalar ao paciente com AVCI, melhorando o manejo da fase aguda: o AVC como urgência médica.
- Aumentar o número de pacientes com AVCI tratados com terapia de reperfusão com Ativador do Plasminogênio tecidual recombinante (rtPA endovenoso), diminuindo o número de pacientes incapacitados.
- Padronizar a prevenção secundária estabelecendo alvos no controle de fatores de risco.
- Capacitar as equipes do pronto-atendimento a reconhecer o AVC, acionar o protocolo de atendimento agudo e orientar e monitorar a prevenção secundária.

B. NÍVEIS DE EVIDÊNCIA DAS RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS

Os protocolos foram elaborados de acordo com as recomendações da American Heart Association (AHA), da European Stroke Initiative (EUSI) e da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares.

1. Níveis de evidência da AHA

AHA-I. Dados de estudos randomizados com baixa possibilidade de falso-positivo e falso-negativo.

AHA-II. Dados de estudos randomizados com alta probabilidade de falso-positivo e falso-negativo.

AHA-III. Dados de estudos de coorte não randomizados.

AHA-IV. Dados de estudos de coorte não randomizados com controles históricos.

AHA-V. Dados de estudos de casos.

2.2. Recomendações AHA

AHA-A. Suporte de evidência I

AHA-B. Suporte de evidência II

AHA-C. Suporte de evidência III, IV ou V

Elaboração:

Dra. Renata Azevedo
Médica Neurologista

Aprovação:

Dr. Filipe Lima
Diretor Técnico

2. Níveis de Evidência EUSI

EUSI-I: nível de evidência elevado. Ensaio clínico controlado, randomizado, com amostra de tamanho adequado ou metanálise de ensaios controlados e randomizados de grande qualidade.

EUSI-II. Nível de evidência intermediário. Ensaio randomizados de pequena escala ou objetivos secundários pré-definidos de ensaios controlados, randomizados de grande qualidade.

EUSI-III. Nível de evidência baixo. Séries de casos prospectivos com controle concomitante ou histórico, ou análise Post-Hoc de ensaios controlados, randomizados de larga escala.

EUSI-IV. Nível de evidência indeterminado. Pequenas séries de casos não controladas de concordância geral apesar da falta de evidência.

B. ATENDIMENTO EMERGENCIAL DA FASE AGUDA (SEGUINDO FLUXOGRAMA NO ANEXO1)

1. PRIMEIRO ATENDIMENTO

O primeiro atendimento do paciente com suspeita de AVCI será realizado pela equipe de enfermagem, previamente treinada para reconhecer os sinais de alerta para o diagnóstico clínico. O surgimento súbito de déficit de força, de sensibilidade e dificuldade para falar deve ser interpretado como diagnóstico provável de AVCI, e seguido o protocolo de atendimento. Outros sintomas, principalmente em associação com os anteriores, como baixa da acuidade visual, cefaléia súbita intensa e desequilíbrio, devem entrar no protocolo inicial de atendimento. Casos específicos devem ser dirimidos pelo plantonista da neurologia.

Deverá ser preenchida a Ficha de Triagem, constando a hora de atendimento do paciente, o tempo de instalação dos sintomas, sinais vitais, patologias prévias, se realizou punção arterial ou biopsia recentemente e medicações em uso. Deverá ser checado na Ficha de Triagem que o paciente tem prioridade absoluta de atendimento, se os sintomas iniciaram antes de quatro horas e meia, ficando a cargo do neurologista de plantão corroborar tal prioridade no decorrer do atendimento.

Sendo confirmada a **suspeita clínica**, o paciente deve ser encaminhado à Sala de Atendimento Emergencial ou Unidade Vascular, confirmar o tempo de instalação dos sintomas, acionar o médico neurologista de plantão (informando tratar-se de Urgência Médica), iniciar monitorização cardíaca, oximetria de pulso, punção venosa em veia calibrosa, iniciar infusão de 500 ml SF_{0,9%}, checar HGT, solicitar laboratório para realização de hemograma e coagulograma (demais exames devem ser solicitados pelo médico plantonista) e solicitar ECG.

