

Logo: Prefeitura de Itariri

Logo: Saúde Itariri

AVC NA SALA VERMELHA

Reconhecer, Priorizar, Reperfundir e Transferir.

Protocolo Assistencial – Pronto-Socorro Municipal
Dr. Taminato Tion, Itariri-SP.

Baseado no Guideline AHA/ASA 2026.

Objetivos & Tempo é Cérebro



**1 MINUTO =
1,9 MILHÃO DE
NEURÔNIOS
PERDIDOS**



Objetivo da Equipe: Executar atendimento coordenado, seguro e tempo-dependente.

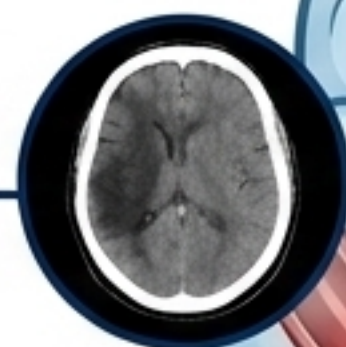


Atenção: O relógio não começa na chegada. A janela terapêutica conta a partir da 'Última vez visto bem' (Last Known Well) e não apenas da 'Hora de início dos sintomas'.

O Inimigo Bifurcado: Isquêmico vs. Hemorrágico

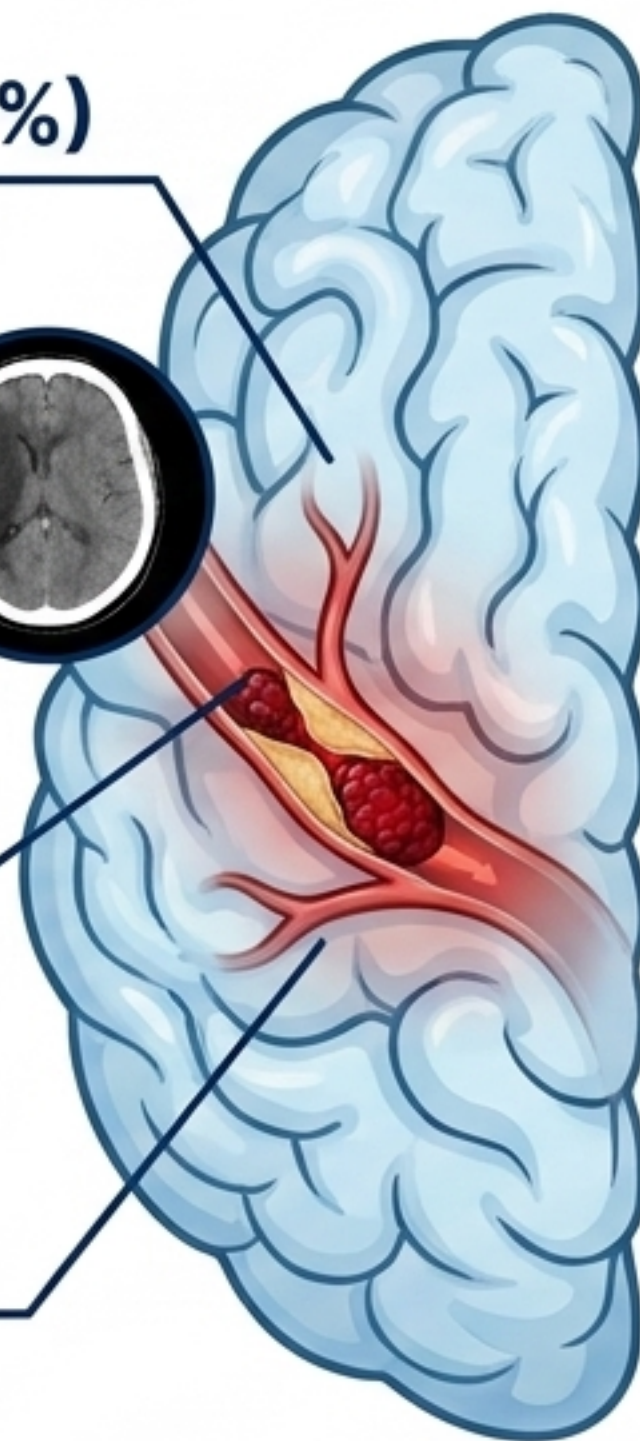
AVC ISQUÊMICO (60,6%)

