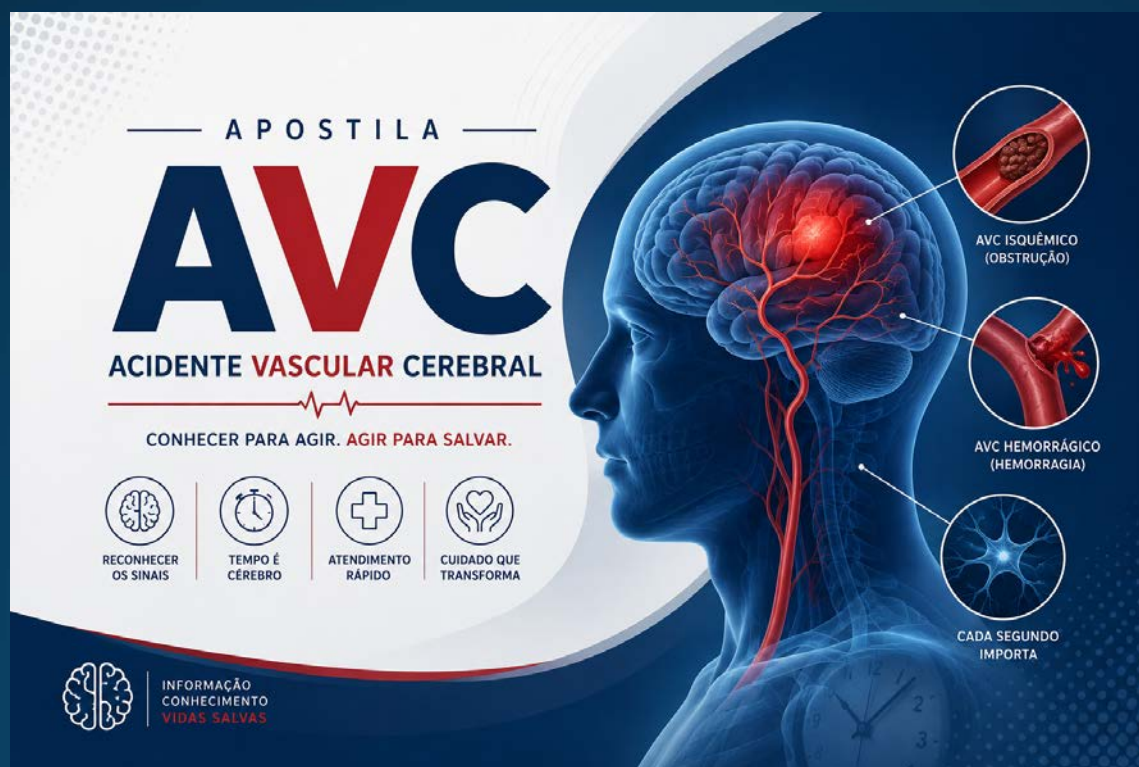




PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL DR. TAMINATO TION



AVC NA SALA VERMELHA

MANUAL PRÁTICO DE RECONHECIMENTO, REPERFUSÃO E TRANSFERÊNCIA

ADULTO • CONSULTA RÁPIDA • TREINAMENTO MULTIPROFISSIONAL

VERSÃO EDUCACIONAL 1.0 • 2026

PARA VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL

02 FICHA TÉCNICA, FINALIDADE E SEGURANÇA

FINALIDADE: Consulta rápida, treinamento e padronização do atendimento inicial ao adulto com suspeita de AVC no Pronto-Socorro Municipal Dr. Taminato Tion.

CAMPO	INFORMAÇÃO
Instituição	Prefeitura Municipal de Itariri • Departamento Municipal de Saúde
Unidade	Pronto-Socorro Municipal Dr. Taminato Tion • Sala Vermelha
Documento	PMUE-NEURO-001 • versão educacional 1.0/2026
Situação	PARA VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL
Revisão clínica	15 de agosto de 2026
Responsável técnico	A designar pela instituição após revisão e aprovação
Público	Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem

Hierarquia aplicada

- 1.AHA/ASA 2026 para manejo precoce do AVC isquêmico, considerando a correção oficial de 2026.
- 2.Protocolo Municipal de AVC 2026 para organização do fluxo local e transferência.
- 3.Materiais educacionais internos apenas quando concordantes com as fontes superiores.
- 4.AHA/ASA 2022 exclusivamente para estabilização inicial da hemorragia intracerebral.

AVISO DE SEGURANÇA: Este manual não substitui julgamento clínico, prescrição, teleneurologia, regulação, bula, protocolo de farmácia ou conferência da apresentação disponível. Não administrar trombolítico antes de excluir hemorragia por imagem.

NA PRÁTICA Defina um líder do Código AVC e registre horários.	ERRO QUE ATRASA Tratar um documento educacional como protocolo já aprovado.	PONTO DE SEGURANÇA Em conflito, prevalecem diretriz vigente, protocolo institucional aprovado e avaliação individual.
---	---	---

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026; correção DOI 10.1161/STR. Protocolo Municipal PMUE-NEURO-001 v1.0/2026; portal institucional de Itariri.

03 SUMÁRIO OPERACIONAL

PÁGINAS 1-15	PÁGINAS 16-30
01 Capa institucional	16 TC, angio-TC, ASPECTS e perfusão
02 Ficha técnica e segurança	17 Déficit incapacitante
03 Sumário	18 Tenecteplase e alteplase
04 Mensagens essenciais	19 Elegibilidade e riscos
05 AVC isquêmico e hemorrágico	20 Trombectomia e basilar
06 Núcleo, penumbra e tempo	21 PA, glicemia, temperatura e O ₂
07 Reconhecimento clínico	22 Primeiras 24 horas
08 FAST/Cincinnati, SAMU e posterior	23 Piora e sangramento
09 Camaleões e mimetizadores	24 Disfagia e nutrição
10 Última vez visto bem e janelas	25 AVC hemorrágico inicial
11 Código AVC e equipe	26 CROSS, SBAR e transporte
12 Primeiros 10 minutos	27 PRESCRIHOSP educacional
13 Anamnese e anticoagulantes	28 Prevenção e reabilitação
14 NIHSS completa	29 Checklists e algoritmo de bolso
15 Laboratório sem atraso	30 Referências

COMO USAR: No plantão, comece pelas páginas 4, 8, 10-12, 17-23, 26-29. Para treinamento, percorra a sequência completa.

ABREVIATURAS-CHAVE

SIGLA	SIGNIFICADO	SIGLA	SIGNIFICADO
AVCi	AVC isquêmico	IVT	Trombólise intravenosa
EVT	Trombectomia endovascular	LVO	Oclusão de grande vaso
LKW	Última vez visto bem	NIHSS	Escala de AVC do NIH
TC	Tomografia sem contraste	CTA	Angio-TC
CTP	Perfusão por TC	DIDO	Porta-entrada-porta-saída

NA PRÁTICA

Use o sumário como índice de consulta rápida.

ERRO QUE ATRASA

Procurar uma dose em imagem antiga sem confirmar a fonte.

PONTO DE SEGURANÇA

Os rodapés identificam versão e status do documento.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: Estrutura editorial baseada nas fontes institucionais informadas e na AHA/ASA 2026.

04 DEZ MENSAGENS ESSENCIAIS

1. AVC é diagnóstico clínico tempo-dependente; a imagem define o tipo e orienta reperfusão.
2. Registre a última vez visto bem; não use automaticamente a hora em que o déficit foi descoberto.
3. Glicemia capilar é obrigatória e não pode atrasar a imagem.
4. NIHSS baixo não exclui déficit incapacitante nem circulação posterior.
5. Déficit incapacitante elegível deve receber IVT rapidamente até 4,5 horas, sem aguardar imagem avançada.
6. Déficit leve não incapacitante não recebe IVT rotineira; DAPT é preferida quando os critérios forem confirmados.
7. Tenecteplase: 0,25 mg/kg, máximo 25 mg; não usar 0,4 mg/kg.
8. Alteplase: 0,9 mg/kg, máximo 90 mg; 10% em bolus e restante em 60 minutos.
9. IVT não deve atrasar tromboectomia nem transferência inter-hospitalar.
10. Nada por via oral antes da triagem de disfagia; vigie sangramento e piora neurológica por 24 horas.

TEMPO É CÉREBRO: A estimativa clássica é de aproximadamente 1,9 milhão de neurônios perdidos por minuto em um AVC de grande vaso não tratado — não 1,9 bilhão.

NA PRÁTICA

Diga em voz alta: “hora LKW, NIHSS e destino”.

ERRO QUE ATRASA

Esperar completar toda a investigação antes de acionar regulação.

PONTO DE SEGURANÇA

Sem TC/RM que exclua hemorragia, não há trombólise segura.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, Top Things to Know e seções 3–5; Saver JL. Stroke. 2006;37:263–266.

04 DEZ MENSAGENS ESSENCIAIS



TEMPO É CÉREBRO

A estimativa clássica é de aproximadamente **1,9 MILHÃO** de neurônios perdidos por minuto em um AVC de grande vaso não tratado — **não 1,9 bilhão**.



01 AVC é diagnóstico clínico tempo-dependente; a imagem define o tipo e orienta reperfusão.



02 Registre a última vez visto bem; não use automaticamente a hora em que o déficit foi descoberto.



03 Glicemia capilar é obrigatória e não pode atrasar a imagem.



04 NIHSS baixo não exclui déficit incapacitante nem circulação posterior.



05 Déficit incapacitante elegível deve receber IVT rapidamente até 4,5 horas, sem aguardar imagem avançada.



06 Déficit leve não incapacitante não recebe IVT rotineira; DAPT é preferida quando os critérios forem confirmados.



07 Tenecteplase: 0,25 mg/kg, máximo 25 mg; não usar 0,4 mg/kg.



08 Alteplase: 0,9 mg/kg, máximo 90 mg; 10% em bolus e restante em 60 minutos.



09 IVT não deve atrasar tromboectomia nem transferência inter-hospitalar.



10 Nada por via oral antes da triagem de disfagia; vigie sangramento e piora neurológica por 24 horas.

CADA MINUTO CONTA



1,9 MILHÃO
DE NEURÔNIOS PERDIDOS
POR MINUTO

em um AVC de grande vaso não tratado.

= 1,9 MILHÃO DE NEURÔNIOS PERDIDOS POR MINUTO



NA PRÁTICA

Diga em voz alta:

“HORA LKW, NIHSS E DESTINO”



ERRO QUE ATRASA



Esperar completar toda a investigação antes de acionar regulação.



PONTO DE SEGURANÇA

Sem TC/RM que exclua hemorragia, não há trombólise segura.



RECONHECER RAPIDAMENTE. AGIR SEM ATRASO. SALVAR VIDAS.



F FACE
Assimetria facial



A ARMS
Fraqueza em um braço



S SPEECH
Dificuldade na fala



T TIME
Ligue 192 imediatamente

05 CONCEITOS: AVC ISQUÊMICO E HEMORRÁGICO

CARACTERÍSTICA	ISQUÊMICO	HEMORRÁGICO
Mecanismo	Oclusão arterial → hipoperfusão e infarto.	Extravasamento de sangue → lesão, efeito de massa e hipertensão intracraniana.
Imagem inicial	TC pode ser normal ou mostrar sinais precoces.	TC geralmente evidencia hiperdensidade aguda.
Tratamento específico	IVT e/ou EVT em elegíveis.	Controle suave de PA, reversão de anticoagulação e avaliação neurocirúrgica.
Regra segura	Excluir hemorragia antes de IVT.	Não aplicar automaticamente condutas do AVCi.

NA PRÁTICA

Trate inicialmente todo déficit focal súbito como AVC até prova em contrário.

ERRO QUE ATRASA

Chamar TC sem hemorragia de "TC normal" e encerrar o caso.

PONTO DE SEGURANÇA

Hemorragia exige outra diretriz e outro alvo terapêutico.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seção 3.2; AHA/ASA 2022, diretriz de hemorragia intracerebral.

AVC

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
CONHECER PARA AGIR. AGIR PARA SALVAR.

TEMPO É CÉREBRO.
Cada segundo faz a diferença.

CARACTERÍSTICA	AVC ISQUÊMICO	AVC HEMORRÁGICO
1. MECANISMO	Oclusão arterial → hipoperfusão e infarto.	Extravasamento de sangue → lesão, efeito de massa e hipertensão intracraniana.
2. IMAGEM INICIAL	TC pode ser normal ou mostrar sinais precoces.	TC geralmente evidencia hiperdensidade aguda.
3. TRATAMENTO ESPECÍFICO	IVT e/ou EVT em elegíveis.	Controle suave de PA, reversão de anticoagulação e avaliação neurocirúrgica.
4. REGRA SEGURA	Excluir hemorragia antes de IVT.	Não aplicar automaticamente condutas do AVCi.

NA PRÁTICA

Trate inicialmente todo déficit focal súbito **como AVC** até prova em contrário.

ERRO QUE ATRASA

Chamar TC sem hemorragia de "TC normal" e encerrar o caso.

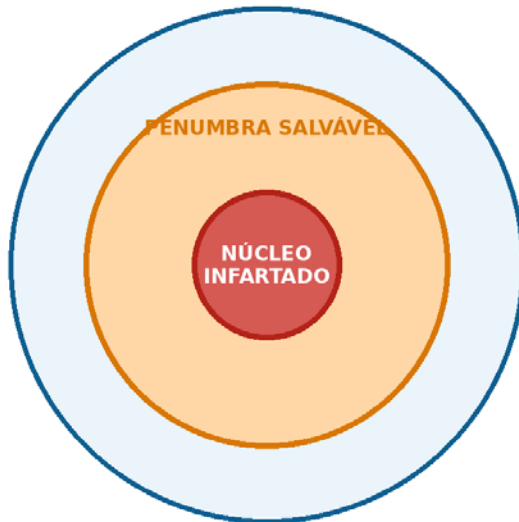
PONTO DE SEGURANÇA

Hemorragia exige outra diretriz e outro alvo terapêutico.

RECONHECER RAPIDAMENTE FAZ TODA A DIFERENÇA.