A avaliação médica inicial deve priorizar o tempo de atendimento, objetivando a viabilização do procedimento trombolítico. No início do atendimento, deve-se avaliar o suporte clínico (ABC do paciente crítico). A monitorização deve ser obrigatória em todos os pacientes. Os cuidados com as vias aéreas e a oxigenação são prioridades no atendimento inicial para manutenção da zona de oligoemia cerebral. A colocação de cateter de O₂ deve reservar-se aos casos onde a saturação está abaixo de 94%. A pressão arterial tem níveis desejáveis de PAS < 220 mmHg e PAD < 120 mmHg, em todos os pacientes no atendimento inicial, para manutenção da pressão de perfusão cerebral. Caso o paciente seja elegível para terapia trombolítica, os níveis pressóricos devem ser reduzidos para PAS < 185 mmHg e PAD < 110 mmHg. As drogas utilizadas podem ser metoprolol, enalapril ou nitropussiato, de acordo com as opções discriminadas adiante.

2. MONITORIZAÇÃO E CUDADOS CLÍNICOS

Alguns cuidados clínicos iniciais são sumarizados:

a) Procedimentos iniciais da enfermagem

i) Confirmada a suspeita clínica

- (1) Encaminhar o paciente à Sala de Atendimento Emergencial ou Unidade Vascular
 - (a) confirmar o tempo de instalação dos sintomas
 - (b) acionar o médico neurologista de plantão (informando tratar-se de Urgência Médica)
 - (c) iniciar monitorização cardíaca
 - (d) oximetria de pulso
 - (e) punção venosa em veia calibrosa

- (f) iniciar infusão de 500 ml SF_{0,9%}
- (g) checar HGT
- (h) solicitar laboratório para realização de hemograma e coagulograma
(demais exames devem ser solicitados pelo médico plantonista)
- (i) solicitar ECG.

b) Monitorização das funções vitais e procedimento médicos

- i) Cardioscópio – monitorização cardíaca contínua nas primeiras 24 horas em todos os pacientes
 - (1) Monitorização cardíaca contínua nas primeiras 48-72 horas em todos os pacientes com:
 - (a) Passado de arritmia ou alterações eletrocardiográficas;
 - (b) Doenças cardíacas previamente conhecidas;
 - (c) Instabilidade hemodinâmica;
 - (d) Sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca;
 - (e) Infarto envolvendo córtex insular.
 - ii) Oxímetro de pulso - recomendada a todos os pacientes
 - iii) Medida da pressão arterial - sistemática em todos os doentes a cada hora nas primeiras 24 horas da entrada na emergência
 - (1) Nos pacientes em tratamento hipertensivo ou em trombólise
 - (a) PA a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas
 - (b) PA a cada 30 minutos nas primeiras 6 horas
 - (c) PA a cada hora nas primeiras 16 horas
 - iv) Conseguir e manter 2 acessos periféricos venosos
- c) Cuidados respiratórios**
- i) Proteção de vias aéreas e ventilação adequada
 - ii) Perviabilidade de vias aéreas - manutenção da respiração e função respiratória
 - iii) Catéter de O₂ - necessário apenas em casos de hipoxemia (PaO₂ < 94%)
 - iv) Entubação orotraqueal - indicado
 - (1) Nos comprometimentos severos hipoxêmicos

- (2) Na hipercapnia
 - (3) Na insuficiência respiratória severa
 - (4) No rebaixamento do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow < ou = 8).
 - (5) No aumento severo da pressão intracraniana
 - (6) No edema cerebral grave
- v) Oxigenação hiperbárica não é recomendada para esses pacientes