Obstrução Arterial



Edema Citotóxico

**TC: Hipodensidade
(Área Escura)**



AVC HEMORRÁGICO

Ruptura Vascular

Sangramento Ativo

**TC: Hiperdensidade
(Área Branca)**



Reconhecimento Precoce & O Fator Tempo

S



Sorrir

(Assimetria facial)

A



Abraçar

(Queda de um braço)

M



Mensagem

(Fala arrastada ou afasia)

U



Urgência

(Regulação imediata)



ATENÇÃO:
Apresentações Camaleônicas

Vertigem súbita isolada (> 12h) | Cefaleia súbita e intensa
Crises convulsivas sem fator causal aparente | Alteração de marcha.

Chegada na Sala Vermelha (Minuto 0 a 10)



Ativação do Código AVC - Matriz de Simultaneidade

MÉDICO	Direcionamento neurológico inicial (NIHSS)		
ENFERMEIRO	Avaliação ABCDE	Controle rigoroso de PA	
	Monitorização multiparamétrica	Metas de O2	
TÉCNICO	Acesso venoso calibroso (fossa antecubital)		Glicemia capilar IMEDIATA (descartar hipoglicemia)

Suporte Básico: ABCDE Neurocrítico



A/B - Oxigenação

Fornecer O₂ apenas se
SatO₂ < 94%.
Evitar hiperóxia.

Diretrizes Clínicas e
Evidências (Referência à
imagem 0)



C - Circulação

Correção de hipovolemia
para manter a perfusão
sistêmica cerebral.

