



Prefeitura
de Itariri

Saúde
Itariri

AIT NA SALA VERMELHA

Reconhecer hoje para
prevenir o AVC amanhã

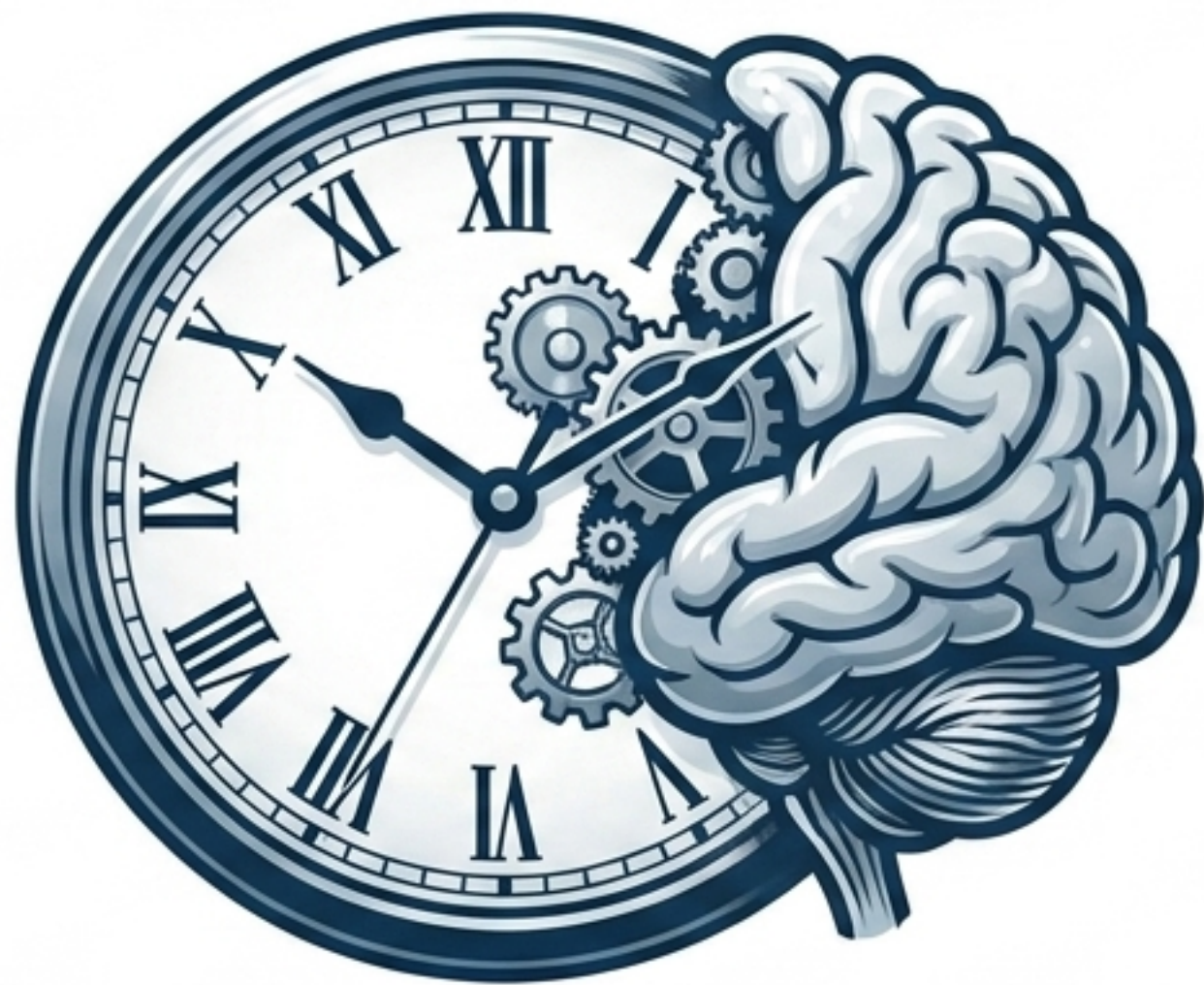
**O paciente melhorou.
O risco não.**

AIT é uma emergência de prevenção do AVC.



O Alarme de Incêndio Neurológico

O AIT não é um "quase AVC".
É uma isquemia focal real
que o organismo conseguiu
reverter temporariamente.
A faísca está lá.



10%

**Dos pacientes com
AIT evoluem para um
AVC isquêmico maior
em até 90 dias.**

A janela crítica. Mais de 50% dos casos de
AVC pós-AIT ocorrem nas primeiras 48 horas.