06 FISIOPATOLOGIA: NÚCLEO, PENUMBRA E TEMPO

NÚCLEO, PENUMBRA E TEMPO CEREBRAL



A reperfusão precoce preserva tecido ainda viável.

Sem fluxo, a penumbra progride para infarto.

≈ 1,9 MILHÃO DE NEURÔNIOS/MINUTO*

*estimativa populacional clássica; não é medida individual

- Núcleo: tecido com lesão irreversível estabelecida; aumenta com o tempo e com circulação colateral inadequada.
- Penumbra: tecido hipoperfundido, funcionalmente comprometido, porém potencialmente recuperável.
- Reperfusão: deve ocorrer o mais cedo possível; janela cronológica e “janela tecidual” se complementam.
- Imagem avançada seleciona pacientes tardios; não deve atrasar IVT convencional em elegíveis até 4,5 horas.

NA PRÁTICA

Pense em “salvar penumbra”, não apenas em cumprir horários.

ERRO QUE ATRASA

Aguardar melhora espontânea de um déficit ainda incapacitante.

PONTO DE SEGURANÇA

Evite hipotensão, hipóxia, febre e extremos glicêmicos.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seções 3.2, 4.6 e 4.7; Saver JL. Stroke. 2006.

FISIOPATOLOGIA DO AVC

NÚCLEO, PENUMBRA E TEMPO

TEMPO É CÉREBRO.

Cada minuto conta.

1 NÚCLEO

Tecido com lesão irreversível estabelecida; aumenta com o tempo e com circulação colateral inadequada.

2 PENUMBRA

Tecido hipoperfundido, funcionalmente comprometido, porém potencialmente recuperável.

3 REPERFUSÃO

Deve ocorrer o mais cedo possível; janela cronológica e “janela tecidual” se complementam.

4 IMAGEM AVANÇADA

Seleciona pacientes tardios; não deve atrasar IVT convencional em elegíveis até 4,5 horas.

NÚCLEO
Lesão irreversível (infarto estabelecido)

PENUMBRA
Tecido em risco, potencialmente recuperável

TECIDO SAUDÁVEL
Perfusão adequada, função preservada

OCCLUSÃO INÍCIO DOS SINTOMAS → TEMPO CORRENDO PENUMBRA EM RISCO → REPERFUSÃO PRECOCE SALVA TECIDO E FUNÇÃO

A CADA MINUTO SEM REPERFUSÃO

CÉREBRO PERDE ~1,9 MILHÕES DE NEURÔNIOS - 14 BILHÕES DE SINAPSES

JANELAS QUE SE COMPLEMENTAM

JANELA CRONOLÓGICA
Tempo desde o início dos sintomas

JANELA TECIDUAL
Quantidade de penumbra ainda viável

NA PRÁTICA

Pense em “salvar penumbra”, não apenas em cumprir horários.

ERRO QUE ATRASA

Aguardar melhora espontânea de um déficit ainda incapacitante.

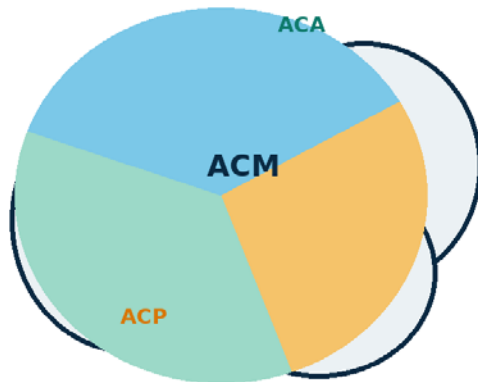
PONTO DE SEGURANÇA

EVITE HIPOTENSÃO (PA ↓)
EVITE HIPÓXIA (O₂)
EVITE FEBRE (temperatura ↑)
EVITE EXTREMOS GLICÊMICOS (glicose)

OBJETIVO: REPERFUNDIR PRECOCEMENTE PARA SALVAR PENUMBRA, LIMITAR INFARTO E MELHORAR DESFECHOS.

07 RECONHECIMENTO CLÍNICO

TERRITÓRIOS VASCULARES — MAPA CLÍNICO RÁPIDO



ACM

Face/braço > perna; linguagem (hemisfério dominante); negligência.

ACA

Perna > braço; abulia; alteração frontal.

ACP

Hemianopsia; memória; tálamo conforme território.

BASILAR

Diplopia, disartria, disfagia, ataxia, paresia bilateral, consciência.

SINAL	PENSE EM	AÇÃO
Hemiparesia/afasia/negligência	Circulação anterior, frequentemente ACM.	Código AVC + LKW + NIHSS + imagem.
Perda visual súbita/hemianopsia	Retina, ACP ou vias visuais.	Tratar como déficit potencialmente incapacitante.
Diplopia, ataxia, disartria, disfagia	Circulação posterior/basilar.	Não confiar apenas em FAST ou NIHSS baixo.
Rebaixamento, cefaleia, vômitos	Hemorragia, basilar ou mimetizador grave.	ABCDE e TC imediata.

NA PRÁTICA

Pergunte “o que começou de repente?”.

ERRO QUE ATRASA

Desvalorizar vertigem incapacitante com diplopia ou ataxia.

PONTO DE SEGURANÇA

Déficit focal súbito exige imagem mesmo com sintomas em melhora.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seções 3.1, 3.2 e 4.7.3; Ministério da Saúde, página AVC.

RECONHECER RÁPIDO. AGIR SEM ATRASO. SALVAR VIDAS.

TEMPO É CÉREBRO!
Cada minuto conta.

SINAL	PENSE EM	AÇÃO
 Hemiparesia/afasia/negligência	 Circulação anterior, frequentemente ACM.	 Código AVC + LKW + NIHSS + imagem.
 Perda visual súbita/hemianopsia	 Retina, ACP ou vias visuais.	 Tratar como déficit potencialmente incapacitante.
 Diplopia, ataxia, disartria, disfagia	 Circulação posterior/basilar.	 Não confiar apenas em FAST ou NIHSS baixo.
 Rebaixamento, cefaleia, vômitos	 Hemorragia, basilar ou mimetizador grave.	 ABCDE e TC imediata.

NA PRÁTICA

Pergunte “o que começou de repente?”.

ERRO QUE ATRASA

Desvalorizar vertigem incapacitante com diplopia ou ataxia.

PONTO DE SEGURANÇA

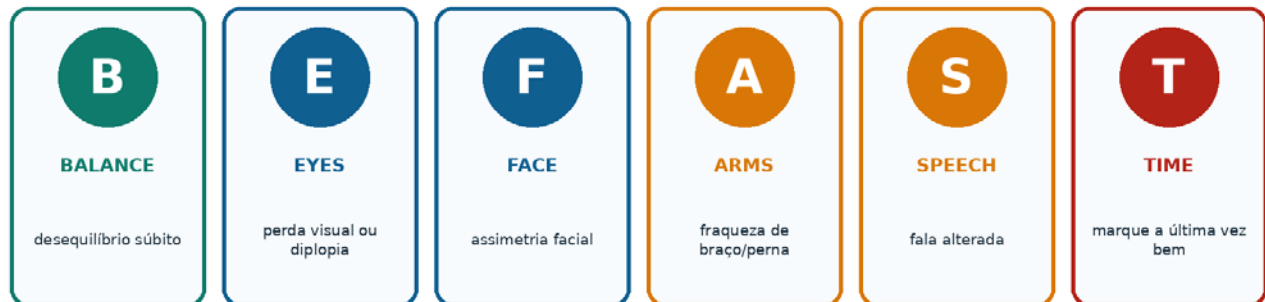
Déficit focal súbito exige imagem mesmo com sintomas em melhora.

FLUXO RÁPIDO DO AVC

Reconhecer sinais → Código AVC → LKW + NIHSS → Imagem imediata → Reperusão rápida → Salvar vidas

08 FAST/CINCINNATI, SAMU E CIRCULAÇÃO POSTERIOR

BE-FAST + SAMU: NÃO PERCA A CIRCULAÇÃO POSTERIOR



SAMU: Sorriso • Abraço • Mensagem/Música • Urgência. Qualquer alteração súbita = Código AVC.

FERRAMENTA	COMPONENTES	LIMITAÇÃO
Cincinnati	Face, queda de braço, fala.	Boa triagem; pode perder sinais posteriores.
FAST	Face, braço, fala, tempo.	Não inclui equilíbrio/olhos.
BE-FAST	Balance e Eyes + FAST.	Amplia reconhecimento, sem substituir exame.
SAMU	Sorriso, abraço, mensagem/música, urgência.	Mnemônico educativo; não mede gravidade.

NA PRÁTICA

Use BE-FAST quando houver vertigem, diplopia ou ataxia.

ERRO QUE ATRASA

Considerar FAST negativo como exclusão de AVC.

PONTO DE SEGURANÇA

NIHSS também pode subestimar circulação posterior.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seção 3.1; protocolo SAMU/DF; materiais educativos nacionais de reconhecimento de AVC.

08 FAST/CINCINNATI, SAMU E CIRCULAÇÃO POSTERIOR

FERRAMENTA	COMPONENTES	LIMITAÇÃO
Cincinnati	Face, queda de braço, fala	Boa triagem; pode perder sinais posteriores.
FAST	Face, braço, fala, tempo	Não inclui equilíbrio/olhos.
BE-FAST	Balance (equilíbrio), Eyes (olhos), Face, braço, fala, tempo	Amplia reconhecimento, sem substituir exame.
SAMU	Sorriso, abraço, mensagem/música, urgência (192)	Mnemônico educativo; não mede gravidade.

CIRCULAÇÃO POSTERIOR PENSE SEMPRE!

- ✓ Vertigem súbita
- ✓ Diplopia
- ✓ Ataxia
- ✓ Disartria
- ✓ Disfagia
- ✓ Alteração visual
- ✓ Rebaixamento

PODE PASSAR BATIDO EM CINCINNATI E FAST!

NA PRÁTICA

Use BE-FAST quando houver vertigem, diplopia ou ataxia.

ERRO QUE ATRASA

Considerar FAST negativo como exclusão de AVC.

PONTO DE SEGURANÇA

NIHSS também pode subestimar circulação posterior.

FLUXO RÁPIDO DO AVC

Reconhecer sinais → Acionar SAMU → Avaliar com BE-FAST → Destino adequado → Tratar rápido → Salvar cérebro

09 AVC CAMALEÃO E MIMETIZADORES

MIMETIZADOR	PISTAS	CONDUTA SEM ATRASO
Hipoglicemia	Sudorese, alteração difusa, uso de insulina/sulfonilureia.	HGT imediato; corrigir <60 mg/dL e reavaliar déficit.
Crise epiléptica/Todd	Abalos, desvio ocular, confusão pós-ictal.	Crise no início não exclui AVC; correlacionar com déficit persistente.
Enxaqueca com aura	Sintomas positivos e progressivos; história semelhante.	Primeiro episódio/atípico exige imagem.
Paralisia facial periférica	Testa e fechamento ocular periféricos; sem outros déficits.	Excluir sinais centrais e início vascular.
Transtorno funcional	Inconsistência interna; variabilidade.	Diagnóstico positivo especializado, nunca por descarte apressado.
Intoxicação/metabólico	Déficit difuso, exposição ou distúrbios sistêmicos.	Tratar causa e manter via do AVC se focalidade persistir.
AVC camaleão	Vertigem isolada incapacitante, confusão, mão inábil, monoparesia, náuseas/vômitos.	Reexaminar olhos, marcha, campos, coordenação e fala.

APÓS CORRIGIR GLICOSE: Se o déficit incapacitante persistir e o paciente permanecer elegível, a IVT é recomendada pela AHA/ASA 2026.

NA PRÁTICA

Documente o exame antes e após corrigir o mimetizador.

ERRO QUE ATRASA

Rotular rapidamente como “labirintite” ou “ansiedade”.

PONTO DE SEGURANÇA

Dúvida diagnóstica isolada não é, por si, contraindicação absoluta à IVT.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seção 4.6.1 e Tabela 6; Ministério da Saúde, AVC.

09 AVC CAMALEÃO E MIMETIZADORES

PENSAR AMPLO. NÃO ATRASE O QUE SALVA CÉREBRO.

TEMPO É CÉREBRO!
Cada minuto conta.

MIMETIZADOR	PISTAS	CONDUTA SEM ATRASO
Hipoglicemia	• Sudorese, alteração difusa, uso de insulina/sulfonilureia.	HGT imediato; corrigir <60 mg/dL e reavaliar déficit.
Crise epiléptica/Todd	• Abalos, desvio ocular, confusão pós-ictal.	Crise no início não exclui AVC; correlacionar com déficit persistente.
Enxaqueca com aura	• Sintomas positivos e progressivos; história semelhante.	Primeiro episódio/atípico exige imagem.
Paralisia facial periférica	• Testa e fechamento ocular periféricos; sem outros déficits.	Excluir sinais centrais e início vascular.
Transtorno funcional	• Inconsistência interna; variabilidade.	Diagnóstico positivo especializado, nunca por descarte apressado.
Intoxicação/metabólico	• Déficit difuso, exposição ou distúrbios sistêmicos.	Tratar causa e manter via do AVC se focalidade persistir.
AVC camaleão	• Vertigem isolada incapacitante, confusão, mão inábil, monoparesia, náuseas/vômitos.	Reexaminar olhos, marcha, campos, coordenação e fala.

APÓS CORRIGIR GLICOSE:

Se o déficit incapacitante persistir e o paciente permanecer elegível, a IVT é recomendada pela AHA/ASA 2026.

DÚVIDA? INVESTIGUE. MAS NÃO ESPERE SEMPRE.

NA PRÁTICA
Documente o exame antes e após corrigir o mimetizador.

ERRO QUE ATRASA
Rotular rapidamente como “labirintite” ou “ansiedade”.