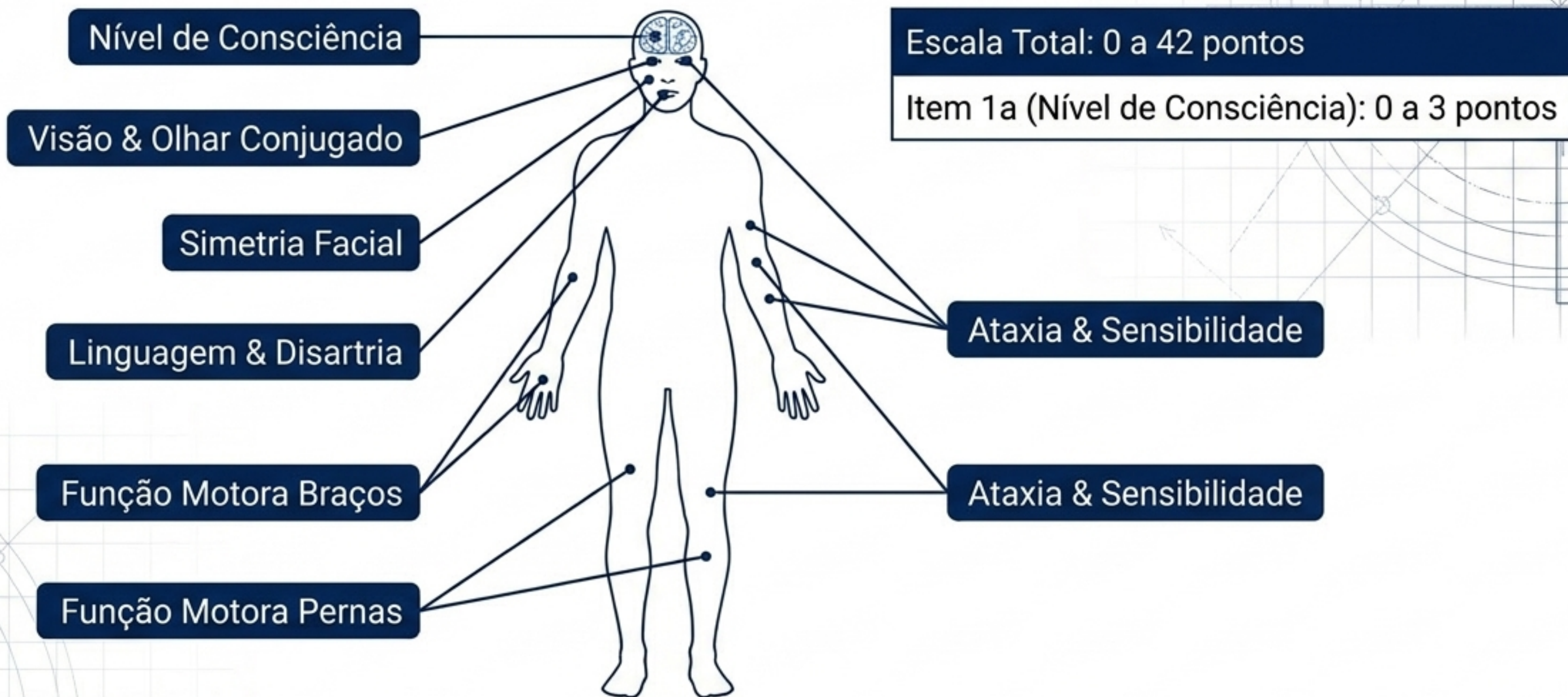


D - Metabolismo & Posição

REGRA DE OURO: Glicemia
capilar normal é o único “exame
laboratorial” obrigatório antes
da trombólise clínica.

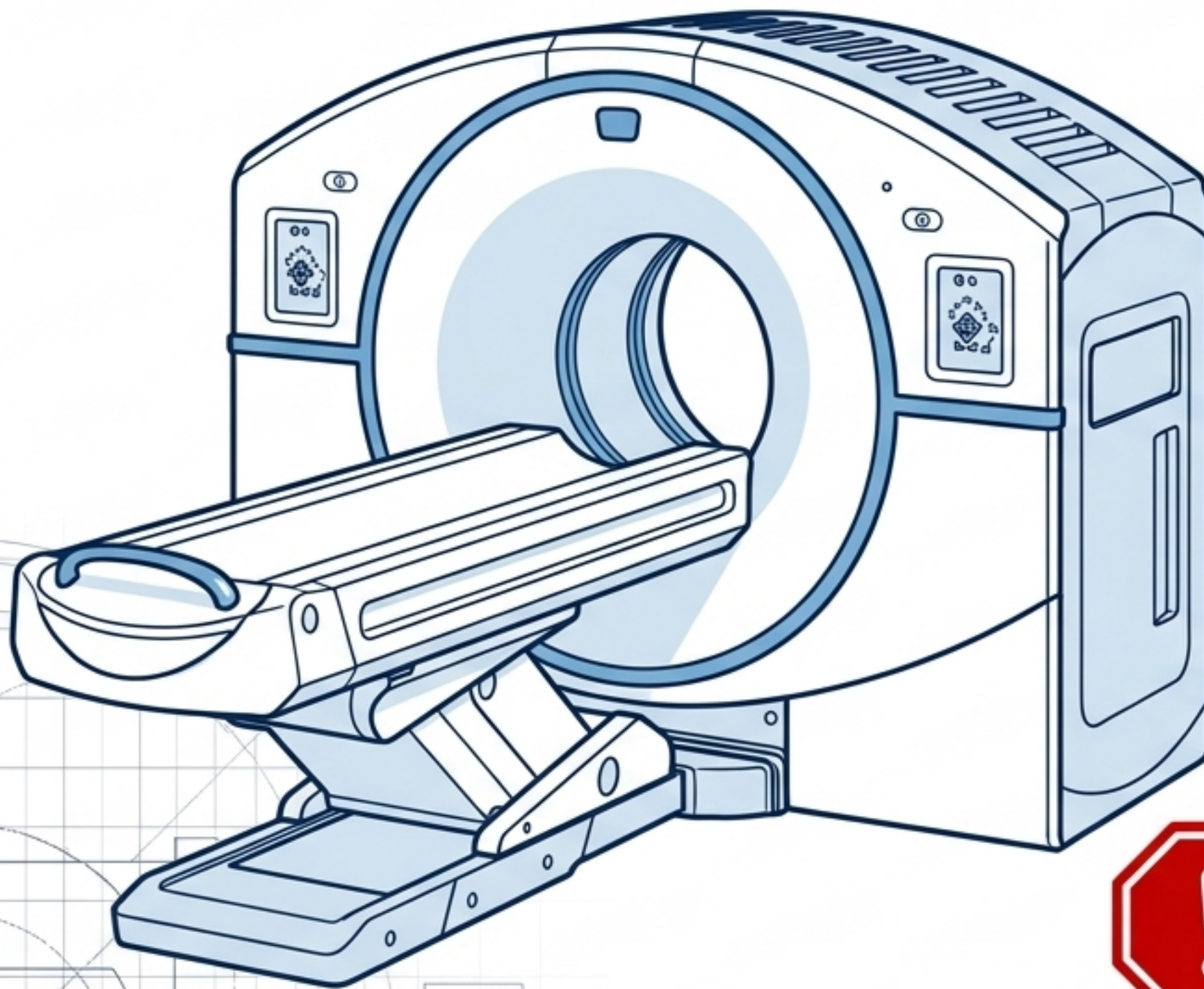
Cabeceira neutra a 30° (AHA
2026: sem benefício comprovado
em manter a 0° para melhorar
desfecho).

