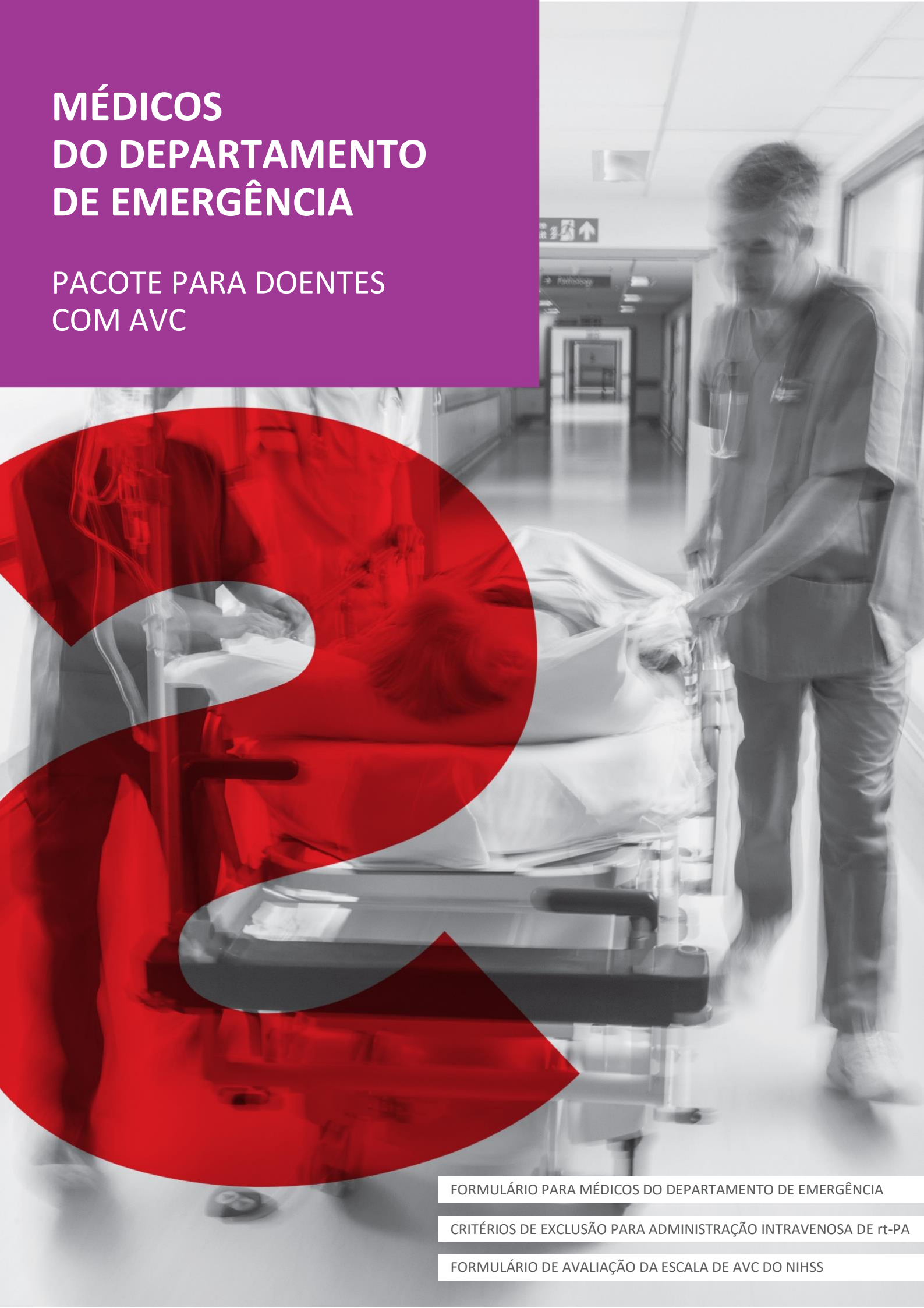


# MÉDICOS DO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

PACOTE PARA DOENTES  
COM AVC



FORMULÁRIO PARA MÉDICOS DO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA ADMINISTRAÇÃO INTRAVENOSA DE rt-PA

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ESCALA DE AVC DO NIHSS

# FORMULÁRIO PARA MÉDICOS DO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

NOME DO DOENTE:

Objetivo: Confirmar o diagnóstico de AVC e realizar uma avaliação física inicial em menos de 10 minutos

Momento em que foi observado pela última vez antes do aparecimento dos sintomas atuais

Dia

Hora

☐

Aparecimento dos sintomas < 4 horas atrás

☐

Aparecimento dos sintomas > 4 horas atrás

☐

A hora do aparecimento dos sintomas é desconhecida

Histórico do doente e exame físico

---

---

---

---

Pontuação da avaliação de AVC do NIHSS

Contraindicações absolutas para rt-PA

Resultados laboratoriais significativos

---

---

---

Medicação atual (se existente)

---

---

---

---

Comentários adicionais

---

---

---

---

# CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA ADMINISTRAÇÃO INTRAVENOSA DE rt-PA

TODOS os pontos da lista de verificação devem ser respondidos com NÃO para o doente a ser tratado com rt-PA por via intravenosa. Se algum dos pontos seguintes for respondido com SIM, o tratamento com rt-PA por via intravenosa é contraindicado.