d) Cuidados cardíacos

- i) eletrocardiograma – realizado em todos os pacientes
- ii) pressão sanguínea - níveis pressóricos controlados
 - (1) *afastar fatores causais – dor, aumento da pressão intracraniana (PIC), resposta fisiológica à hipóxia, repleção vesical, ansiedade*
 - (2) *níveis pressóricos desejáveis*
 - (a) pacientes em terapia trombolítica
 - (i) PAS < 185 mmHg e PAD < 110 mmHg
 - (b) pacientes não eletivos para terapia trombolítica
 - (i) PAS < 220 mmHg e PAD < 120 mmHg
 - (3) *Tratamento*
 - (a) Deve ser realizado após 2 medidas da PA com intervalo de 10 minutos
 - (b) Objetivo – reduzir PAM no máximo em 30% da inicial
 - (c) Para os pacientes não elegíveis para terapêutica trombolítica com PAS < 220 mmHg e PAD < 120 mmHg
 - (i) Observação, exceto exista envolvimento de órgão alvo (IAM, EAP, dissecação aórtica, encefalopatia hipertensiva)
 - (ii) Tratar fatores clínicos causais (item c.ii.(1))
 - (iii) Tratar outras complicações agudas do AVC (hipóxia, hipoglicemia, convulsões, aumento da PIC)
 - (d) Paciente elegível para tratamento com trombolíticos
 - (i) Pré-tratamento PAS > 185 mmHg ou PAD > 110 mmHg
 - 1. Uso intravenoso com METROPOLOL (01 amp = 5 ml, 1mg/ml)

- a. Uso 5 mg a cada 10 minutos, sendo 1 mg/minuto. Máximo 20 mg
- b. caso não melhore usar nitroprussiato de sódio (01 ampola = 50 mg)
 - i. deverá ser diluída em SG_{5%}
 - ii. Dose: 0,5-8 µg/kg/min, com ajustes necessários a cada 10 minutos
- c. Caso paciente mantenha pico hipertensivo refratário ao tratamento, não deverá ser medicado com trombolíticos

(ii) Durante ou após o tratamento com PAS 180-230 mmHg ou PAD 110-120 mmHg

- 1. Uso intravenoso com METROPOLOL (SELOKEN®)
 - a. 01 amp = 5 ml, 1mg/ml
 - b. Uso 5 mg a cada 10 minutos, sendo 1 mg/minuto. Máximo 20 mg

(iii) Durante ou após o tratamento com PAS > 230 mmHg e PAD 121-140 mmHg

- 1. Uso intravenoso com METROPOLOL (01 amp = 5 ml, 1mg/ml)
 - a. Uso 5 mg a cada 10 minutos, sendo 1 mg/minuto. Máximo 20 mg
- 2. OU
 - a. ENALAPRIL (RENITEC®) Intravenoso com frasco-ampola de 1 ml = 1 mg, 5 ou 10 mg. Correr 1 mg em no mínimo 5 minutos a 1 hora.
 - i. Caso necessário, 1 a 2 mg pode ser repetido após 1 hora
 - ii. Novas doses só devem ser dadas após 6 horas
- 3. Casos refratários
 - a. Usar nitroprussiato de sódio (01 ampola = 50 mg)
 - i. deverá ser diluída em SG_{5%}
 - ii. Dose: 0,5-8 µg/kg/min, com ajustes necessários a cada 10 minutos

(iv) Durante ou após o tratamento com PAD > 140 mmHg

- 1. Usar nitroprussiato de sódio (01 ampola = 50 mg)
 - a. deverá ser diluída em SG_{5%}

b. Dose: 0,5-8 µg/kg/min, com ajustes necessários a cada 10 minutos

(4) *Terapia Hipertensiva Imediata*

- (a) IAM
- (b) IRA
- (c) ICC
- (d) Dissecção aórtica

(5) *Evitar nifedipina ou medicamentos que causem queda brusca da pressão arterial média*