O Mapa do Exame Físico: Escala NIHSS



ALERTA: Um déficit **INCAPACITANTE** (ex: hemianopsia isolada ou afasia grave) pode existir mesmo com um escore NIHSS total baixo. Trate o paciente, não o número.

A Corrida pela Imagem: O Gargalo Diagnóstico



Meta Institucional: Tomografia Computadorizada (TC) sem contraste em < 20 minutos.

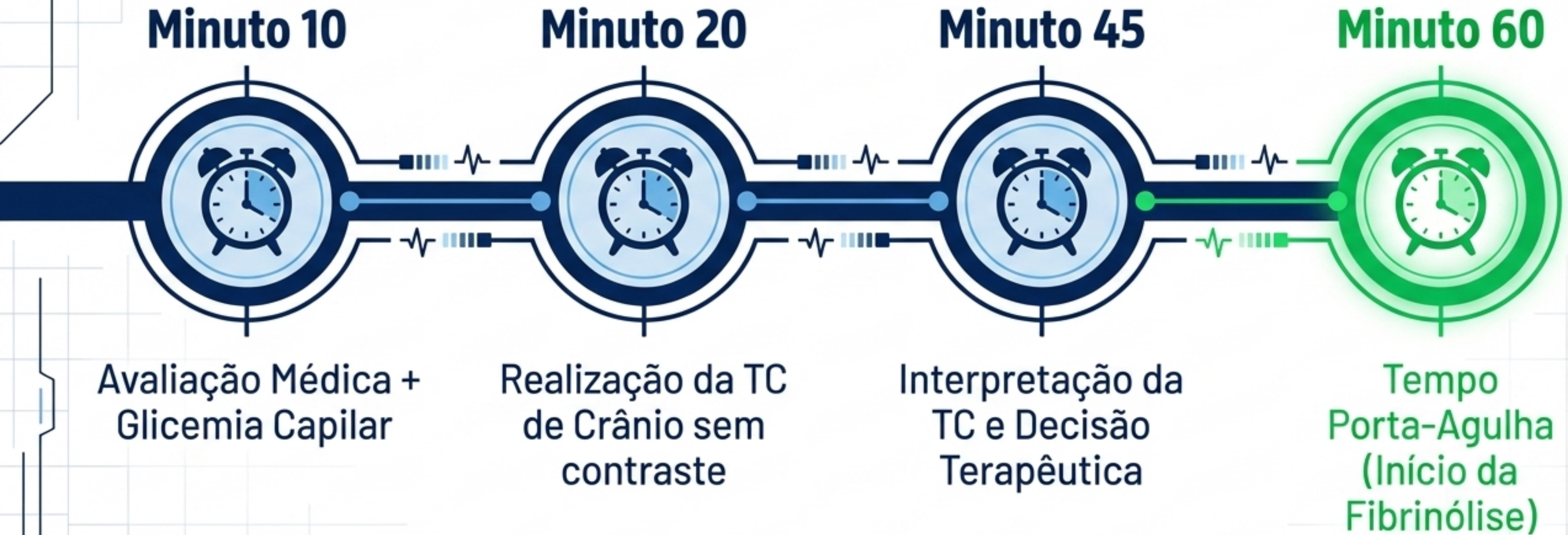
Objetivo 1: Excluir Sangramento. Não é necessário laudo oficial de especialista para iniciar a trombólise se a imagem não apresentar sangue evidente.

Angio-TC: Essencial se houver suspeita de Oclusão de Grande Vaso (LVO).