## Contraindicações para rt-PA

### Contraindicações associadas a um **elevado risco de hemorragia, tal como:**

|                                                                                                                                                                                 | Sim                      | Não                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diátese hemorrágica conhecida                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Doentes tratados com anticoagulantes orais, como por ex. varfarina sódica                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemorragia grave ou perigosa existente ou recente                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| História conhecida ou suspeita de hemorragia intracraniana                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suspeita de hemorragia subaracnóide ou doença após hemorragia subaracnóide de aneurisma                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Qualquer história de danos do sistema nervoso central (i.e., tumor, aneurisma, cirurgia intracraniana ou à coluna)                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Massagem cardíaca externa traumática recente (menos de 10 dias), parto, punção recente de um vaso sanguíneo não compressível (por ex. punção venosa da subclávia ou da jugular) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hipertensão arterial descontrolada grave                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endocardite bacteriana, pericardite                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pancreatite aguda                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Doença ulcerativa gastrointestinal documentada durante os últimos 3 meses, varizes esofágicas, aneurisma arterial, malformações arteriais/venosas                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neoplasia com risco aumentado de hemorragia                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Doença hepática grave, incluindo insuficiência hepática, cirrose, hipertensão portal (varizes esofágicas) e hepatite ativa                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirurgia de grande porte ou trauma significativo nos últimos 3 meses                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Evidência de hemorragia intracraniana (HIC) na TAC                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sintomas sugestivos de hemorragia subaracnóide, mesmo que a TAC seja normal                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Administração de heparina no período de 48 horas anteriores e um tempo de tromboplastina superior ao limite superior do normal laboratorial                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| AVC prévio nos últimos 3 meses                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Contagem de plaquetas inferior a 100 000/mm <sup>3</sup>                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pressão arterial sistólica > 185 ou pressão arterial diastólica > 110 mmHg, ou gestão agressiva (medicação por via IV) necessária para reduzir a PA para estes limites          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Contraindicação com base na **hora:**

|                                                                                                                                                                  |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sintomas de AVC iniciados mais de 4.5 horas antes do início da infusão ou quando o tempo de instalação de sintomas é desconhecido e pode ser acima das 4.5 horas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

### Contraindicações com base na **gravidade do AVC:**

|                                                                                                 |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Déficite neurológico menor ou melhoria rápida dos sintomas antes do início da perfusão          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| AVC grave avaliado clinicamente (por ex. NIHSS > 25) e/ou por técnicas de imagiologia adequadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Contraindicação relacionada com a **idade:**

|                                       |                          |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Crianças com idade inferior a 16 anos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

### Contraindicações adicionais:

|                                                         |                          |                          |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Convulsões no início do AVC                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Qualquer história de AVC prévio e diabetes concomitante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glicemia < 50 ou > 400 mg/dl                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# AVALIAÇÃO RÁPIDA DE AVC

## Escala de Avaliação de AVC do NIHSS

Versão curta<sup>1</sup>

Administre os itens da escala de AVC pela ordem listada. Registe o desempenho em cada categoria após o exame de cada subescala. Não volte atrás nem altere a pontuação. Siga as instruções fornecidas para cada técnica de exame. As pontuações devem refletir o que o doente faz, não o que o médico acha que o doente pode fazer. O médico deve registrar as respostas enquanto estiver a efetuar o exame e trabalhar rapidamente. Salvo disposição em contrário, o doente não deve ser ajudado (i.e., repetir os pedidos ao doente para fazer um esforço especial).