Conceito Atual: Definição por Tecido, Não por Tempo

AVC Isquêmico



- Fluxo interrompido.
- Área central necrosada (infarto agudo demonstrável).
- Déficit neurológico persiste.

AIT - Ataque Isquêmico Transitório



- Disfunção neurológica focal transitória.
- ✓ - **Atualização 2026:** Sem infarto agudo demonstrável em neuroimagem (idealmente RM-DWI).

ATENÇÃO: Duração isoladamente (<1h ou <24h) NÃO define mais o AIT de forma segura.
Sintomas resolvidos não significam baixo risco.

Reconhecimento Clínico e Mimetizadores

Déficit Súbito Focal:



Assimetria facial.



Fraqueza unilateral (braço/perna).



Afasia ou disartria.



Amaurose monocular / alteração visual.



Ataxia abrupta.



Atenção: Podem simular isquemia:

- Hipoglicemia / distúrbios metabólicos.
- Crise epiléptica (Paralisia de Todd).
- Enxaqueca com aura (sintomas progressivos).
- Síncope ou vertigem periférica isolada.

**Na dúvida, trate como isquemia vascular.
Sempre verifique a glicemia capilar imediatamente!**

O Paciente Chegou Assintomático



CUIDADO:
Desaparecimento do déficit
≠
Desaparecimento do risco.

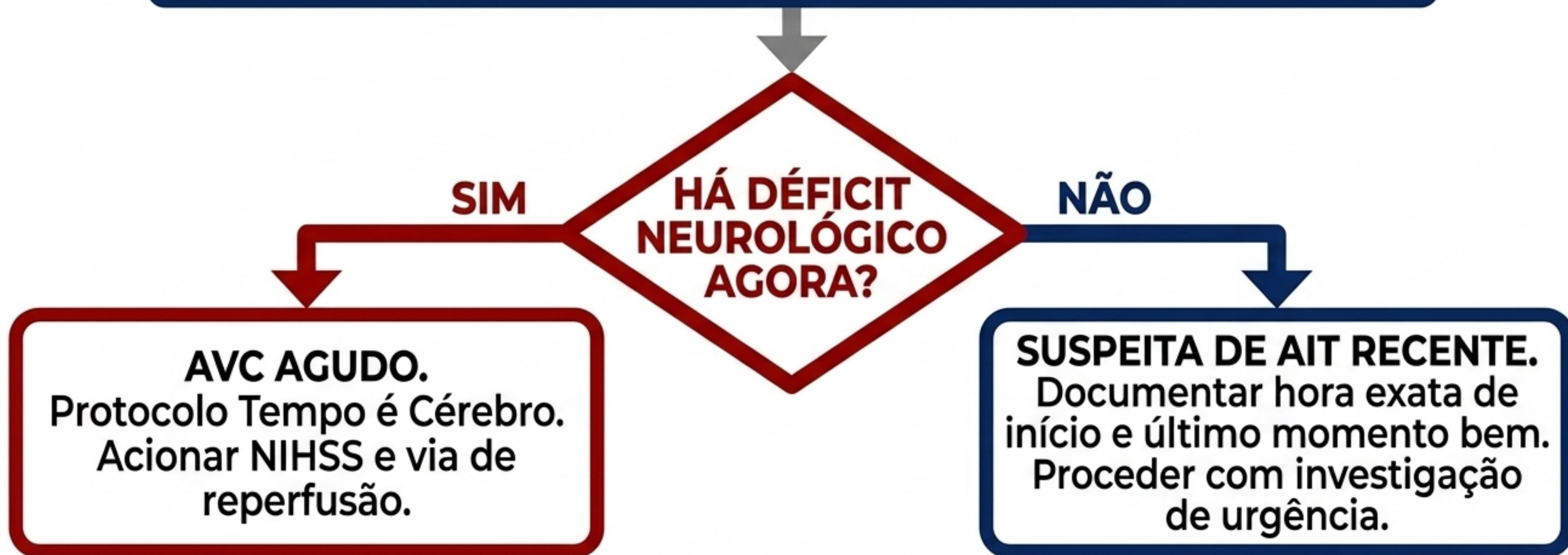
- A ausência de sintomas no momento da admissão não autoriza banalizar o episódio.
- Não atribua um déficit súbito focal apenas a um “pico de pressão”.



REGRA: Tratar ALT assintomático recente (início nas últimas 48h) como urgência médica absoluta. A observação e investigação não são opcionais.

Os Primeiros 10 Minutos na Sala Vermelha

Chegada do paciente com relato de déficit neurológico súbito.