REGRA VERMELHA: Exames de laboratório adicionais (exceto glicemia) ou a realização da Angio-TC **NÃO DEVEM** atrasar a infusão do trombolítico se o paciente já for clinicamente elegível.

A Linha do Tempo de Ouro: Metas Assistenciais



Fibrinólise Farmacológica: Comparativo de Opções

Tenecteplase (TNK) 	Alteplase (rt-PA)
Dose Padrão: 0,25 mg/kg	Dose Padrão: 0,9 mg/kg
Dose Máxima Absoluta: 25 mg	Dose Máxima Absoluta: 90 mg
Administração: Bolus Único Rápido (Simplifica o fluxo na sala de emergência e agiliza transferência).	Administração: 10% da dose total em bolus inicial (em 1 minuto) seguido de 90% em infusão contínua em bomba de seringa (ao longo de 60 minutos).

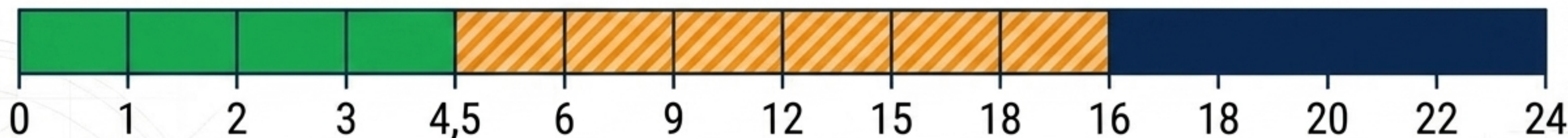
Janelas Terapêuticas & Intervenções

Janela Convencional

Trombólise Intravenosa
do vez (< 4,5h do início
dos sintomas ou última vez visto bem).

Janela Estendida

**Trombólise para pacientes rigorosamente
selecionados** (Necessita imagem avançada
de ressonância ou perfusão).



Trombectomia Mecânica

Até 24 horas para Oclusão de Grande Vaso (LVO).
Exige regulação e transferência urgente para centro avançado.

Controle Pressórico: O Fio da Navalha

ANTES da Reperusão



Zona Vermelha: Se PA > 185/110 mmHg, é **contraindicado** trombolisar. Reduzir ativamente antes de aplicar a agulha.

APÓS Reperusão



Zona Verde: Manter < 180/105 mmHg nas primeiras 24h.



Aviso Diretriz AHA 2026: **NÃO** realizar redução intensiva da Pressão Arterial Sistólica para < 140 mmHg após a reperusão. Não há benefício comprovado e pode causar dano na circulação colateral. [Ref 2a, 3]

[Ref 1, 3]

Cuidados Críticos Pós-Reperfusão



Monitorização Neurológica

Reavaliação seriada rígida do Nível de Consciência e aplicação contínua da Escala NIHSS.