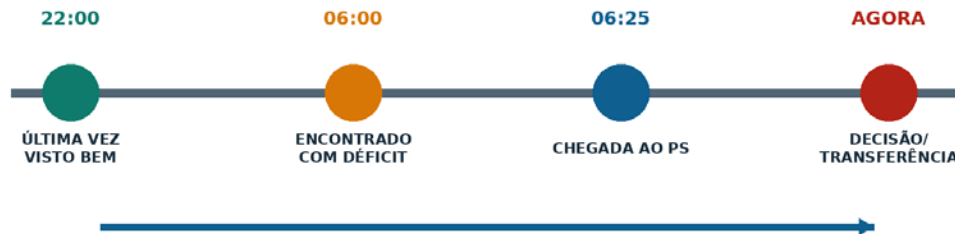
PONTO DE SEGURANÇA
Dúvida diagnóstica isolada não é, por si, contraindicação absoluta à IVT.

FLUXO SEM ATRASO

HGT imediato → Considere mimetizadores → Trate se reversível → Reavalie o déficit → Imagem urgente → Via do AVC se elegível

10 ÚLTIMA VEZ VISTO BEM E JANELAS TERAPÊUTICAS

TEMPO: REGISTRE FATOS, NÃO SUPOSIÇÕES



A janela parte da última vez visto bem — não da hora em que foi encontrado.

CENÁRIO	MARCO TEMPORAL	IMPLICAÇÃO
Início presenciado	Hora exata do início.	IVT convencional até 4,5 h em elegíveis.
Encontrado com déficit	Última vez visto sem déficit.	Não usar a hora da descoberta como início.
Wake-up stroke	Última vez bem antes de dormir + hora de reconhecimento.	DWI-FLAIR ou perfusão pode selecionar casos.
4,5–9 h	Tempo desde LKW/início.	IVT apenas em selecionados por imagem avançada.
LVO até 24 h	Início/LKW e imagem vascular/tecidual.	Avaliar EVT imediatamente.

NA PRÁTICA

Confirme LKW com testemunha e registre nome/telefone.

ERRO QUE ATRASA

Escrever apenas “início hoje” ou “há algumas horas”.

PONTO DE SEGURANÇA

A janela não autoriza tratar sem critérios clínicos e de imagem.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seção 4.6.3 e Tabela 1 de critérios de imagem.

10 ÚLTIMA VEZ VISTO BEM E JANELAS TERAPÊUTICAS

TEMPO É CÉREBRO!
Cada minuto conta.

CENÁRIO	MARCO TEMPORAL	IMPLICAÇÃO
Início presenciado	Hora exata do início.	IVT convencional até 4,5 h em elegíveis.
Encontrado com déficit	Última vez visto sem déficit.	Não usar a hora da descoberta como início.
Wake-up stroke	Última vez bem antes de dormir + hora de reconhecimento.	DWI-FLAIR ou perfusão pode selecionar casos.
4,5–9 h	Tempo desde LKW/início.	IVT apenas em selecionados por imagem avançada.
LVO até 24 h	Início/LKW e imagem vascular/tecidual.	Avaliar EVT imediatamente.

JANELAS TERAPÊUTICAS

- 0 – 4,5 HORAS**
IVT convencional (em elegíveis)
- 4,5 – 9 HORAS**
Selecionados por imagem avançada
- ATÉ 24 HORAS**
LVO – Avaliar EVT imediatamente

IMAGEM AVANÇADA PODE GUIAR

TC PERFUSÃO
 ANGIO-TC

NA PRÁTICA

Confirme LKW com testemunha e registre nome/telefone.

ERRO QUE ATRASA

Escrever apenas “início hoje” ou “há algumas horas”.

PONTO DE SEGURANÇA

A janela não autoriza tratar sem critérios clínicos e de imagem.

FLUXO SEM ATRASO

Confirmar LKW → Acionar Código AVC → Avaliar clínica → Imagem imediata → Definir janela → IVT ou EVT → Destino: UTI/EVT

11 CÓDIGO AVC E ORGANIZAÇÃO DA EQUIPE

CÓDIGO AVC: TAREFAS EM PARALELO

MÉDICO

ABCDE • NIHSS • decisão clínica • contato neurológico

ENFERMEIRO

monitor • acessos • coleta • checagem de peso/medicação

TÉCNICO

HGT • ECG sem atraso • transporte • materiais

REGULAÇÃO

CROSS • destino • transporte • pré-notificação

Um relógio • um líder • uma comunicação fechada

- Acione na triagem diante de déficit focal súbito, alteração de fala, assimetria, perda visual, ataxia aguda ou rebaixamento sem causa clara.
- Defina líder, cronometrista e canal único de comunicação com regulação/centro de referência.
- Trabalhe em paralelo: estabilização, história focada, NIHSS, acesso/coleta, imagem e CROSS.
- Pré-notifique serviço de imagem e transporte; nunca deixe a burocracia ocorrer somente após a decisão terapêutica.

META MUNICIPAL: Em unidade sem TC 24/7, a prioridade é estabilizar e reduzir o tempo porta-saída para um centro com imagem e reperusão.

NA PRÁTICA

Use comunicação fechada: tarefa, responsável e confirmação.

ERRO QUE ATRASA

Um único profissional tentar executar toda a sequência.

PONTO DE SEGURANÇA

Registre os horários reais: chegada, HGT, NIHSS, contato, imagem e saída.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seções 2.4, 2.9 e 2.10; Protocolo Municipal PMUE-NEURO-001 v1.0/2026.

11 CÓDIGO AVC: ACIONAR, ORGANIZAR E FLUIR

RAPIDEZ COM ORGANIZAÇÃO SALVA CÉREBRO.

1 AÇIONE NA TRIAGEM
Diante de déficit focal súbito, alteração de fala, assimetria, perda visual, ataxia aguda ou rebaixamento sem causa clara.

2 DEFINA LÍDER E PAPÉIS
Defina líder, cronometrista e canal único de comunicação com regulação/centro de referência.

3 TRABALHE EM PARALELO
Estabilização, história focada, NIHSS, acesso/coleta, imagem e CROSS — tudo ao mesmo tempo.

4 PRÉ-NOTIFIQUE SEMPRE
Pré-notifique serviço de imagem e transporte; nunca deixe a burocracia ocorrer somente após a decisão terapêutica.

FLUXO IDEAL: DO PORTA AO DESTINO

PORTA CHEGADA → AVALIAÇÃO RÁPIDA → IMAGEM (se disponível) → TRANSFERÊNCIA RÁPIDA → REPERFUSÃO NO DESTINO

NA PRÁTICA
Use comunicação fechada: tarefa, responsável e confirmação.
TAREFA → RESPONSÁVEL → CONFIRMAÇÃO
"Coletar exames" → "Enf. Ana" → "Exames coletados"

ERRO QUE ATRASA
Um único profissional tentar executar toda a sequência.

PONTO DE SEGURANÇA
Registre os horários reais: chegada, HGT, NIHSS, contato, imagem e saída.

REGISTRE SEMPRE!

CHEGADA hh:mm → HGT hh:mm → NIHSS hh:mm → CONTATO REGULAÇÃO hh:mm → IMAGEM hh:mm → SAÍDA hh:mm → DESTINO hh:mm

12 PRIMEIROS 10 MINUTOS: ABCDE E GLICEMIA

PRIMEIROS 10 MINUTOS — ABCDE SEM ATRASAR A IMAGEM

A VIA AÉREA proteger se rebaixamento/bulbar	B RESPIRAÇÃO SpO ₂ ; O ₂ se hipóxia, alvo >94%	C CIRCULAÇÃO PA, ritmo, 2 acessos, corrigir hipotensão	D NEUROLÓGICO HGT, pupilas, NIHSS, LKW	E EXPOSIÇÃO temperatura, trauma, sangramento
--	---	---	---	---

MINUTO	AÇÃO-CHAVE
0-2	Confirmar déficit súbito, LKW e acionar Código AVC.
0-5	ABCDE, monitor, PA, SpO ₂ , HGT, dois acessos; corrigir ameaça imediata.
0-10	NIHSS, peso confiável, medicamentos/anticoagulantes, TC/CTA e CROSS em paralelo.

CABECEIRA: Não há benefício de manter rotineiramente todos a 0° em vez de 30°. Individualize conforme via aérea, aspiração, hemodinâmica e perfusão. Não usar Trendelenburg rotineiro.

NA PRÁTICA

Corrija hipotensão e hipovolemia; preserve perfusão sistêmica.

ERRO QUE ATRASA

Fazer ECG, radiografia ou coleta antes de encaminhar à imagem.

PONTO DE SEGURANÇA

O₂ somente se hipóxia, com alvo SpO₂ >94%, salvo indicação específica.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seções 3.3, 4.1-4.5; Ministério da Saúde, AVC.

12 10 MINUTOS QUE SALVAM CÉREBRO

PROTOCOLO INICIAL NO AVC AGUDO

TEMPO É CÉREBRO!
Cada minuto conta.

MINUTO	AÇÃO-CHAVE
0-2	Confirmar déficit súbito, LKW e acionar Código AVC . Deficit súbito, LKW, Código AVC
0-5	ABCDE, monitor, PA, SpO ₂ , HGT, dois acessos; corrigir ameaça imediata. ABCDE, Monitor, PA, SpO ₂ , HGT, 2 acessos
0-10	NIHSS, peso confiável, medicamentos/anticoagulantes, TC/CTA e CROSS em paralelo. NIHSS, Peso, Medicamentos/Anticoagulantes, TC/CTA, CROSS em paralelo

NA PRÁTICA

Corrija hipotensão e hipovolemia; preserve perfusão sistêmica.

ERRO QUE ATRASA

Fazer ECG, radiografia ou coleta antes de encaminhar à imagem.

PONTO DE SEGURANÇA

O₂ somente se hipóxia, com alvo SpO₂ >94%, salvo indicação específica.

FLUXO RÁPIDO — PRIMEIROS 10 MINUTOS

0-2 LKW + Código AVC → 0-5 ABCDE, PA, SpO₂, HGT, acessos → 0-10 NIHSS, peso, meds/AC, TC/CTA → 0-10 CROSS em paralelo → DESTINO: CENTRO COM IMAGEM E REPERFUSÃO

CABECEIRA

30°

Não há benefício de manter rotineiramente todos a 0° em vez de 30°.

0° ≠ 30°

Individualize conforme:

- Via aérea
- Risco de aspiração
- Hemodinâmica
- Perfusão cerebral

❌ Não usar Trendelenburg rotineiro.

13 ANAMNESE FOCADA, ANTICOAGULANTES E ÚLTIMA DOSE

PERGUNTA	POR QUE MUDA A DECISÃO
Última vez visto bem? Quem confirma?	Define janela e confiabilidade do tempo.
Qual era a função basal (mRS)?	Participa da seleção para EVT e prognóstico.
Qual déficit é incapacitante para esta pessoa?	NIHSS baixo pode justificar IVT.
Usa varfarina, heparina, dabigatrana, apixabana, rivaroxabana, edoxabana?	Exige nome, dose, última tomada, função renal e exames específicos.
Antiplaquetários?	Uso isolado ou DAPT não exclui automaticamente IVT; aumenta risco hemorrágico.
Cirurgia, trauma, sangramento, AVC/ICH prévios?	Muitos itens são relativos e exigem análise individual.
Câncer, endocardite, dissecção aórtica, gestação/puerpério?	Podem contraindicar ou exigir consulta emergente especializada.
Peso real ou estimado por método padronizado?	Dose de trombolítico é baseada no peso e tem teto máximo.

DOAC <48 H: A segurança da IVT é incerta. Considerar hora da última dose, função renal, gravidade, EVT, ensaios específicos e reversores com especialista; documentar tudo.

NA PRÁTICA

Fotografe/registre a embalagem trazida e confirme com família/farmácia.

ERRO QUE ATRASA

Anotar apenas “usa anticoagulante” sem nome e horário.

PONTO DE SEGURANÇA

Não aguarde coagulação se não houver motivo para suspeitar resultado anormal.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seção 4.6.1 e Tabela 6 (situações específicas).

13 ANAMNESE FOCADA, ANTICOAGULANTES E ÚLTIMA DOSE

A RESPOSTA CERTA NA ANAMNESE **MUDA A DECISÃO TERAPÊUTICA.**

PERGUNTA	POR QUE MUDA A DECISÃO
Última vez visto bem? Quem confirma?	Define janela e confiabilidade do tempo.
Qual era a função basal (mRS)?	Participa da seleção para EVT e prognóstico.
Qual déficit é incapacitante para esta pessoa?	NIHSS baixo pode justificar IVT.
Usa varfarina, heparina, dabigatrana, apixabana, rivaroxabana, edoxabana?	Exige nome, dose, última tomada, função renal e exames específicos.
Antiplaquetários?	Uso isolado ou DAPT não exclui automaticamente IVT; aumenta risco hemorrágico.
Cirurgia, trauma, sangramento, AVC/ICH prévios?	Muitos itens são relativos e exigem análise individual.
Câncer, endocardite, dissecção aórtica, gestação/puerpério?	Podem contraindicar ou exigir consulta emergente especializada.
Peso real ou estimado por método padronizado?	Dose de trombolítico é baseada no peso e tem teto máximo.

ANTICOAGULANTES – EXEMPLOS

VARFARINA	HEPARINA	DABIGATRANA	APIXABANA	RIVAROXABANA	EDOXABANA

INFORME SEMPRE:

NOME DO MEDICAMENTO	DOSE	ÚLTIMA TOMADA	FUNÇÃO RENAL	EXAMES ESPECÍFICOS

DOAC <48 H:

A segurança da IVT é incerta. Considerar hora da última dose, função renal, gravidade, EVT, ensaios específicos e reversores com especialista; documentar tudo.

NA PRÁTICA

Fotografe/registre a embalagem trazida e confirme com família/farmácia.

ERRO QUE ATRASA

Anotar apenas “usa anticoagulante” sem nome e horário.

PONTO DE SEGURANÇA

Não aguarde coagulação se não houver motivo para suspeitar resultado anormal.

PERGUNTAS CERTAS DECISÕES SEGURAS

Faça as perguntas-chave →
 Documente tudo →
 Confirme doses e última tomada →
 Avalie função renal →
 Defina elegibilidade para IVT/EVT →
 Aja rápido, salve cérebro!