|                                           |                                                                                                                                                                                            | Pontuação            |                      |                      |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                                           |                                                                                                                                                                                            | Admissão             | 72 horas             | Alta                 |
| <b>1a Consciência</b>                     | 0 = Acordado<br>1 = Sonolento<br>2 = Atordoado<br>3 = Comatoso                                                                                                                             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>1b Orientação</b>                      | 0 = Mês, idade correta à primeira tentativa<br>1 = Uma correta ou entubada, disartria grave ou linguagem arrastada<br>2 = Nenhuma correta, ou afásico ou comatoso                          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>1c Comandos sequenciais</b>            | 0 = Obedece a ambos corretamente<br>1 = Obedece a um<br>2 = Não obedece a nenhum comando, ou comatoso                                                                                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>2 Olhar</b>                            | 0 = Normal<br>1 = Paresia periférica parcial (N. III, IV, VI) ou desvio que consegue superar<br>2 = Desvio fixo                                                                            | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>3 Campo visual</b>                     | 0 = Normal<br>1 = Quadrantanopia ou extinção<br>2 = Hemianopsia completa<br>3 = Cegueira                                                                                                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>4 Movimento facial</b>                 | 0 = Normal<br>1 = Ligeira paresia central, prega nasolabial achatada<br>2 = Paresia central evidente ou paralisia<br>3 = Paresia bilateral ou periférica ou coma                           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>5a Manter o braço esquerdo erguido</b> | 0 = Braço erguido normalmente durante 10 segundos<br>1 = O braço desvia lentamente para baixo<br>2 = O braço desvia rapidamente para baixo<br>3 = O braço cai<br>4 = Sem movimento ou coma | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>5b Manter o braço direito erguido</b>  | 0 = Braço erguido normalmente durante 10 segundos<br>1 = O braço desvia lentamente para baixo<br>2 = O braço desvia rapidamente para baixo<br>3 = O braço cai<br>4 = Sem movimento ou coma | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |



## AVALIAÇÃO RÁPIDA DE AVC – Escala de Avaliação de AVC do NIHSS (versão curta)

|                                           |                                                                                                                                                                                           | Pontuação            |                      |                      |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                                           |                                                                                                                                                                                           | Admissão             | 72 horas             | Alta                 |
| <b>6a Manter a perna esquerda erguida</b> | 0 = Perna erguida normalmente durante 5 segundos<br>1 = A perna desvia lentamente para baixo<br>2 = A perna desvia rapidamente para baixo<br>3 = A perna cai<br>4 = Sem movimento ou coma | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>6b Manter a perna direita erguida</b>  | 0 = Perna erguida normalmente durante 5 segundos<br>1 = A perna desvia lentamente para baixo<br>2 = A perna desvia rapidamente para baixo<br>3 = A perna cai<br>4 = Sem movimento ou coma | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>7 Ataxia</b>                           | 0 = Sem ataxia, o doente não compreende, paralisia ou coma<br>1 = Ataxia em 1 membro<br>2 = Ataxia em 2 membros                                                                           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>8 Sensibilidade</b>                    | 0 = Normal<br>1 = Perda sensorial ligeira<br>2 = Perda sensorial total ou coma                                                                                                            | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>9 Linguagem</b>                        | 0 = Normal<br>1 = Dificuldade em encontrar palavras, afasia ligeira<br>2 = Dificuldades evidentes de conversação<br>3 = Afasia total, o doente não fala ou comatoso                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>10 Disartria</b>                       | 0 = Sem disartria<br>1 = Disartria bem evidente<br>2 = Disartria dificilmente perceptível ou o doente não responde ou coma                                                                | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>11 Extinção</b>                        | 0 = Sem anormalidades<br>1 = Extinção de uma modalidade sensorial ou outros sinais de negligência<br>2 = Extinção de mais de uma modalidade sensorial ou coma                             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>Total</b>                              |                                                                                                                                                                                           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

### Escala de Rankin modificada<sup>2</sup>

|                                                                                                                        | 4 semanas antes do AVC (estado pré-mórbido) | 24 horas após o AVC  | 72 horas após o AVC  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| 0 = Sem sintomas                                                                                                       |                                             |                      |                      |
| 1 = Consegue realizar todas as funções e atividades habituais                                                          |                                             |                      |                      |
| 2 = Não consegue realizar as atividades anteriores mas consegue tomar conta dos seus assuntos pessoais sem assistência | <input type="text"/>                        | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 = Necessita de alguma ajuda mas consegue andar sem assistência                                                       |                                             |                      |                      |
| 4 = Não consegue andar sem assistência e não consegue satisfazer as suas necessidades corporais sem assistência        |                                             |                      |                      |
| 5 = Acamado, incontinente e a necessitar de cuidados de enfermagem e atenção constantes                                |                                             |                      |                      |
| 6 = Morto                                                                                                              |                                             |                      |                      |

|                           |                         |                   |             |
|---------------------------|-------------------------|-------------------|-------------|
| <b>Médico do DE, nome</b> | <b>Número da equipa</b> | <b>Assinatura</b> | <b>Data</b> |
|                           |                         |                   | <b>Hora</b> |