(6) *Evitar tratamento hipotensor em pacientes instáveis hemodinamicamente*

e) Cuidados neurológicos

- i) Aplicação da escala NIHSS a cada 6 horas, e sempre que necessário
 - (1) Aumento de 4 pontos sugere reavaliação tomográfica
 - (2) Paciente na vigência trombolíticos e em UTI devem ser avaliados
 - (a) a cada 15 minutos durante a infusão de rt-PA
 - (b) a cada 30 minutos nas primeiras 6 horas
 - (c) e a cada hora nas primeiras 24 horas do início do tratamento

f) Manejo dos distúrbios hidroeletrolíticos e metabólicos

- i) Metabolismo da glicose
 - (1) Níveis acima de 120 mg/dl são deletérios
 - (2) proscrição de soluções glicosadas
 - (3) monitorizar níveis glicêmicos capilares em todos os pacientes a cada 6 horas
 - (4) monitorização a cada 3 horas em todos os diabéticos
 - (5) tratar hiperglicemia em todos os pacientes
 - (6) tratamento com insulina regular IV se níveis glicêmicos acima de 180 mg/dl
 - (7) tratar hipoglicemia (HGT < 60 mg/dl) com solução de glicose a 10% em bolus
- ii) Temperatura corporal - tratamento acima de 37,5°C é recomendado

- (1) pesquisar infecção na vigência de hipertermia
- (2) Nos imunocompetentes não se recomenda iniciar terapêutico profilática infecciosa apenas na presença de febre
- (3) Tratamento com hipotermia não está definitivamente comprovado
- iii) Alterações eletrolíticas
 - (1) administração de fluidos intravenosos em todos os pacientes atendidos - correspondente ao nível de desidratação
 - (2) proscrição de soluções hipotônicas
 - (3) aferição diária dos níveis séricos de eletrólitos
 - (4) correção dos distúrbios de eletrólitos e fluidos
- iv) Suporte Nutricional
 - (1) manter jejum por 24 horas
 - (2) dieta, de preferência oral, após este período

1. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA E ESCALA NIHSS

Estando o paciente clinicamente estabilizado, faz-se a avaliação neurológica visando confirmar a hipótese de AVCi, o tempo aproximado para a avaliação é de 10 minutos. A **Ficha de Atendimento do AVCi Agudo** deve ser preenchida, consoante orientações previamente determinadas (**em separado**).

Após a confirmação clínica, deve ser solicitada a **TAC de Crânio** para afastar possíveis sangramentos, e concomitante acionamento do Serviço de Radiologia pela enfermagem. Confirmada a suspeita clínica, outro acesso venoso calibroso deverá ser puncionado.

A **escala do NIHSS (ANEXO 2)** deverá ser aplicada em seguida, com tempo médio de duração entre cinco e sete minutos. A escala deve ser preenchida de preferência após a solicitação da imagem, para que o Serviço de Radiologia possa preparar-se para o recebimento do paciente. O resultado deve ser anotado na Ficha de Atendimento do AVCi Agudo e observado o intervalo para trombólise (NIHSS >4 e < 22).

Em seguida, os familiares devem ser informados sobre a possibilidade de tratar-se de um evento cerebrovascular isquêmico e sobre o tratamento trombolítico. O **Termo de Consentimento** para realização da trombólise deve ser lido pelos

familiares, que precisam concordar com o procedimento e assinar o documento. Todas as dúvidas devem ser tiradas antes da indicação da trombólise, para não perder a janela terapêutica. Um registro por escrito em TERMO e dos Critérios de Inclusão precisa constar no prontuário do paciente.

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO PARA TROMBÓLISE

Após a realização da TAC de crânio, afastada a possibilidade de hemorragia, o paciente deve ser avaliado quanto aos critérios de inclusão e exclusão para trombólise. Os critérios são:

a) Critérios de inclusão

- i) AVCi em qualquer território vascular
- ii) Tempo de início dos sintomas precisamente estabelecido
- iii) Possibilidade de iniciar rt-PA em 4,5 horas do ictus
- iv) RM de crânio sem evidências de hemorragia
- v) Idade superior a 18 anos

b) Critérios de exclusão

- i) Uso de anticoagulantes orais com tempo de pró-trombina > 15 segundos (INR > 1,7)
- ii) Uso de heparina nas últimas 48 horas com TTPa elevado
- iii) AVCi ou TCE grave nos últimos 3 meses
- iv) História pregressa de hemorragia cerebral, MAV ou aneurismas
- v) RM com sinais precoces de comprometimento em mais de 1/3 ACM
- vi) PAS > 185 mmHg ou PAD > 110 mmHg (em 3 ocasiões com 10 minutos de intervalo) ou que necessite de tratamento anti-hipertensivo EV contínuo
- vii) Melhora rápida dos sintomas neurológicos
- viii) Déficits neurológicos leves (NIHSS < 4), exceto por afasia isolada
- ix) Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo nas últimas duas semanas
- x) Hemorragia digestiva ou geniturinária nas últimas 3 semanas
- xi) Punção arterial não compressível ou biópsia na última semana
- xii) Coagulopatia com TP prolongado (> 15 segundos), TTPa elevado ou plaquetas > 100000/mm³