Controle Metabólico

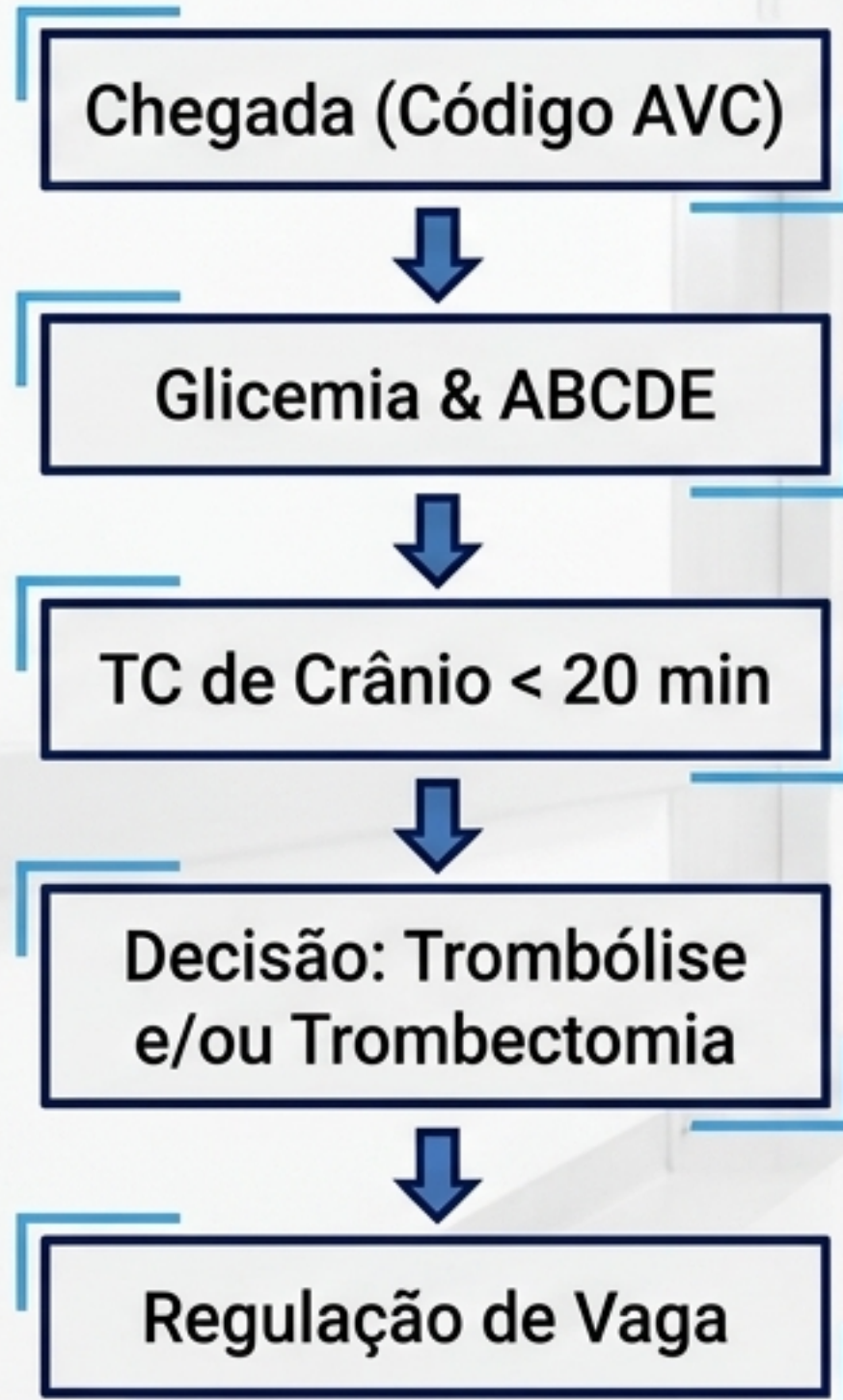
Evitar rigorosamente a hipertermia e a hipotermia nas primeiras 24 horas.



Prevenção de Iatrogenia

Atenção Máxima (Disfagia):
A triagem formal de **deglutição DEVE** ser realizada **obrigatoriamente** antes de ofertar **QUALQUER** substância **por via oral** (água, dieta ou medicação).

Transferência Segura: O Protocolo SBAR



Ferramenta de Comunicação SBAR	
S (Situação):	Informar Idade, Sexo, NIHSS atual e se há suspeita de Oclusão de Grande Vaso (LVO).
B (Background):	Relatar hora exata da “última vez visto bem”, comorbidades relevantes e uso prévio de anticoagulantes.
A (Avaliação):	Informar valor da Glicemia, PA atual , achados da TC sem contraste e se a fibrinólise (TNK/Alteplase) já foi realizada.
R (Recomendação):	Especificar a vaga solicitada (Suporte em UTI Geral ou transferência para Centro de Trombectomia).

Quiz Operacional: Revisão do Protocolo

✓ Q: Qual a dose máxima permitida de Tenecteplase? | R: **25 mg** (Cálculo: **0,25mg/kg** em bolus único).

✓ Q: Qual a Pressão Arterial máxima permitida antes de iniciar o trombolítico? | R: **< 185/110 mmHg**.

✓ Q: Após a reperfusão, devo focar em reduzir intensamente a PAS para <140 mmHg? | R: **NÃO**.
(Conforme Guideline AHA 2026).

✓ Q: O que DEVE ser feito antes de liberar qualquer dieta ou comprimido via oral? | R: **Triagem formal de Disfagia**.

✓ Q: Uma Tomografia de Crânio normal contraindica a trombólise? | R: **NUNCA**. Uma TC normal nas primeiras horas é o achado esperado no AVC Isquêmico.