AÇÕES IMEDIATAS UNIVERSAIS:
ABCDE + Sinais Vitais + Oximetria + Glicemia capilar.

O Escore ABCD² e a Sua Armadilha

A	Age (Idade ≥ 60)	1 pt
B	Blood Pressure (PA $\geq 140/90$)	1 pt
C	Clinical (Fraqueza, Paralisação ou Alteração do Conhecimento = 1 pt)	3 pt (Max)
D	Duration (Duração ≥ 60 min = 2 pt, 10-59 min = 1 pt)	2 pt (Max)
D	Diabetes (Presente)	1 pt



Um escore ABCD² baixo (0-3) **NÃO** exclui a presença de placa carotídea instável ou Fibrilação Atrial. Não utilize isoladamente para liberar o paciente.

Neuroimagem: Enxergando o Risco



TC de Crânio sem contraste

Objetivo: Excluir hemorragia intracraniana e diagnósticos alternativos (tumores).



Alerta: Pode (e costuma) ser completamente normal no AIT.



Imagem Vascular

Modalidades: Angio-TC, Angio-RM ou Doppler cervical.

Objetivo: Buscar estenose sintomática ou oclusão de grandes vasos que exige intervenção cirúrgica/endovascular.

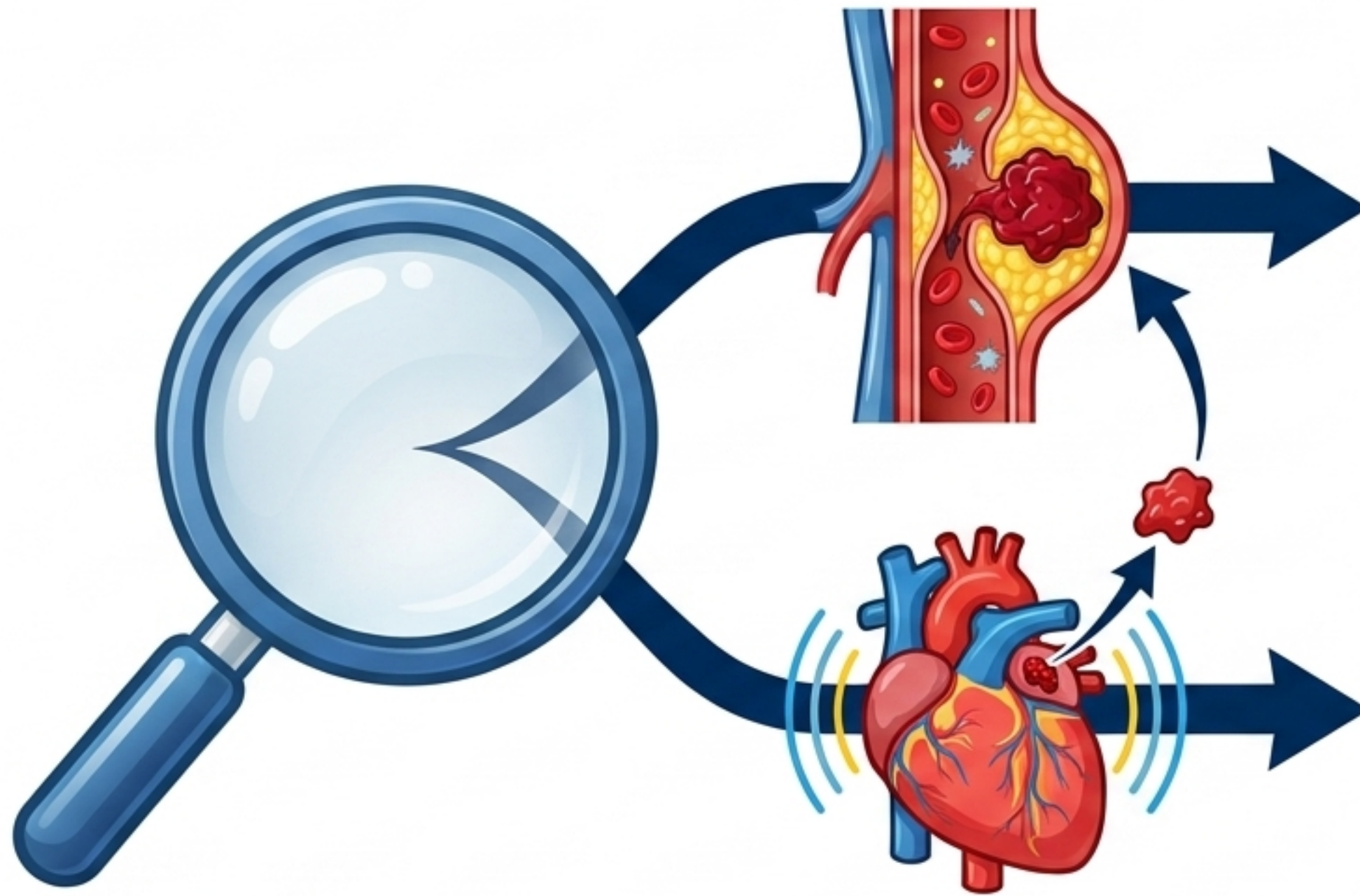


RM com Difusão (DWI)

Status: Padrão-ouro (quando disponível).