- xiii) Glicemia < 50 mg/dl ou > 400 mg/dl
- xiv) Crise convulsiva precedendo ou durante o AVC
- xv) Evidência de pericardite ativa ou endocardite nas últimas 3 semanas
- xvi) IAM recente
- c) Casos em que a escolha da terapia trombolítica é individualizada pelo risco de sangramento
 - i) NIHSS > 22
 - ii) Idade > 80 anos
 - iii) Abuso de álcool ou drogas

3. USO DO TROMBOLÍTICO

Se o paciente preencher algum dos critérios de exclusão, deverá permanecer na Unidade Vascular, permanecer monitorizado, prosseguir com a investigação etiológica e iniciada terapia antiagregante.

Caso o paciente seja candidato a terapia trombolítica e os familiares concordarem com o procedimento, a equipe da Neurovascular deverá ser chamada. O paciente será reavaliado quanto aos critérios de inclusão e exclusão e, estando de acordo com liberação da terapia trombolítica, receberá a infusão de **plasminogênio tecidual recombinante ativado - rt-PA** (alteplase).

- (1) A dose é de 0,9 mg/kg – máximo 90 mg, administrada endovenosa
 - (a) 10% em bolus, no primeiro minuto; restante em 60 minutos em BIC
 - (b) a diluição é de 1 mg/ml
 - (c) utilizada em acesso venoso único
- (2) **Tabela de Volume** – orientação da dose de rt-PA com relação ao peso do paciente nas administrações em bolus e na 1ª hora seguinte

PESO	VOLUME BOLUS (ml)	VOLUME EM 1 h (ml)
40	3,6	32,4
45	4,05	36,45
50	4,5	40,5
55	4,95	44,55
60	5,4	48,6
65	5,85	52,65

70	6,3	56,7
75	6,75	60,75
80	7,2	64,8
85	7,65	68,85
90	8,1	72,9
95	8,55	76,95
100 ou mais	9	81

4. METAS DE ATENDIMENTO

Recomendações para metas de atendimentos

- a) Admissão à avaliação médica – 10 minutos
- b) Admissão à RM de encéfalo (término) – 30 minutos
- c) Admissão à RM de encéfalo (interpretação) – 45 minutos
- d) Admissão à infusão do rt-PA – 60 minutos
- e) Disponibilidade do neurologista – 15 minutos
- f) Disponibilidade do neurocirurgião – 2 horas
- g) Admissão ao leito monitorizado – 2 horas

5. ACOMPANHAMENTO E COMPLICAÇÕES DA TROMBÓLISE

O paciente deverá permanecer na Unidade Vascular, monitorizado e avaliado neurologicamente. Os intervalos para aplicação da escala do NIHSS são:

- a) A cada 15 minutos durante a infusão
- b) A cada hora nas primeiras 6 horas
- c) A cada 2 horas até completar 24 horas

Drogas como heparina, antitrombótico ou antiagregantes estão proscritos nas primeiras 24 horas. Da mesma forma, a cateterização de punção venosa central, punção arterial uso de SNE deve ser evitada no mesmo período.

Durante a infusão, deve-se estar atento para complicações do procedimento. A mais importante é a hemorragia intracraniana, cujos principais sinais de alerta são:

- a) Cefaléia súbita e intensa
- b) Crise epiléptica
- c) Rebaixamento do nível de consciência

d) Piora da escala do NIHSS

Caso alguns desses sinais, ou outros sintomas sugestivos de hemorragia intracraniana, surja durante a infusão, a aplicação do trombolítico deve ser suspensa, a equipe de Neurovascular acionada, e uma nova TAC de Crânio solicitada. Novos exames laboratoriais também devem ser colhidos (hemograma e coagulograma).