14 NIHSS COMPLETA — 0 A 42 PONTOS

Aplicar antes e depois de reperfusão; pontuar o que o paciente faz, não o que “poderia fazer”.

ITEM	DOMÍNIO	RESUMO DA PONTUAÇÃO
1a	Consciência	0 alerta; 1 sonolento/desperta; 2 exige estímulo repetido/doloroso; 3 reflexos ou sem resposta.
1b	Perguntas	Mês e idade: 0 ambas; 1 uma; 2 nenhuma.
1c	Comandos	Abrir/fechar olhos e apertar/soltar mão: 0 ambos; 1 um; 2 nenhum.
2	Olhar	0 normal; 1 paresia parcial; 2 desvio forçado.
3	Campos visuais	0 normal; 1 hemianopsia parcial; 2 completa; 3 bilateral.
4	Face	0 normal; 1 leve; 2 parcial; 3 completa.
5a/5b	Braços	Cada lado, 10 s: 0 sem queda; 1 deriva; 2 cai; 3 sem vencer gravidade; 4 sem movimento; UN se não testável.
6a/6b	Pernas	Cada lado, 5 s: 0 sem queda; 1 deriva; 2 cai; 3 sem vencer gravidade; 4 sem movimento; UN.
7	Ataxia	0 ausente; 1 um membro; 2 dois membros; UN quando não testável.
8	Sensibilidade	0 normal; 1 perda leve/moderada; 2 grave/total.
9	Linguagem	0 normal; 1 afasia leve/moderada; 2 grave; 3 mudo/global.
10	Disartria	0 normal; 1 leve/moderada; 2 grave/anártrico; UN se intubado/barreira física.
11	Extinção/neglect	0 ausente; 1 uma modalidade; 2 profunda ou mais de uma modalidade.

ATENÇÃO: O item 1a varia de 0 a 3. “UN” não é zero e deve ser justificado. Não usar a NIHSS isoladamente para excluir circulação posterior.

NA PRÁTICA

Tenha a folha/ aplicativo validado à mão e repita de modo padronizado.

ERRO QUE ATRASA

Somar “de memória” ou converter UN em 0.

PONTO DE SEGURANÇA

NIHSS baixo pode coexistir com afasia, hemianopsia ou ataxia incapacitantes.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: NIH Stroke Scale; AHA/ASA 2026, seção 3.1 e recomendações de IVT/EVT.

14 NIHSS COMPLETA — 0 A 42 PONTOS

Aplicar antes e depois de reperfusão; pontuar o que o paciente faz, não o que “poderia fazer”.

TEMPO É CÉREBRO!
Cada minuto conta.

ITEM	DOMÍNIO	RESUMO DA PONTUAÇÃO
1a	Consciência	0 alerta; 1 sonolento/desperta; 2 exige estímulo repetido/doloroso; 3 reflexos ou sem resposta.
1b	Perguntas	Mês e idade: 0 ambas; 1 uma; 2 nenhuma.
1c	Comandos	Abrir/fechar olhos e apertar/soltar mão: 0 ambos; 1 um; 2 nenhum.
2	Olhar	0 normal; 1 paresia parcial; 2 desvio forçado.
3	Campos visuais	0 normal; 1 hemianopsia parcial; 2 completa; 3 bilateral.
4	Face	0 normal; 1 leve; 2 parcial; 3 completa.
5a/5b	Braços	Cada lado, 10 s: 0 sem queda; 1 deriva; 2 cai; 3 sem vencer gravidade; 4 sem movimento; UN se não testável.
6a/6b	Pernas	Cada lado, 5 s: 0 sem queda; 1 deriva; 2 cai; 3 sem vencer gravidade; 4 sem movimento; UN.
7	Ataxia	0 ausente; 1 um membro; 2 dois membros; UN quando não testável.
8	Sensibilidade	0 normal; 1 perda leve/moderada; 2 grave/total.
9	Linguagem	0 normal; 1 afasia leve/moderada; 2 grave; 3 mudo/global.
10	Disartria	0 normal; 1 leve/moderada; 2 grave/anártrico; UN se intubado/barreira física.
11	Extinção/neglect	0 ausente; 1 uma modalidade; 2 profunda ou mais de uma modalidade.

COMO APLICAR (PASSO A PASSO)

- Siga a ordem dos itens.
- Respeite os tempos: braços 10 s, pernas 5 s.
- Demonstre, explique e peça para o paciente fazer.
- Pontue o que o paciente FAZ, não o que “poderia fazer”.
-

ATENÇÃO:

- O item 1a varia de 0 a 3.
- “UN” não é zero e deve ser justificado.
- Não usar a NIHSS isoladamente para excluir circulação posterior.

NA PRÁTICA

Tenha a folha/ aplicativo validado à mão e repita de modo padronizado.

ERRO QUE ATRASA

Somar “de memória” ou converter UN em 0.

UN = 0

PONTO DE SEGURANÇA

NIHSS baixo pode coexistir com afasia, hemianopsia ou ataxia incapacitantes.

ESCALA TOTAL: 0 A 42 PONTOS

0 SEM DÉFICIT

1–4 DÉFICIT LEVE

5–15 DÉFICIT MODERADO

16–20 DÉFICIT MODERADO A GRAVE

21–42 DÉFICIT GRAVE

DOMÍNIO DÉFICIT DA AVALIAÇÃO.

Registre sempre o SCORE TOTAL e o horário da avaliação.

15 EXAMES LABORATORIAIS SEM ATRASAR A REPERFUSÃO

EXAME	QUANDO	REGRA OPERACIONAL
Glicemia capilar	Sempre antes de IVT.	Corrigir hipoglicemia; reavaliar déficit.
Hemograma/plaquetas	Coleta inicial; aguardar se suspeita de trombocitopenia.	Plaquetas $<100.000/\text{mm}^3$: não administrar IVT.
PT/INR, aPTT	Aguardar se warfarina/heparina/coagulopatia provável.	INR $>1,7$, PT >15 s ou aPTT >40 s: não administrar IVT.
Creatinina	Importante para contexto/DOAC.	Não atrasar CTA/CTP em suspeita de LVO para obtê-la.
Troponina e ECG	Recomendados na avaliação basal.	Não atrasar IVT ou EVT.
Tipagem/provas	Se alto risco/sangramento.	Antecipar quando houver suspeita de complicação.

PRINCÍPIO: Na ausência de uso recente de anticoagulante/heparina ou suspeita de coagulopatia, IVT não deve ser atrasada esperando testes hematológicos/coagulação.

- O diagnóstico e a decisão dependem de clínica + imagem; exames “de rotina” não podem consumir a janela.
- Resultados críticos devem ser comunicados verbalmente e registrados com horário.

NA PRÁTICA

Colete enquanto a equipe encaminha à imagem.

ERRO QUE ATRASA

Esperar painel laboratorial completo em todo paciente.

PONTO DE SEGURANÇA

Se resultado proibitivo chegar após início, interrompa e acione protocolo.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seções 3.2, 3.3, 4.6.1 e Tabela 6.

15 EXAMES LABORATORIAIS SEM ATRASAR A REPERFUSÃO

O diagnóstico e a decisão dependem de clínica + imagem; exames “de rotina” não podem consumir a janela.

EXAME	QUANDO	REGRA OPERACIONAL
Glicemia capilar	Sempre antes de IVT.	Corrigir hipoglicemia; reavaliar déficit.
Hemograma/plaquetas	Coleta inicial; aguardar se suspeita de trombocitopenia.	Plaquetas $<100.000/\text{mm}^3$: não administrar IVT.
PT/INR, aPTT	Aguardar se warfarina/heparina/coagulopatia provável.	INR $>1,7$, PT >15 s ou aPTT >40 s: não administrar IVT.
Creatinina	Importante para contexto/DOAC.	Não atrasar CTA/CTP em suspeita de LVO para obtê-la.
Troponina e ECG	Recomendados na avaliação basal.	Não atrasar IVT ou EVT.
Tipagem/provas	Se alto risco/sangramento.	Antecipar quando houver suspeita de complicação.

PRINCÍPIO

Na ausência de uso recente de anticoagulante/heparina ou suspeita de coagulopatia, **IVT não deve ser atrasada esperando testes hematológicos/coagulação.**

O diagnóstico e a decisão dependem de **clínica + imagem**; exames “de rotina” não podem consumir a janela.

Resultados críticos devem ser comunicados verbalmente e registrados com horário.

NA PRÁTICA

Colete enquanto a equipe encaminha à imagem.

ERRO QUE ATRASA

Esperar painel laboratorial completo em todo paciente.

PONTO DE SEGURANÇA

Se resultado proibitivo chegar após início, interrompa e acione protocolo.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO

AHA/ASA 2026, seções 3.2, 3.3, 4.6.1 e Tabela 6.

CLÍNICA + IMAGEM

EXAMES SELECIONADOS

NÃO ATRASE A REPERFUSÃO

REPERFUSÃO SALVA CÉREBRO

16 TC, ANGIO-TC, ASPECTS E PERFUSÃO

IMAGEM: CADA MODALIDADE RESPONDE A UMA PERGUNTA



Esquemas educacionais — não substituem interpretação radiológica.

MÉTODO	USO PRÁTICO
TC/RM inicial	Excluir hemorragia e avaliar carga isquêmica; protocolo deve viabilizar imagem rapidamente (ex.: até 25 min).
ASPECTS	10 pontos na circulação anterior; subtrai 1 por região isquêmica. Não é “tamanho do AVC” isolado.
Angio-TC	Avalia vasos cervicais e intracranianos; suspeita de LVO até 24 h exige imagem vascular urgente.
Perfusão/DWI-PWI	Seleciona penumbra em janelas tardias quando imediatamente disponível e processada de modo validado.
DWI-FLAIR	Mismatch pode selecionar início desconhecido dentro de critérios definidos.

NA PRÁTICA

Peça “TC sem contraste + avaliação vascular” quando LVO é possível.

ERRO QUE ATRASA

Atrasar IVT elegível para completar perfusão/angio.

PONTO DE SEGURANÇA

TC sem sangue não exclui isquemia nem mimetizador.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seção 3.2, Tabela 1 e algoritmo EVT.

16 TC, ANGIO-TC, ASPECTS E PERFUSÃO

IMAGEM RÁPIDA E DIRECIONADA SALVA PENUMBRA E VIDA.

TEMPO É CÉREBRO!
Meta: imagem rápida.
Ex.: CT inicial até 25 min.

MÉTODO	USO PRÁTICO	TC SEM CONTRASTE	OBJETIVO:
TC/RM inicial 	Excluir hemorragia e avaliar carga isquêmica; protocolo deve viabilizar imagem rapidamente (ex.: até 25 min).	TC SEM CONTRASTE 	Excluir hemorragia e detectar sinais precoces de isquemia.
ASPECTS 	10 pontos na circulação anterior; subtrai 1 por região isquêmica. Não é “tamanho do AVC” isolado.	EXEMPLO DE ASPECTS 	REGRA: Subtrair 1 ponto para cada região isquêmica. 0 = maior isquemia.
Angio-TC 	Avalia vasos cervicais e intracranianos; suspeita de LVO até 24 h exige imagem vascular urgente.	ANGIO-TC 	ATENÇÃO: Suspeita de LVO (ex.: ACM M1, carótida, basilar) → considerar EVT até 24 horas.
Perfusão/DWI-PWI 	Seleciona penumbra em janelas tardias quando imediatamente disponível e processada de modo validado.	PERFUSÃO (CTP) 	OBJETIVO: Identificar penumbra (tecido em risco) e núcleo (infarto estabelecido).
DWI-FLAIR 	Mismatch DWI-FLAIR pode selecionar início desconhecido (wake-up stroke) dentro de critérios definidos.	DWI x FLAIR (exemplo) 	CRITÉRIO: Usar apenas dentro de protocolos validados e critérios específicos.

NA PRÁTICA
Peça “TC sem contraste + avaliação vascular” quando LVO é possível.

ERRO QUE ATRASA
Atrasar IVT elegível para completar perfusão/angio.

PONTO DE SEGURANÇA
TC sem sangue não exclui isquemia nem mimetizador.

ISQUEMIA

LEMBRETES ESSENCIAIS

- Imagem rápida e integrada.
- Clínica + imagem = decisão terapêutica.
- Menor tempo porta-imagem.
- Menor tempo porta-agulha.
- Menor tempo porta-virada.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO:
AHA/ASA 2026, seções 3.2, 3.3, 4+6.1 e Tabela 6.

17 DÉFICIT INCAPACITANTE VERSUS NÃO INCAPACITANTE

PERGUNTA FUNCIONAL	EXEMPLO INCAPACITANTE	EXEMPLO FREQUENTEMENTE NÃO INCAPACITANTE
Impede atividade básica ou trabalho habitual?	Afasia que impede comunicação; paresia que impede marcha/uso da mão dominante.	Síndrome sensitiva isolada leve, sem impacto funcional relevante.
Afeta segurança?	Hemianopsia, ataxia grave, disfagia importante.	Parestesia discreta sem perda funcional.
É relevante para esta pessoa?	Disartria em profissional da voz; paresia fina em músico/cirurgião.	Sintoma mínimo que não limita tarefas significativas.
NIHSS decide sozinho?	Não. Pode ser baixo e ainda incapacitante.	Não. Exige julgamento documentado.

AHA/ASA 2026: Déficit incapacitante elegível: tratar rapidamente até 4,5 h, independentemente de NIHSS baixo. Déficit leve não incapacitante: IVT não é recomendada rotineiramente; DAPT é preferida conforme critérios.

- Documente a tarefa perdida: “não consegue nomear”, “não sustenta marcha”, “não lê o lado direito”.
- Não espere melhora se o déficit persistente ainda é incapacitante.
- LVO com déficit leve não incapacitante exige discussão especializada; oclusão isolada não torna IVT automática.

NA PRÁTICA Pergunte ao paciente/família quais atividades o déficit impede.	ERRO QUE ATRASA Usar “NIHSS ≤5 = AVC leve” como regra.	PONTO DE SEGURANÇA DAPT também exige excluir hemorragia, confirmar mecanismo/critério e avaliar sangramento.
--	--	--

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seção 4.6.1, recomendações 1-8.