Objetivo: Alta sensibilidade para flagrar pequenos microinfartos agudos não visíveis na TC.

Procure a Causa: A Investigação Direcionada



Aterotrombótica

- Placas instáveis em carótidas ou grandes vasos intracranianos.
- Foco de investigação: Imagem vascular.

Cardioembólica

- O papel crucial e imediato do ECG de 12 derivações na admissão.
- Foco principal: Busca ativa por Fibrilação Atrial (FA).

AÇÃO: Definir o mecanismo provável é essencial porque muda completamente a prevenção secundária (Antiagregação vs. Anticoagulação).

Conduta Antitrombótica 1: Antiagregação



PRÉ-REQUISITO ABSOLUTO:
EXCLUIR HEMORRAGIA NA
TC antes de prescrever
qualquer antiagregante.



Pacientes Selecionados (Alto risco, não cardioembólico)

- **Monoterapia:** AAS (ataque 160-325mg, manutenção baixa dose).
- **DAPT Curta (Dupla Antiagregação):**
Considerar AAS + Clopidogrel por 21 dias, seguido de monoterapia.



Aviso de Segurança: Não manter DAPT prolongada sem indicação cardiológica específica devido ao aumento de risco de sangramento.

Conduta Antitrombótica 2: Quando Anticoagular?

A Indicação

Pacientes com Fibrilação Atrial (FA) confirmada ou outra fonte cardioembólica evidente.



ECG: Fibrilação Atrial



Anticoagulação



A Regra de Ouro

A anticoagulação **SUBSTITUI** a antiagregação. Não utilize DAPT crônica como substituto para tratamento de FA.

O Timing

O início exato da anticoagulação depende do tamanho da área isquêmica (se houve progressão para AVC) e controle de neuroimagem. Em AIT transitório sem lesão, o início costuma ser precoce.

Controle Sistêmico na Sala Vermelha



Pressão Arterial

- **NÃO** reduza bruscamente.
- A elevação moderada pode ser fisiológica para manter a perfusão cerebral em artérias estenosadas. Evite hipotensão a todo custo.



Glicemia

- Corrija **hipoglicemia** imediatamente (<70 mg/dL).
- Evite hiperglicemia severa. Alvo hospitalar: 140-180 mg/dL.



Estatinas

- Iniciar ou otimizar estatina de alta intensidade.
- Objetivo: Estabilização de placa aterosclerótica na prevenção secundária.

Regulação e Fluxo Municipal (Itariri-SP)

Critérios de Encaminhamento Urgente

- Início dos sintomas < 48h (especialmente < 4,5h).
- Déficit flutuante ou recorrente.
- Fibrilação atrial nova ou estenose carotídea sintomática.



O Papel da Unidade Local

- Estabilizar: ABCDE, Glicemia, Horários.
- Acionar: Regulação (Método SBAR) para serviço de referência neurológica.
- NÃO LIBERAR: Pacientes de alto risco clínico ou etiológico sem investigação adequada.

Condutas Essenciais vs. Erros Fatais



Checklist Sala Vermelha

- ✓ - Documentar hora exata de início.
- ✓ - Glicemia capilar imediata.
- ✓ - Exclusão de hemorragia por TC.
- ✓ - ECG de 12 derivações.
- ✓ - Acionamento rápido da Regulação.



5 Erros Fatais que Não Podemos Cometer

1. Atribuir o déficit focal apenas à 'pressão alta'.
2. Dar alta baseada APENAS em um ABCD² baixo.
3. Esquecer de realizar o ECG admissional.
4. Reduzir a Pressão Arterial de forma abrupta.
5. Prescrever AAS sem excluir hemorragia antes.



O PACIENTE MELHOROU. O RISCO NÃO. **TEMPO É CÉREBRO.**

Cada minuto conta, mesmo após a resolução dos sintomas. A ação rápida na urgência salva vidas e evita incapacidades permanentes.

PREVINA O AVC HOJE.