Sendo confirmado o sangramento intraparenquimatoso, devemos:

- a) Infundir cristalóides pelos 2 acessos venosos
- b) Infundir preferencialmente 6-8 unidades de crioprecipitado ou 2-3 unidades de plasma fresco
- c) Se houver permanência da piora clínica após 4-6 horas, utilizar hemoderivados, conforme coagulograma
- d) Considerar avaliação neurocirúrgica no caso de hemorragia no SNC

A melhor maneira de prevenir complicações com o uso de trombolíticos é a boa seleção de pacientes. Manter rigorosos os critérios de inclusão e exclusão presentes no protocolo, e discutir com a equipe de Neurovascular e com a família quaisquer mudanças que envolva a inclusão de pacientes fora dos critérios.

Após as 24 horas do tratamento trombolítico, o tratamento do AVC segue as mesmas orientações do paciente que não recebeu trombólise, isto é, antiagregante plaquetário ou anticoagulação. Todos os pacientes farão TAC de Crânio de controle, para avaliar extensão da lesão e sangramento reperfusional. A profilaxia para TVP, heparina de baixo peso ou enoxaparina, deve ser iniciada.

C. PROFILAXIA SECUNDÁRIA PARA ALTA

Todos os pacientes atendidos neste serviço, com diagnóstico de AVC isquêmico devem receber tratamento com antiagregação plaquetária, a droga principal é a aspirina, na dose de 100 a 325mg ao dia. Em caso de impossibilidade de uso de aspirina pode ser usado outros antiagregantes plaquetários.

Pacientes com diagnóstico de AVC isquêmico de fonte cardiogênica receberão anticoagulação oral com medicações cumarínicas e não receberam antiagregação plaquetárias.

D. ANEXO 1

Algoritmo de atendimento emergencial do Acidente cerebral vascular fase aguda.

Em separado

E. ANEXO 2

Escala de AVC do NIH (realizar NIH de 6/6 horas nas 1^{as} 24 horas)

			ADMISSÃO	PRÉ	PÓS	6H APÓS
			DATA	DATA	DATA	DATA
			HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0 alerta; 1 desperta com estímulo verbal;	2 desperta somente com estímulo doloroso; 3 resposta reflexa a estímulo dígito;				
ORIENTAÇÃO: Idade e mês	0 ambos corretos; 1 um correto;	2 ambos incorretos;				
COMANDOS: abrir/fechar olhos, apertar e soltar mão	0 ambos corretos; 1 um correto;	2 ambos incorretos;				
MOTRICIDADE OCULAR (voluntária ou olhos da boneca)	0 normal; 1 paresia do olhar conjugado;	2 desvio conjugado do olhar;				
CAMPOS VISUAIS	0 normal; 1 hemianopsia parcial, quadrantanopsia, extinção;	2 hemianopsia completa; 3 cegueira cortical;				
PARESIA FACIAL	0 normal; 1 paresia mínima (aspecto normal em repouso, sorriso assimétrico);	2 paresia/segmento inferior da face; 3 paresia/segmentos superior e inferior da face;				
MOTOR MEMBRO SUPERIOR: braços estendidos 90° (sentado) ou 45° (deitado) por 10s	0 sem queda; 1 queda, mas não atinge o leito; 2 força contra gravidade mas não sustenta;	3 sem força contra gravidade, mas qualquer movimento mínimo conta; MSD 4 sem movimento; MSE				
MOTOR MEMBRO INFERIOR: elevar as pernas a 30° (deitado) por 5s	0 sem queda; 1 queda, mas não atinge o leito; 2 força contra gravidade mas não sustenta;	3 sem força contra gravidade, mas qualquer movimento mínimo conta; MID 4 sem movimento; MIE				
ATAXIA APENDICULAR	0 sem ataxia; 1 ataxia em membro superior ou inferior;	2 ataxia presente em dois membros superior e inferior;				
SENSIBILIDADE DOLOROSA	0 normal; 1 déficit unilateral mas reconhece o estímulo (ou afásico, confuso);	2 paciente não reconhece o estímulo ou coma ou déficit bilateral;				
LINGUAGEM	0 normal; 1 afasia leve-moderada (compreensível);	2 afasia severa (quase sem troca de informações); 3 mudo, afasia global, coma;				
DISARTRIA	0 normal; 1 leve a moderada;	2 severa, ininteligível ou mudo; X intubado;				
EXTINÇÃO/ NEGLIGÊNCIA	0 normal; 1 negligência ou extinção em uma modalidade sensorial;	2 negligência em mais de uma modalidade sensorial;				
TOTAL						
Escore de alta UTI						