17

DÉFICIT INCAPACITANTE *VERSUS* NÃO INCAPACITANTE

A DECISÃO TERAPÊUTICA DEPENDE DO **IMPACTO FUNCIONAL**, NÃO APENAS DO NIHSS.

TEMPO É CÉREBRO!
Cada minuto conta.

PERGUNTA FUNCIONAL	EXEMPLO INCAPACITANTE	EXEMPLO FREQUENTEMENTE NÃO INCAPACITANTE
Impede atividade básica ou trabalho habitual?	Afasia que impede comunicação; Paresia que impede marcha/uso da mão dominante.	Síndrome sensitiva isolada leve, sem impacto funcional relevante.
Afeta segurança?	Hemianopsia. Ataxia grave. Disfagia importante.	Parestesia discreta sem perda funcional.
É relevante para esta pessoa?	Disartria em profissional da voz. Paresia fina em músico/cirurgião.	Sintoma mínimo que não limita tarefas significativas.
NIHSS decide sozinho?	Não. Pode ser baixo e ainda incapacitante. Não. Exige julgamento documentado.	Não. Exige julgamento documentado.

AHA/ASA 2026

Déficit incapacitante elegível: tratar rapidamente até 4,5 h, independentemente de NIHSS baixo.

Déficit leve não incapacitante: IVT não é recomendada rotineiramente; DAPT é preferida conforme critérios.

- Documente a tarefa perdida: “não consegue nomear”, “não sustenta marcha”, “não lê o lado direito”.
- Não espere melhora se o déficit persistente ainda é incapacitante.
- LVO com déficit leve não incapacitante exige discussão especializada; oclusão isolada não torna IVT automática.

NA PRÁTICA

Pergunte ao paciente/família quais atividades o déficit impede.

ERRO QUE ATRASA

Usar “NIHSS ≤5 = AVC leve” como regra.

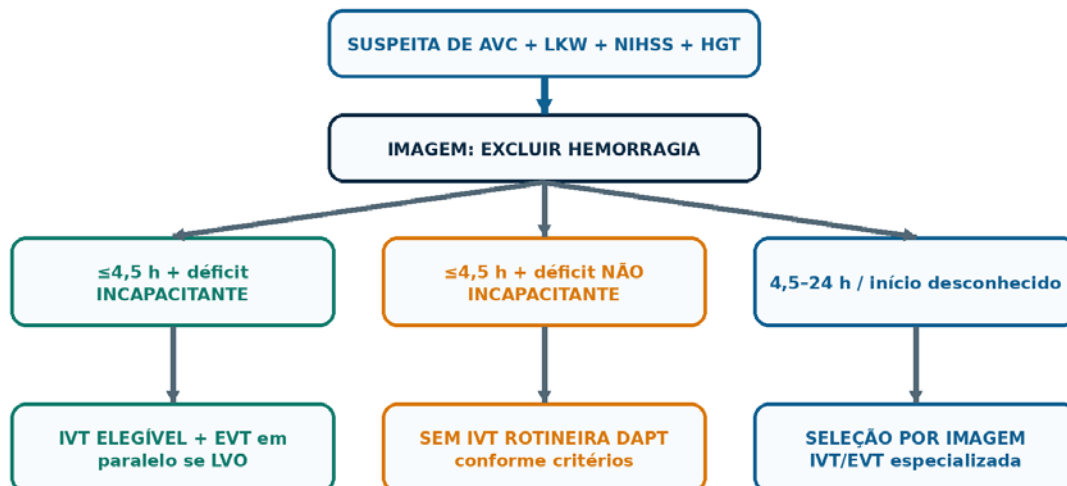
PONTO DE SEGURANÇA

DAPT também exige excluir hemorragia, confirmar mecanismo/critério e avaliar sangramento.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seção 4.6.1, recomendações 1-8.

18 TROMBÓLISE: TENECTEPLASE E ALTEPLASE

ALGORITMO DE REPERFUSÃO — ADULTO



FÁRMACO	DOSE AHA/ASA 2026	ADMINISTRAÇÃO	ALERTA
Tenecteplase	0,25 mg/kg; máximo 25 mg.	Bolus IV único.	NÃO usar 0,4 mg/kg. Confirmar adoção institucional, situação regulatória e apresentação disponível.
Alteplase	0,9 mg/kg; máximo 90 mg.	10% em bolus IV em 1 min; 90% restantes em 60 min.	Não prescrever volume/concentração sem conferir apresentação e reconstituição local.

VIA DE DECISÃO: Dentro de 4,5 h, qualquer um dos dois pode ser usado em adultos elegíveis. A escolha depende de protocolo aprovado, estoque e cadeia segura de medicação.

NA PRÁTICA

Dose por peso, dupla checagem independente e registro de horário.

ERRO QUE ATRASA

Confundir mg, mL, concentração e volume final.

PONTO DE SEGURANÇA

Preparar manejo imediato de sangramento e angioedema.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seção 4.6.2; correção oficial 2026; não usar materiais visuais antigos como fonte de dose.

18 TROMBÓLITICOS IV – DOSES AHA/ASA 2026

Indicado em AVC isquêmico elegível até 4,5 horas.
CONFIRAR PROTOCOLO INSTITUCIONAL, APRESENTAÇÃO E CADEIA SEGURA.

TEMPO É CÉREBRO!
Cada minuto conta.

FÁRMACO	DOSE AHA/ASA 2026	ADMINISTRAÇÃO	ALERTA
Tenecteplase USE O PESO REAL OU ESTIMADO PADRONIZADO	0,25 mg/kg; máximo 25 mg.	Bolus IV único. < 10 segundos	NÃO usar 0,4 mg/kg. Confirmar adoção institucional, situação regulatória e apresentação disponível.
Alteplase USE O PESO REAL OU ESTIMADO PADRONIZADO	0,9 mg/kg; máximo 90 mg.	10% em bolus IV em 1 min; 90% restantes em 60 min. 10% 1 min	Não prescrever volume/concentração sem conferir apresentação e reconstituição local.

VIA DE DECISÃO:
Dentro de 4,5 h, qualquer um dos dois pode ser usado em adultos elegíveis. A escolha depende de protocolo aprovado, estoque e cadeia segura de medicação.

PROTOCOLO APROVADO

ESTOQUE DISPONÍVEL

CADEIA SEGURA DE MEDICAÇÃO

EQUIPE CAPACITADA

DECISÃO RÁPIDA, DOCUMENTADA E SEGURA

NA PRÁTICA

- Dose por peso (mg/kg).
- Dupla checagem independente.
- Registrar: fármaco, dose (mg e mg/kg), horário do início do bolus e da infusão.

ERRO QUE ATRASA

- Confundir mg, mL, concentração e volume final.
- Cálculo incorreto do peso.

PONTO DE SEGURANÇA

- Preparar manejo imediato de sangramento (ex.: ácido tranexâmico, crioprecipitado, concentrados).
- Preparar manejo de angioedema.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO

AHA/ASA 2026, seção 4.6.2; correção oficial 2026.
NÃO usar materiais visuais antigos como fonte de dose.

DOCUMENTE TUDO!

REGISTRE OS HORÁRIOS!

COMUNICAÇÃO FECHADA!

PACIENTE SEGURO!

19 ELEGIBILIDADE, SITUAÇÕES ESPECIAIS E RISCO HEMORRÁGICO

CATEGORIA	EXEMPLOS AHA/ASA 2026	AÇÃO
Não administrar	Hemorragia aguda; hipodensidade extensa responsável pelo déficit; TCE moderado/grave <14 d; neurocirurgia <14 d; endocardite; dissecação de arco aórtico; neoplasia intra-axial; coagulopatia grave.	Interromper via de IVT; tratar causa e transferir.
Coagulopatia	Plaquetas <100.000/mm ³ ; INR >1,7; aPTT >40 s; PT >15 s.	Não administrar IVT.
Individualizar	DOAC <48 h; AVCI <3 meses; ICH prévia; cirurgia maior não SNC <10 d; sangramento GI/GU <21 d; gestação/puerpério; trauma 14 d-3 meses; câncer ativo.	Discussão emergente especializada; documentar risco-benefício.
Geralmente considerar	Dissecção cervical extracraniana; aneurisma não roto; neoplasia extra-axial; mimetizador em dúvida; antiplaquetário isolado/DAPT.	Não excluir automaticamente; aplicar critérios completos.

LISTA VIVA: A diretriz 2026 substitui listas antigas de “contraindicações absolutas”. Antes de negar ou oferecer IVT em situação complexa, conferir a tabela oficial vigente.

- PA deve estar <185/110 mmHg antes da IVT.
- Imagem deve excluir hemorragia; alterações isquêmicas leves/moderadas não excluem automaticamente IVT.
- Consentimento compartilhado deve ser buscado quando viável, sem atraso indevido em emergência.

NA PRÁTICA

Use checklist atual e assine a decisão com horário.

ERRO QUE ATRASA

Copiar exclusões de protocolo antigo sem revisar nuances.

PONTO DE SEGURANÇA

Casos relativos precisam de especialista; casos proibitivos exigem outra rota terapêutica.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, Tabela 6 e seções 4.6.1–4.6.5.

19

ELEGIBILIDADE, SITUAÇÕES ESPECIAIS E RISCO HEMORRÁGICO

Decisão baseada em **clínica + imagem + tempo + risco-benefício** individual.

TEMPO É CÉREBRO!
Cada minuto conta.

CATEGORIA	EXEMPLOS AHA/ASA 2026	AÇÃO
Não administrar	Hemorragia aguda Hipodensidade extensa TCE moderado/grave <14 d Neurocirurgia <14 d Endocardite infecciosa Dissecação de arco aórtico Neoplasia intra-axial Coagulopatia grave	Interromper via de IVT; tratar causa e transferir para centro de referência.
Coagulopatia	• Plaquetas <100.000/mm ³ • INR >1,7 • aPTT >40 s • PT >15 s	Não administrar IVT.
Individualizar	• DOAC <48 h • AVCI <3 meses • ICH prévia • Cirurgia maior não SNC <10 d • Sangramento GI/GU <21 d • Gestação/puerpério • Trauma 14 d-3 meses • Câncer ativo	Discussão emergente especializada; documentar risco-benefício.
Geralmente considerar	Dissecção cervical extracraniana Aneurisma não roto Neoplasia extra-axial Mimetizador em dúvida Antiplaquetário isolado ou DAPT	Não excluir automaticamente; aplicar critérios completos.

LISTA VIVA: A diretriz 2026 substitui listas antigas de “contraindicações absolutas”. Antes de negar ou oferecer IVT em situação complexa, conferir a tabela oficial vigente.

PA deve estar <185/110 mmHg antes da IVT.

Imagem deve excluir hemorragia; alterações isquêmicas leves/moderadas não excluem automaticamente IVT.

Consentimento compartilhado deve ser buscado quando viável, sem atraso indevido em emergência.

NA PRÁTICA
Use checklist atual e assine a decisão com horário.

ERRO QUE ATRASA
Copiar exclusões de protocolo antigo sem revisar nuances.

PONTO DE SEGURANÇA
Casos relativos precisam de especialista; casos proibitivos exigem outra rota terapêutica.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, Tabela 6 e seções 4.6.1–4.6.5.

REGISTRE OS HORÁRIOS

DOCUMENTE DECISÕES

COMUNICAÇÃO FECHADA

FOCO NO PACIENTE

20 TROMBECTOMIA MECÂNICA E OCLUSÃO BASILAR

TROMBECTOMIA: NÃO ESPERE “VER SE A TROMBÓLISE FUNCIONA”

TROMBO



0-6 h	ICA/M1; NIHSS ≥ 6 ; mRS 0-1; ASPECTS 3-10.
6-24 h	ICA/M1; seleção por imagem; inclui pacientes selecionados com ASPECTS 3-5.
BASILAR ≤ 24 h	Recomendação forte quando mRS 0-1, NIHSS ≥ 10 e pc-ASPECTS ≥ 6 .
PRINCÍPIO	IVT, quando indicada, deve ocorrer sem atrasar a transferência para EVT.

REDE REGIONAL: Identificou LVO provável/confirmada? Acione regulação e centro EVT imediatamente. IVT elegível é feita sem observar resposta e sem atrasar saída.

- Critérios detalhados dependem de vaso, tempo, NIHSS, mRS prévio, ASPECTS/pc-ASPECTS, idade, efeito de massa e capacidade do centro.
- A AHA/ASA 2026 ampliou EVT para alguns grandes núcleos isquêmicos selecionados.
- Oclusões distais/não dominantes não recebem EVT rotineira em várias situações; decisão é neurointervencionista.

NA PRÁTICA

Envie imagens e laudos ao centro antes da chegada quando possível.

ERRO QUE ATRASA

Esperar “terminar a alteplase” ou melhorar clínica antes de transferir.

PONTO DE SEGURANÇA

Piora no transporte exige reavaliação e comunicação imediata ao destino.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seções 4.7.1-4.7.3 e algoritmo oficial de elegibilidade para EVT.

20 TROMBECTOMIA MECÂNICA E OCLUSÃO BASILAR

TEMPO É CÉREBRO!
Cada minuto salva neurônios e funcionalidade.

REDE REGIONAL: Identificou LVO provável/confirmada? Acione regulação e centro EVT imediatamente. IVT elegível é feita sem observar resposta e sem atrasar saída.