F. ANEXO 3
ABCD2

Age \geq 60?	SIM	+1
BP \geq 140/90 mmHg at initial evaluation?	SIM	+1
Clinical Features of the TIA:	Fraqueza unilateral	+2
	Alteração da fala sem fraqueza	+1
Duration of Symptoms?	10-59 min	+1
	> 60 min	+2
Diabetes Mellitus in Patient's History?	SIM	+1
	TOTAL	

According to the validation study, 0-3 points: Low Risk.

2-Day Stroke Risk: 1.0%.

7-Day Stroke Risk: 1.2%.

90-Day Stroke Risk: 3.1%.

According to the validation study, 4-5 points: Moderate Risk.

2-Day Stroke Risk: 4.1%.

7-Day Stroke Risk: 5.9%.

90-Day Stroke Risk: 9.8%.

According to the validation study, 6-7 points: High Risk.

2-Day Stroke Risk: 8.1%.

7-Day Stroke Risk: 11.7%.

90-Day Stroke Risk: 17.8%.

6.REFERÊNCIAS

1. Stroke unit trialists collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care from stroke. Cochrane review on cd-rom. *Oxford, England: Cochrane Library, Internet Update.* 1999
2. Adams HP, Jr., del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A, Grubb RL, Higashida RT, Jauch EC, Kidwell C, Lyden PD, Morgenstern LB, Qureshi AI, Rosenwasser RH, Scott PA, Wijdicks EF. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: A guideline from the american heart association/american stroke association stroke council, clinical cardiology council, cardiovascular radiology and intervention council, and the atherosclerotic peripheral vascular disease and quality of care outcomes in research interdisciplinary working groups: The american academy of neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. *Stroke.* 2007;38:1655-1711
3. The national institute of neurological disorders and stroke rt-pa stroke study group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med.* 1995;333:1581-1587
4. The national institute of neurological disorders and stroke rt-pa stroke study group (ninds). Generalized efficacy of t-pa for acute stroke: Subgroup analysis of the ninds t-pa stroke trial. *Stroke.* 1997;28:2119-2125
5. Hacke W, Kaste M, Fieschi C, al. e. Randomised double-blind placebo-controlled trial of thrombolytic therapy with intravenous alteplase in acute ischaemic stroke (ecass ii): Second european-australasian acute stroke study investigators. *Lancet.* 1998;352:1245-1251
6. Clark WM, Wismann S, Alberts GW, Jhammandas JH, Madden KP, Hamilton S. Recombinant tissue-type plasminogen activator (alteplase) for ischemic stroke 3 to 5 hours after symptom onset: The atlantis study: A randomized controlled trial: Alteplase thrombolysis for acute nonintervencional therapy in ischemic stroke. *JAMA.* 1999;282:2019-2026
7. Hacke W, Kaste M, Fieschi C, al. e. Intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator for acute hemispheric stroke: The european cooperative acute stroke study (ecass). *JAMA.* 1995;274:1017-1025