INDICAÇÕES PRINCIPAIS – ADULTOS			SELEÇÃO POR IMAGEM E CLÍNICA		PONTOS-CHAVE DA AHA/ASA 2026	
VASO ALVO	JANELA DE TEMPO*	CONDIÇÕES IMPORTANTES		ASPECTS (circulação anterior) Avalia extensão do núcleo isquêmico. 10 = normal; <6 = maior risco.		A diretriz 2026 ampliou a EVT para alguns pacientes com grandes núcleos isquêmicos selecionados.
 Circulação anterior (ICA, ACM M1)	Até 24 h	• NIHSS geralmente ≥ 6 • ASPECTS ≥ 6 (pode variar) • mRS prévio 0-2 (pode variar) • Causa tratável por retirada mecânica		Perfusão (CTP/MRP) Relação penumbra/núcleo e volume isquêmico guiam a decisão em janelas tardias.		Oclusões distais/não dominantes (M2-M3, ACA, PCA, AChA) não recebem EVT rotineira em várias situações. Decisão é neurointervencionista.
 Circulação anterior (ICA, ACM M2)	Até 24 h	• Seleção individualizada • Evidência varia conforme subsegmento		Angio-TC / Angio-RM Confirma LVO, define local/segmento e planeja via de acesso.		Oclusão basilar: EVT até 24 h é fortemente recomendada em centros com experiência.
 Oclusão da artéria basilar	Até 24 h	• Forte recomendação para EVT • NIHSS geralmente ≥ 10 • pc-ASPECTS ≥ 6 (pode variar) • mRS prévio 0-3 (pode variar)		Fatores clínicos Idade, NIHSS, mRS prévio, comorbidades, efeito de massa e capacidade do centro.		Após análise de imagem, discuta caso com equipe do centro EVT antes da saída.

*Pode estender-se até 24 h com seleção por imagem (penumbra/volume/núcleo) conforme protocolos e capacidade do centro.

PRINCÍPIOS OPERACIONAIS

- Critérios detalhados dependem de vaso, tempo, NIHSS, mRS prévio, ASPECTS/pc-ASPECTS, idade, efeito de massa e capacidade do centro.
- IVT elegível não deve atrasar saída para EVT.
- Documente tudo com horários reais.

NA PRÁTICA

- Envie imagens e laudos ao centro antes da chegada quando possível.
- Mantenha canal único e comunicação fechada com regulação/centro EVT.

ERRO QUE ATRASA

- Esperar “terminar a alteplase” antes de transferir.
- Aguardar melhora clínica para decidir transporte.
- Falhas de comunicação/regulação.

PONTO DE SEGURANÇA

- Piora no transporte exige reavaliação imediata.
- Manter PA adequada, oxigenação e normoglicemia.
- Comunicação imediata ao destino.

FOCO: OCLUSÃO BASILAR

- ✓ Alta morbimortalidade sem reperfusion.
- ✓ Avaliar pc-ASPECTS e déficit do tronco.
- ✓ Evitar hipotensão, hipóxia e hipocapnia.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seções 4.7.1-4.7.3 e algoritmo oficial de elegibilidade para EVT.

 REGISTRE OS HORÁRIOS COMUNICAÇÃO FECHADA EQUIPE TREINADA E ALINHADA SEGURANÇA DO PACIENTE

21 PRESSÃO, GLICEMIA, TEMPERATURA E OXIGENAÇÃO

ALVOS FISIOLÓGICOS — PROTEJA A PENUMBRA

OXIGÊNIO	GLICOSE	TEMPERATURA	PRESSÃO
Se hipóxia: SpO ₂ >94%	Tratar <60 mg/dL	Buscar normotermia	IVT: <185/110 antes <180/105 por 24 h
Sem O ₂ rotineiro se não hipóxico	Persistente: 140-180; não 80-130	Investigar e tratar a causa	Não reduzir intensivamente PAS <140

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seções 4.1, 4.3, 4.4 e 4.5.

CENÁRIO DE PA	CONDUTA
Antes de IVT	Reduzir para PAS <185 e PAD <110 mmHg.
Após IVT	Manter <180/105 mmHg por pelo menos 24 h.
Após EVT	É razoável manter ≤180/105 por 24 h; após recanalização bem-sucedida, alvo PAS <140 por 72 h é prejudicial.
Sem IVT/EVT	Se PA <220/120 e sem comorbidade que exija redução, iniciar/reiniciar anti-hipertensivo nas primeiras 48-72 h não melhora desfecho.
Qualquer cenário	Corrigir hipotensão/hipovolemia; tratar PA se dissecação aórtica, SCA, IC aguda, eclâmpsia ou outra indicação.

NA PRÁTICA Use fármaco IV titulável padronizado e evite oscilações bruscas.	ERRO QUE ATRASA “Normalizar” agressivamente a PA do AVCi.	PONTO DE SEGURANÇA A meta muda conforme reperfusão e comorbidades.
---	---	--

21 PRESSÃO, GLICEMIA, TEMPERATURA E OXIGENAÇÃO

Controle seguro das variáveis fisiológicas melhora perfusão e reduz complicações.

TEMPO É CÉREBRO!
Cada minuto conta.

CENÁRIO DE PA	CONDUTA
ANTES DE IVT	Reduzir para PAS <185 e PAD <110 mmHg.
APÓS IVT	Manter <180/105 mmHg por pelo menos 24 h.
APÓS EVT	É razoável manter ≤180/105 mmHg por 24 h; após recanalização bem-sucedida, alvo PAS <140 mmHg por 72 h é prejudicial.
SEM IVT/EVT	Se PA <220/120 mmHg e sem comorbidade que exija redução, iniciar/reiniciar anti-hipertensivo nas primeiras 48-72 h não melhora desfecho .
QUALQUER CENÁRIO	Corrigir hipotensão/hipovolemia; tratar PA se dissecação aórtica, SCA, IC aguda, eclâmpsia ou outra indicação .

NA PRÁTICA
Use fármaco IV titulável padronizado e evite oscilações bruscas.

ERRO QUE ATRASA
“Normalizar” agressivamente a PA do AVCi.

PONTO DE SEGURANÇA
A meta muda conforme reperfusão e comorbidades.

GLICEMIA
Manter entre 140-180 mg/dL. Evitar <70 mg/dL e >180 mg/dL.

TEMPERATURA
Tratar febre. Evitar >37,5 °C. Hipertermia piora o desfecho.

OXIGENAÇÃO
Oferecer O₂ somente se SpO₂ <94%. Meta: SpO₂ >94%, salvo indicação específica (ex.: DPOC retentor crônico).

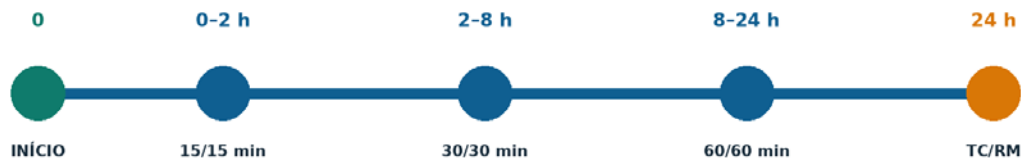
- Evite hipotensão (PAS <100 mmHg).
- Corrija hipovolemia e anemia significativa.
- Reavalie e registre PA, glicemia, temperatura e SpO₂ de forma seriada.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seções 4.1, 4.3, 4.4 e 4.5.

MONITORE SEMPRE
 REGISTRE HORÁRIOS
 COMUNICAÇÃO COM A EQUIPE
 FOCO NO PACIENTE

22 CUIDADOS NAS PRIMEIRAS 24 HORAS

APÓS TROMBÓLISE — VIGILÂNCIA NAS PRIMEIRAS 24 h



PA + exame neurológico • procurar cefaleia intensa, vômitos, hipertensão aguda, angioedema ou piora NIHSS

Sem antitrombótico nas primeiras 24 h; imagem de controle antes de iniciar.

EIXO	ROTINA SEGURA
Neurológico	NIHSS/consciência seriados; comparar com basal; comunicar qualquer piora.
Hemodinâmico	PA nos intervalos pós-IVT; evitar hipotensão e PAS intensivamente <140.
Antitrombótico	Após IVT, evitar antiplaquetário/anticoagulante por 24 h; imagem de controle antes de iniciar.
Procedimentos	Evitar punções arteriais, sondas e cateteres desnecessários nas primeiras 24 h.
Via oral	NPO até triagem de disfagia; higiene oral e plano nutricional.
Complicações	Sangramento, angioedema, febre, hipoglicemia/hiperglicemia, aspiração, edema cerebral.
Destino	Unidade de AVC/terapia intensiva ou transferência monitorizada conforme gravidade.

NA PRÁTICA

Use folha única de monitorização e marque cada horário.

ERRO QUE ATRASA

Liberar dieta ou medicação oral antes da triagem.

PONTO DE SEGURANÇA

TC/RM de controle em 24 h ou antes se piora.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, manejo pós-IVT, seções 4.3, 5.2 e 5.3.

23 PIORA NEUROLÓGICA E SUSPEITA DE SANGRAMENTO

SINAIS DE ALARME
Cefaleia intensa, náuseas/vômitos, hipertensão aguda, nova alteração de consciência, piora NIHSS, sangramento sistêmico ou angioedema.

PA 198/112
FC 96
SpO₂ 95%

1 Interromper imediatamente a infusão de alteplase; se tenecteplase ainda estiver sendo administrada, interromper.

2 ABCDE, acesso, monitorização; acionar neurologia, neurocirurgia, hematologia e protocolo institucional.

3 Solicitar TC de crânio sem contraste emergente.

4 Coletar hemograma, PT/INR, aPTT, fibrinogênio e prova de compatibilidade.

5 Se hemorragia sintomática pós-IVT: considerar **crioprecipitado 10 U em 10-30 min** para manter **fibrinogênio ≥150 mg/dL**, conforme protocolo e especialista.

Se crioprecipitado não estiver disponível em tempo adequado ou houver contraindicação a hemoderivados: considerar ácido tranexâmico 1.000 mg IV/10 min OU ácido ε-aminocaproico conforme protocolo especializado.

Controlar PA, temperatura, glicemia, pressão intracraniana/perfusão e transferir para cuidado neurocrítico.

NA PRÁTICA

- Tenha "kit hemorragia pós-IVT" e contatos no carrinho.
- Verifique validade e disponibilidade de hemoderivados.

ERRO QUE ATRASA

- Solicitar exames e aguardar antes de pedir TC/ajuda.
- Perder tempo na burocracia; acionar equipe cedo.

PONTO DE SEGURANÇA

- Doses de reversão exigem protocolo, farmácia e conferência.
- Não improvisar diluição ou "achismo".
- Documentar todas as ações com horários.

HEMORRAGIA SINTOMÁTICA PÓS-IVT

1ª OPÇÃO (PREFERENCIAL)
Crioprecipitado 10 U IV 10-30 min
Manter fibrinogênio ≥150 mg/dL

2ª OPÇÃO (SE NÃO DISPONÍVEL OU CONTRAINDICADO)
Ácido tranexâmico 1.000 mg IV em 10 min
OU
Ácido ε-aminocaproico conforme protocolo especializado

Monitorização contínua **Corrigir coagulopatia** **Controle pressórico** **Temperatura** **Glicemia**

IMPORTANTE
Doses de reversão exigem protocolo, farmácia e conferência. Não improvisar diluição.

ANGIOEDEMA OROLINGUAL

- Suspender alteplase e IECA.
- Priorizar via aérea.
- Edema de laringe, palato, assoalho ou progressão rápida pode exigir intubação precoce por equipe experiente.

ACIONE JÁ:
NEUROLOGIA • NEUROCIQUIRGIA
HEMATOLOGIA • UTI NEUROLÓGICA

TEMPO É CÉREBRO!
Cada minuto conta.

23 PIORA NEUROLÓGICA E SUSPEITA DE SANGRAMENTO

SINAIS DE ALARME: Cefaleia intensa, náuseas/vômitos, hipertensão aguda, nova alteração de consciência, piora NIHSS, sangramento sistêmico ou angioedema.

- Interromper imediatamente a infusão de alteplase; se tenecteplase ainda estiver sendo administrada, interromper.
- ABCDE, acesso, monitorização; acionar neurologia, neurocirurgia, hematologia e protocolo institucional.
- Solicitar TC de crânio sem contraste emergente.
- Coletar hemograma, PT/INR, aPTT, fibrinogênio e prova de compatibilidade.
- Se hemorragia sintomática pós-IVT: considerar crioprecipitado 10 U em 10–30 min para manter fibrinogênio ≥ 150 mg/dL, conforme protocolo e especialista.
- Se crioprecipitado não estiver disponível em tempo adequado ou houver contraindicação a hemoderivados: considerar ácido tranexâmico 1.000 mg IV/10 min OU ácido ϵ -aminocaproico conforme protocolo especializado.
- Controlar PA, temperatura, glicemia, pressão intracraniana/perfusão e transferir para cuidado neurocrítico.

ANGIOEDEMA OROLINGUAL: Suspende alteplase e IECA; priorizar via aérea. Edema de laringe, palato, assoalho ou progressão rápida pode exigir intubação precoce por equipe experiente.

NA PRÁTICA

Tenha “kit hemorragia pós-IVT” e contatos no carrinho.

ERRO QUE ATRASA

Solicitar exames e aguardar antes de pedir TC/ajuda.

PONTO DE SEGURANÇA

Doses de reversão exigem protocolo, farmácia e conferência; não improvisar diluição.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, Tabelas 3 e 4 (sangramento sintomático e angioedema pós-IVT).

23

PIORA NEUROLÓGICA E SUSPEITA DE SANGRAMENTO

Aja rápido. Cada minuto conta.

SINAIS DE ALARME

Cefaleia intensa • Náuseas/vômitos • Hipertensão aguda • Nova alteração de consciência • Piora NIHSS • Sangramento sistêmico • Angioedema

PA 198/112
FC 96
SpO₂ 95%

1 INTERROMPER IMEDIATAMENTE a infusão de alteplase; se tenecteplase ainda estiver sendo administrada, interromper.

2 ABCDE, acesso, monitorização; acionar neurologia, neurocirurgia, hematologia e protocolo institucional.

3 SOLICITAR TC DE CRÂNIO SEM CONTRASTE emergente.

4 COLETAR hemograma, PT/INR, aPTT, fibrinogênio e prova de compatibilidade.

5 Se hemorragia sintomática pós-IVT: considerar **CRIOPRECIPITADO 10 U em 10–30 min** para manter fibrinogênio ≥ 150 mg/dL, conforme protocolo e especialista.

Se crioprecipitado não estiver disponível em tempo adequado ou houver contraindicação a hemoderivados: considerar **ÁCIDO TRANEXÂMICO 1.000 mg IV/10 min** OU **ÁCIDO ϵ -AMINOCAPROICO** conforme protocolo especializado.

CONTROLAR PA, temperatura, glicemia, pressão intracraniana/perfusão e transferir para cuidado neurocrítico.

TRATAMENTO DA HEMORRAGIA PÓS-IVT

HEMORRAGIA SINTOMÁTICA PÓS-IVT

1ª OPÇÃO (PREFERENCIAL)
Crioprecipitado 10 U IV 10–30 min
Manter fibrinogênio ≥ 150 mg/dL

2ª OPÇÃO (SE NÃO DISPONÍVEL OU CONTRAINDICADO)
Ácido tranexâmico 1.000 mg IV em 10 min OU Ácido ϵ -aminocaproico conforme protocolo especializado

Monitorização contínua • Corrigir coagulopatia • Controle pressórico • Controle de temperatura • Controle de glicemia

ANGIOEDEMA OROLINGUAL

- Suspende alteplase e IECA.
- Priorizar via aérea.
- Edema de laringe, palato, assoalho ou progressão rápida pode exigir intubação precoce por equipe experiente.

NA PRÁTICA

- Tenha “kit hemorragia pós-IVT” e contatos no carrinho.
- Revise o kit regularmente.

ERRO QUE ATRASA

- Solicitar exames e aguardar antes de pedir TC/ajuda.
- Perder tempo acionando ajuda tardiamente.

PONTO DE SEGURANÇA

- Doses de reversão exigem protocolo, farmácia e conferência.
- Não improvisar diluição.
- Registrar tudo com horário.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO:
AHA/ASA 2026, Tabelas 3 e 4 (sangramento sintomático e angioedema pós-IVT).

ACIONE SEMPRE:
Neurologia • Neurocirurgia • Hematologia • Protocolo institucional

TC DE CRÂNIO SEM CONTRASTE IMEDIATAMENTE

TEMPO É CÉREBRO! CADA MINUTO CONTA.

COMUNICAÇÃO CLARA E DOCUMENTADA

24 DISFAGIA, NUTRIÇÃO E PREVENÇÃO DE ASPIRAÇÃO

VIA ORAL: PRIMEIRO TRIAR, DEPOIS ALIMENTAR



Inclui água, alimentos e medicamentos por via oral.

- Triagem à beira-leito antes de iniciar líquido ou alimento; aplica-se também a medicamentos orais.
- Pode ser realizada por fonoaudiólogo ou outro profissional treinado, com ferramenta validada.
- Se falhar ou não puder participar por déficit neurológico, avaliar método instrumental conforme disponibilidade.
- Instituir higiene oral protocolada; avaliar nutrição preferencialmente nas primeiras 48 h.
- Dieta enteral deve iniciar dentro de 7 dias; sonda nasogástrica inicialmente e gastrostomia se incapacidade segura prevista >2-3 semanas.

NPO: NPO não significa “sem cuidado”: hidratação, glicemia, medicações por vias seguras e plano nutricional precisam ser definidos.

NA PRÁTICA

Fixe aviso visível “NPO até triagem de disfagia”.

ERRO QUE ATRASA

Oferecer água para “testar” sem protocolo/treinamento.

PONTO DE SEGURANÇA

Tosse ausente não exclui aspiração silenciosa.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seções 5.2 e 5.3, considerando a correção oficial de 2026.

24 DISFAGIA, NUTRIÇÃO E PREVENÇÃO DE ASPIRAÇÃO

Segurança desde o primeiro minuto.

- Triagem à beira-leito antes de iniciar líquido ou alimento; aplica-se também a **medicamentos orais**.
- Pode ser realizada por fonoaudiólogo ou outro profissional treinado, com **ferramenta validada**.
- Se falhar ou não puder participar por déficit neurológico, avaliar **método instrumental** conforme disponibilidade.
- Instituir **higiene oral protocolada**; avaliar nutrição preferencialmente nas primeiras 48 h.
- Dieta enteral deve iniciar dentro de **7 dias**; sonda nasogástrica inicialmente e gastrostomia se incapacidade segura prevista **>2-3 semanas**.

TRIAGEM DE DISFAGIA – FLUXO À BEIRA-LEITO

ANTES DE OFERECER QUALQUER VIA ORAL

LIQUIDOS, ALIMENTOS E MEDICAMENTOS.

TRIAGEM À BEIRA-LEITO

Ferramenta validada (ex.: GUSS, EAT-10, outros protocolos institucionais).

FALHOU OU NÃO PODE PARTICIPAR

Avaliar método instrumental (FEES ou videofluoroscopia) conforme disponibilidade.

SEGURO PARA VIA ORAL

Iniciar dieta conforme orientação fonoaudiológica e plano terapêutico.

SUPOORTE NUTRICIONAL

OBJETIVOS

- ✓ Iniciar nutrição enteral em até 7 dias.
- ✓ Preferir via enteral à parenteral.
- ✓ Meta: adequação calórica e proteica conforme condição clínica.

VIA ENTERAL

INICIAL

Sonda nasogástrica

LONGO PRAZO

Se incapacidade segura prevista >2-3 semanas → considerar gastrostomia

FATORES DE RISCO PARA ASPIRAÇÃO

- Alteração de consciência
- Fraqueza bulbar
- Mearria, tosse ineficaz
- Sialorreia
- Retardo do esvaziamento gástrico

NPO: NPO não significa “sem cuidado”.

Hidratação adequada

Controle glicêmico

Medicações por vias seguras (IV, transdérmica, etc.)

Plano nutricional definido

Higiene oral rigorosa

HIGIENE ORAL PROTOCOLADA

- Realizar 2-3 vezes ao dia.
- Escovação ou swab dental com clorexidina 0,12%.
- Reduz pneumonia associada à aspiração.

NA PRÁTICA

Fixe aviso visível: “NPO até triagem de disfagia”

ERRO QUE ATRASA

Oferecer água para “testar” sem protocolo/treinamento.

PONTO DE SEGURANÇA

Tosse ausente não exclui aspiração silenciosa.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seções 5.2 e 5.3, considerando a correção oficial de 2026.

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR: Fonoaudiologia, Nutrição, Enfermagem, Medicina.

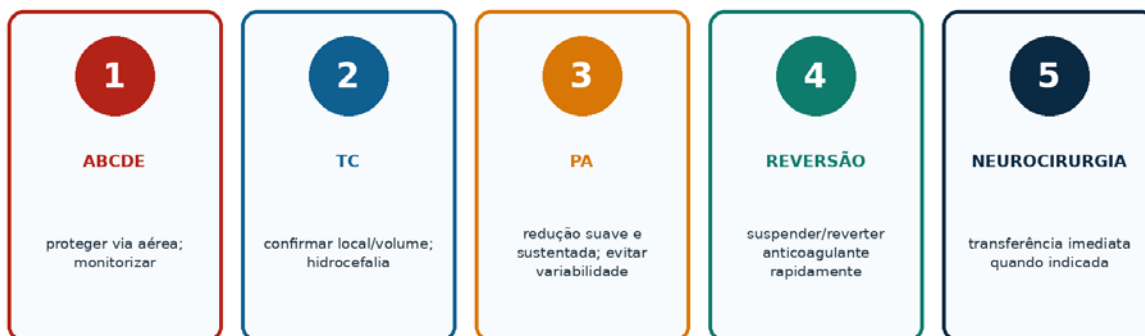
AValiação PRECOCE: Melhor desfecho funcional e menor complicação.

PREVENIR ASPIRAÇÃO: É tão importante quanto reperfusão precoce.

TEMPO É CÉREBRO! Cada minuto conta.

25 AVC HEMORRÁGICO: RECONHECER E ESTABILIZAR

AVC HEMORRÁGICO — ESTABILIZAR E TRANSFERIR



Não aplicar automaticamente metas ou trombólise do AVC isquêmico.

PRIORIDADE	CONDUTA INICIAL
Via aérea/ventilação	Proteger se rebaixamento ou disfunção bulbar; evitar hipóxia.
Imagem	TC urgente; avaliar localização, volume, efeito de massa, extensão ventricular e hidrocefalia.
PA	Em HIC leve/moderada, reduzir de forma suave e sustentada; metas definitivas pelo protocolo de HIC/neurologia.
Anticoagulação	Suspender e reverter rapidamente conforme agente: PCC para antagonista de vitamina K; idarucizumabe para dabigatrana; andexanet para inibidores Xa, conforme disponibilidade/protocolo.
Neurocirurgia	Hemorragia cerebelar >15 mL, deterioração, compressão de tronco ou hidrocefalia: evacuação/EVD imediata em centro habilitado.
Evitar	Corticoide profilático, hiperosmolar contínuo rotineiro, plaquetas fora de cirurgia urgente/trombocitopenia grave e anticonvulsivante sem crise.

NA PRÁTICA Acione centro neurocirúrgico assim que a TC confirmar hemorragia.	ERRO QUE ATRASA Usar metas de PA do AVCi ou dar antiplaquetário.	PONTO DE SEGURANÇA Não usar escore de gravidade como único motivo para limitar suporte de vida.
---	---	--

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2022 Guideline for Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. Esta página não deriva a conduta de HIC da diretriz de AVCi.

25 AVC HEMORRÁGICO: RECONHECER E ESTABILIZAR

Cada minuto importa para limitar o dano secundário.

PENSE HEMORRÁGICO QUANDO:

- Início súbito com cefaleia intensa
- Núuseas/vômitos + rebaixamento
- Déficit neurológico focal ou global

DIFERENCIE RÁPIDO

HEMORRÁGICO ISQUÊMICO

PRIORIDADE	CONDUTA INICIAL
Via aérea/ventilação	Proteger via aérea se rebaixamento ou disfunção bulbar; evitar hipóxia (SpO ₂ ≥ 94%).
Imagem	TC de crânio sem contraste urgente. Avaliar localização, volume, efeito de massa, extensão ventricular e hidrocefalia.
PA	Em HIC leve/moderada, reduzir de forma suave e sustentada . Metas definitivas conforme protocolo de HIC/neurologia.
Anticoagulação	Suspender e reverter rapidamente conforme agente: - PCC para antagonista de vitamina K (ex.: varfarina). - Idarucizumabe para dabigatrana. - Andexanet alfa para inibidores do fator Xa (ex.: rivaroxabana, apixabana), conforme disponibilidade/protocolo.
Neurocirurgia	Hemorragia cerebelar >15 mL, deterioração clínica, compressão de tronco ou hidrocefalia: evacuação/EVD imediata em centro habilitado .
Evitar	- Corticoide profilático. - Hiperosmolar contínuo rotineiro. - Plaquetas fora de cirurgia urgente ou trombocitopenia grave. - Anticonvulsivante sem crise.

AValiação na TC SEM CONTRASTE

VOLUME DO HEMATOMA
Estimativa em mL (A x L x P x 0,5).

EFEITO DE MASSA
Desvio da linha média, apagamento de sulcos.

EXTENSÃO VENTRICULAR
Sangue intraventricular aumenta risco de hidrocefalia.

HIDROCEFALIA
Dilatação ventricular por bloqueio/reabsorção prejudicada.

NA PRÁTICA

- Acione centro neurocirúrgico assim que a TC confirmar hemorragia.
- Comunique: clínica, hora do início, achados da TC, exames, medicações (anticoagulantes).

ERRO QUE ATRASA

- Usar metas de PA do AVC isquêmico.
- Dar antiplaquetário ou anticoagulante.
- Aguardar "melhora" para pedir ajuda.

PONTO DE SEGURANÇA

- Não usar escore de gravidade (ex.: ICH Score) como único motivo para limitar suporte de vida.
- Reavaliar neurologicamente e com imagem conforme evolução.
- Controle rigoroso de temperatura, glicemia e oxigenação.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO

AHA/ASA 2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage.

Esta página **NÃO** deriva a conduta de HIC da diretriz de AVC isquêmico (2026).

ESTABILIZAÇÃO GERAL

- ABC, monitorização contínua.
- Acesso venoso calibroso.
- Cabeceira 30°, normoxemia, normocapnia, normotermia.

METAS INICIAIS TÍPICAS*

- SpO₂ ≥ 94%
- PcCO₂ 35–45 mmHg
- Glicemia 140–180 mg/dL
- Temperatura < 37,5 °C

*Ajustar ao protocolo institucional.

ACIONE IMEDIATAMENTE

- Neurologia • Neurocirurgia • Hematologia
- UTI/Neurocrítica • Regulação/CROSS
- Comunique deterioração de forma ativa.

26 REGULAÇÃO CROSS, SBAR E TRANSFERÊNCIA SEGURA

TRANSFERÊNCIA: DECIDIR CEDO, COMUNICAR COMPLETO



A transferência para EVT não deve aguardar resposta clínica à IVT.

SBAR	INFORMAÇÃO OBRIGATÓRIA
S — Situação	Suspeita/diagnóstico, idade, hora de chegada, LKW, déficit atual, estabilidade e motivo da transferência.
B — Background	mRS prévio, comorbidades, anticoagulante/última dose, cirurgia/trauma/sangramento, alergias.
A — Avaliação	ABCDE, PA, SpO ₂ , HGT, temperatura, NIHSS, peso, TC/CTA/ASPECTS, laboratório crítico.
R — Recomendação	Candidato a IVT/EVT? Tratamento feito/horário/dose; recurso necessário; tipo de transporte; contato de retorno.

REALIDADE REGIONAL: Considerar deslocamento prolongado (aprox. 90-180 min conforme destino/condições). Transporte com monitor, O₂, acesso, medicações tituláveis, documentação, imagens e profissional compatível com o risco.

- Abrir CROSS precocemente; enviar atualização se houver piora, IVT ou mudança de elegibilidade.
- Vaga Zero somente conforme regulação e norma vigente; não iniciar deslocamento descoordenado.
- Em transferência para EVT, o objetivo é reduzir DIDO e evitar repetir imagem sem mudança clínica ou atraso relevante.

NA PRÁTICA

Faça leitura de volta do SBAR e registre nome/horário.