8. Alberts GW, Clark WM, Madden KP, Hamilton SA. Atlantis trial: Results for patients treated within 3 hours of stroke onset. Alteplase thrombolysis for acute nonintervencional therapy in ischemic stroke. *Stroke*. 2002;33:493-496
9. The atlantis, ecass, and ninds rt-pa study group investigators. Association of outcome with early stroke treatment: Pooled analysis of atlantis, ecass, and ninds rt-pa stroke trials. *Lancet*. 2004;363:768-774
10. Chapman KM, Woolfenden AR, Graeb D, Johnston DCC, Beckman J, Schulzer M, Teal PA. Intravenous tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke: A canadian hospital's experience. *Stroke*. 2000;31:2920 - 2924
11. Graham GD. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke in clinical practice: A meta-analysis of safety data. *Stroke*. 2003;34:2847-2850
12. Grotta JC, Burgin WS, Mitwalli A, al. e. Intravenous tissue-type plasminogen activator therapy for ischemic stroke : Houston experience 1996-2000. *Arch Neurol*. 2001;58:2009-2013
13. Jacobs L, Kinkel WR, Heffner RRJ. Autopsy correlations of computerized tomography: Experience with 6,000 ct scans. *Neurology*. 1976;26:1111-1118
14. Saur D, Kucinski T, Grzyska U, Eckert B, Eggers C, Niesen W, Schoder V, Zeumer H, Weiller C, Rother J. Sensitivity and interrater agreement of ct and diffusion-weighted mr imaging in hyperacute stroke. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2003;24:878-885
15. Alberts GW. Diffusion weighted mri for evaluation of acute stroke. *Neurology*. 1998;51 .s47-s49
16. The national institute of neurological disorders and stroke rt-pa stroke study group. Intracerebral hemorrhage after intravenous t-pa therapy for ischemic stroke. *Stroke*. 1997;28:2109-2118
17. Tanne D, Kasner SE, Demchuk AM, Koren-Morag N, Hanson S, Grond M, al. e. Markers of increased risk of intracerebral hemorrhage after intravenous recombinant tissue plasminogen activator therapy for acute ischemic stroke in clinical practice. *Circulation*. 2002;105:1679-1685
18. Katzan IL, Hammer MD, Furlan AJ, Hixson ED, Nadzam DM. Quality improvement and tissue-type plasminogen activator for acute ischemic stroke: A cleveland update. *Stroke*. 2003;34:799-800

19. Hill MD, Lye T, Moss H, Barber PA, Demchuk AM, Newcommon NJ, Green TL, Kenney C, Cole-Haskayne A, Buchan AM. Hemi-orolingual angioedema and ace inhibition after alteplase treatment of stroke. *Neurology*. 2003;60:1525-1527
20. Kwan J, Hand, P., Sandercock, P. A systematic review of barriers to delivery of thrombolysis for acute stroke. *Age Ageing*. 2004;33:116-121
21. The national institute of neurological disorders and stroke rt-pa stroke study group. A systems approach to immediate evaluation and management of hyperacute stroke: Experience at eight centers and implications for community practice and patient care. *Stroke*. 1997;28:1530 - 1540
22. Chiu D, Krieger D, Villar-Cordova C, al. e. Intravenous tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke: Feasibility, safety, and efficacy in the first year of clinical practice. *Stroke*. 1998;29:18-22
23. Raffin CN, Fernandes JG, Evaristo EF, Siqueira Neto JI, Friedrich M, Puglia P, Darwich R. [clinical and interventional revascularization in the acute ischemic stroke: National opinion]. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006;64:342-348
24. Adams HP, Adams RJ, Brott T, del Zoppo GJ, Furlan A, Goldstein LB, al. e. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke: A scientific statement from the stroke council of the american stroke association. *Stroke*. 2003;34:1056 - 1083
25. Marler JR, Jones PW, Emr M. Proceedings from a national symposium on rapid identification and treatment of acute stroke. Bethesda, md: National institutes of health/ninds. 1997

HISTÓRICO DE REVISÕES

Nº REVISÃO	DATA	NATUREZA DA REVISÃO	ELABORAÇÃO
00	21/10/2011	Emissão Inicial	Dra. Renata Azevedo Médica Neurologista
01	18/07/2013	Revalidado	Dra. Renata Azevedo Médica Neurologista
02	10/12/2014	Documento revisado sem alteração	Dra. Renata Azevedo Médica Neurologista