ERRO QUE ATRASA

Enviar paciente sem LKW, dose/horário e imagem disponíveis.

PONTO DE SEGURANÇA

Defina plano para deterioração durante o trajeto.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seções 2.4 e 2.9; Protocolo Municipal PMUE-NEURO-001 v1.0/2026; regras CROSS vigentes.

26 REGULAÇÃO CROSS, SBAR E TRANSFERÊNCIA SEGURA

Comunicação eficaz salva tempo, reduz riscos e melhora desfechos.

Central de Regulação
de Ofertas de Serviços de Saúde

REALIDADE REGIONAL
Deslocamento prolongado:
aprox. 90-180 min
conforme destino/condições.

SBAR	INFORMAÇÃO OBRIGATÓRIA	FLUXO DE REGULAÇÃO E TRANSFERÊNCIA
S — Situação 	• Suspeita/diagnóstico, idade, hora de chegada, LKW, déficit atual, estabilidade e motivo da transferência.	1 ABRIR CROSS PRECOCEMENTE Fornecer SBAR completo e dados do paciente. 2 RECEBER ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO Confirmar centro de destino e conduta. 3 ENVIAR ATUALIZAÇÃO Informar piora, IVT, mudança de elegibilidade ou novos achados. 4 TRANSFERIR COM SEGURANÇA Comunicar saída, tempo estimado e contato. 5 CONFIRMAR CHEGADA Passar SBAR ao receptor.
B — Background 	• mRS prévio, comorbidades, anticoagulante/última dose, cirurgia/trauma/sangramento, alergias.	
A — Avaliação 	• ABCDE, PA, SpO ₂ , HGT, temperatura, NIHSS, peso, TC/CTA/ASPECTS, laboratório crítico.	
R — Recomendação 	• Candidato a IVT/EVT? • Tratamento feito/horário/dose; recurso necessário; tipo de transporte; contato de retorno.	

NA PRÁTICA
Faça leitura de volta do SBAR e registre nome/horário.

ERRO QUE ATRASA
Enviar paciente sem LKW, dose/horário e imagem disponíveis.

PONTO DE SEGURANÇA
Defina plano para deterioração durante o trajeto.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO

- AHA/ASA 2026, seções 2.4 e 2.9.
- Protocolo Municipal PMUE-NEURO-001 v1.0/2026.
- Regras CROSS vigentes.

CHECKLIST DO TRANSPORTE SEGURO

- Monitorização contínua (PA, FC, SpO₂, ECG)
- Oxigênio e equipamento de via aérea
- Acesso venoso e medicações tituláveis
- Medicações essenciais (IVT, PA, sedação, analgesia)
- Documentação completa (SBAR, horários, doses)
- Imagens e laudos disponíveis (TC/CTA/ASPECTS ou envio digital)
- Profissional compatível com o risco do paciente

REGISTRE SEMPRE

- Nome do profissional que recebeu o caso
- Horário do contato
- Centro de destino e recurso solicitado
- Atualizações clínicas (piora, IVT, etc.)

ACIONE IMEDIATAMENTE

- Neurologia • Neurocirurgia • Hematologia
- Centro de destino • Cuidado intensivo
- Regulação/CROSS

TEMPO É CÉREBRO!
Logística e comunicação rápida transformam minutos em chances de recuperação.

27 PRESCRIHOSP — MODELO EDUCACIONAL

Não constitui prescrição individual; selecionar somente após diagnóstico, imagem e validação médica/institucional.

EIXO	MODELO PARA O PRONTUÁRIO/ORDEM
Local	Sala Vermelha; monitorização cardiorrespiratória e neurológica contínua.
Dieta	NPO até triagem de disfagia; definir via segura depois.
Monitor	PA, FC, ritmo, SpO ₂ , temperatura, HGT e NIHSS seriados; frequência conforme reperfusão.
Acessos	Dois acessos periféricos; solução isotônica somente se indicada; corrigir hipotensão/hipovolemia.
Oxigênio	Se hipóxia, titular para SpO ₂ >94%; não usar rotineiramente sem hipóxia.
Glicose	Tratar <60 mg/dL; se hiperglicemia persistente, alvo 140-180 mg/dL; evitar alvo IV 80-130.
Temperatura	Buscar normotermia; investigar/tratar causa da hipertermia.
PA	IVT: <185/110 antes e <180/105 por 24 h. Não perseguir PAS <140 após IVT/EVT.
IVT — TNK	Tenecteplase 0,25 mg/kg IV, máximo 25 mg, bolus único — somente se protocolo aprovado e apresentação conferida.
IVT — alteplase	Alteplase 0,9 mg/kg IV, máximo 90 mg: 10% em 1 min + restante em 60 min — dupla checagem.
Pós-IVT	Sem antiplaquetário/anticoagulante por 24 h; TC/RM de controle antes; evitar procedimentos invasivos.
Destino	CROSS/neurologia/centro EVT; SBAR e transporte monitorizado sem atraso.

OBRIGATÓRIO: Conferir peso, cálculo, teto de dose, nome do fármaco, concentração/apresentação real, reconstituição, via, horário, dupla checagem e protocolo de complicação.

NA PRÁTICA

Copie apenas os itens clinicamente indicados e complete dose/horário reais.

ERRO QUE ATRASA

Usar o quadro como “prescrição pronta” sem imagem/checagem.

PONTO DE SEGURANÇA

Tenecteplase pode depender de incorporação/regulação local; disponibilidade não é presumida.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2026, seções 4.1–4.6 e manejo pós-IVT; protocolo institucional de farmácia a ser aprovado.

27 PRESCRIHOSP — MODELO EDUCACIONAL

⚠️ Não constitui prescrição individual; selecionar somente após diagnóstico, imagem e validação médica/institucional.

TEMPO É CÉREBRO
 RECONHECER RÁPIDO
 TRATAR CERTO
 TRANSFERIR SEGURO

EIXO	MODELO PARA O PRONTUÁRIO/ORDEM
Local	Sala Vermelha; monitorização cardiorrespiratória e neurológica contínua.
Dieta	NPO até triagem de disfagia; definir via segura depois.
Monitor	PA, FC, ritmo, SpO ₂ , temperatura, HGT e NIHSS seriados; frequência conforme reperfusão.
Acessos	Dois acessos periféricos; solução isotônica somente se indicada; corrigir hipotensão/hipovolemia.
Oxigênio	Se hipóxia, titular para SpO ₂ >94%; não usar rotineiramente sem hipóxia.
Glicose	Tratar <60 mg/dL; se hiperglicemia persistente, alvo 140–180 mg/dL; evitar alvo IV 80–130.
Temperatura	Buscar normotermia; investigar/tratar causa da hipertermia.
PA	IVT: <185/110 antes e <180/105 por 24 h. Não perseguir PAS <140 após IVT/EVT.
IVT — TNK	Tenecteplase 0,25 mg/kg IV, máximo 25 mg, bolus único — somente se protocolo aprovado e apresentação conferida.
IVT — alteplase	Alteplase 0,9 mg/kg IV, máximo 90 mg: 10% em 1 min + restante em 60 min — dupla checagem.
Pós-IVT	Sem antiplaquetário/anticoagulante por 24 h, TC/RM de controle antes; evitar procedimentos invasivos.
Destino	CROSS/neurologia/centro EVT; SBAR e transporte monitorizado sem atraso.

OBRIGATÓRIO

Conferir todos os itens antes da administração/execução

Peso atual (kg)
Cálculo da dose
Teto de dose
Nome do fármaco

Concentração/apresentação real
Reconstituição (conforme bula)
Via de administração
Horário de início

Dupla checagem independente
Protocolo de complicação disponível (hemorragia, angioedema, outras)

NA PRÁTICA

Copie apenas os itens clinicamente indicados e complete dose/horário reais.

ERRO QUE ATRASA

Usar o quadro como “prescrição pronta” sem imagem/checagem.

PONTO DE SEGURANÇA

Tenecteplase pode depender de incorporação/regulação local; disponibilidade não é presumida.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO

- AHA/ASA 2026, seções 4.1–4.6 e manejo pós-IVT
- Protocolo institucional de farmácia a ser aprovado
- Guias locais de segurança do paciente e medicação

LEMBRE-SE

- Imagem antes de decidir reperfusão.
- Registro de LKW e horários é obrigatório.
- Dose por peso, dupla checagem e registro.

REGISTRE SEMPRE

- ✓ Hora de chegada • LKW • NIHSS inicial
- ✓ Pressão, SpO₂, HGT, temperatura • Peso
- ✓ Dose, horário e profissional responsável

COMUNIQUE-SE

- CROSS / Regulação
- Neurologia / Centro EVT
- Farmácia / Hemoterapia

28 PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E REABILITAÇÃO

DOMÍNIO	ANTES DA ALTA/TRANSFERÊNCIA
Etiologia	ECG/telemetria, vasos cervicais/intracranianos, ecocardiografia e investigação dirigida conforme caso.
Antitrombótico	Antiplaquetário ou anticoagulação conforme mecanismo, tempo, imagem e risco; não combinar sem indicação.
Pressão/lípides/diabetes	Plano individual, adesão, metas ambulatoriais e conciliação medicamentosa.
Estilo de vida	Cessar tabaco, atividade física adaptada, dieta, peso, sono e álcool.
Reabilitação	Fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, cognição, humor e suporte ao cuidador.
Segurança	Disfagia, quedas, direção, trabalho, medicamentos e sinais de recorrência.
Seguimento	UBS/ESF + neurologia/cardiologia conforme causa; entrega de resumo e plano.

MOBILIZAÇÃO: Avaliar precocemente, mas não realizar mobilização agressiva muito precoce em paciente instável. Reabilitação é individual e multiprofissional.

- AIT/AVC leve não significa “alta simples”: o risco de recorrência precoce exige investigação e prevenção imediata.
- DAPT é curta e seletiva em cenários específicos; não é tratamento universal nem indefinido.
- Fibrilação atrial muda a estratégia para anticoagulação em momento definido pela equipe especializada.

NA PRÁTICA

Inicie o plano de prevenção ainda na Sala Vermelha/transferência.

ERRO QUE ATRASA

Prescrever antitrombótico sem definir se houve IVT e sem imagem de controle.

PONTO DE SEGURANÇA

Concilie medicamentos e documente quem acompanhará cada pendência.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: AHA/ASA 2021, prevenção secundária de AVC/AIT; AHA/ASA 2026, cuidados intra-hospitalares.

28

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E REABILITAÇÃO

Cuidar hoje para evitar o próximo AVC.

PREVENIR RECORRÊNCIA
 PROTEGER FUNÇÃO
 REABILITAR COM QUALIDADE
 INTEGRAR CUIDADOS

LEMBRE-SE
AIT/AVC leve não é “alta simples”. Risco de recorrência é **MAIOR** nos primeiros dias.

DOMÍNIO	ANTES DA ALTA/TRANSFERÊNCIA	EXEMPLOS / AÇÕES PRÁTICAS
Etiologia	ECG/telemetria, vasos cervicais/intracranianos, ecocardiografia e investigação dirigida conforme caso.	• ECG 12 derivações e/ou telemetria • Doppler de carótidas/angio-TC ou RM • Ecocardiograma transtorácico (± transesofágico) • Laboratório conforme hipótese
Antitrombótico	Antiplaquetário ou anticoagulação conforme mecanismo, tempo, imagem e risco; não combinar sem indicação.	• AIT/AVC não cardioembólico: antiplaquetário • FA ou cardioembolia: anticoagulação (tempo definido pela equipe) • DAPT curta e seletiva (21–90 dias) em cenários específicos; não é universal nem indefinida
Pressão/lípides/diabetes	Plano individual, adesão, metas ambulatoriais e conciliação medicamentosa.	• PA alvo conforme perfil, <130/80 quando possível • LDL conforme risco (ex.: <70 mg/dL em alto risco) • Controle glicêmico (HbA1c individualizada) • Revisar interações e simplificar esquemas
Estilo de vida	Cessar tabaco, atividade física adaptada, dieta, peso, sono e álcool.	• Parar de fumar • Atividade física regular conforme capacidade • Dieta saudável (DASH/Mediterrânea) • Álcool: moderação ou abstinência
Reabilitação	Fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, cognição, humor e suporte ao cuidador.	• Avaliação precoce e plano multiprofissional • Treino de deglutição e comunicação • Funcionalidade, cognição e saúde mental • Orientar e apoiar o cuidador/família
Segurança	Disfagia, quedas, direção, trabalho, medicamentos e sinais de recorrência.	• Triagem de disfagia e prevenção de aspiração • Avaliação de risco de quedas • Dirigir/voltar ao trabalho conforme orientação legal • Educação: sinais de AVC = SAMU 192
Seguimento	UBS/ESF + neurologia/cardiologia conforme causa; entrega de resumo e plano.	• Agendar retornos e exames • Entregar resumo, metas e contatos • Garantir continuidade e comunicação da rede

MOBILIZAÇÃO PRECOCE SEGURA
Avaliar precocemente, mas não realizar mobilização agressiva muito precoce em paciente instável. Reabilitação é individual e multiprofissional.

AIT/AVC leve não significa “alta simples”: o risco de recorrência precoce exige investigação e prevenção imediata.

DAPT é curta e seletiva em cenários específicos; não é tratamento universal nem indefinido.

Fibrilação atrial (FA) muda a estratégia para anticoagulação em momento definido pela equipe especializada.

NA PRÁTICA
Inicie o plano de prevenção ainda na Sala Vermelha/transferência.

ERRO QUE ATRASA
Prescrever antitrombótico sem definir se houve IVT e sem imagem de controle.

PONTO DE SEGURANÇA
Concilie medicamentos e documente quem acompanhará cada pendência.

CHECKLIST DE ALTA/TRANSFERÊNCIA

- ✓ Diagnóstico e etiologia definidos/investigados
- ✓ Plano terapêutico instituído
- ✓ Resumo entregue e medicações reconciliadas
- ✓ Retornos agendados e contatos informados
- ✓ Educação do paciente e cuidador realizada

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO

- AHA/ASA 2021 – Secondary Prevention of Stroke and Transient Ischemic Attack
- AHA/ASA 2026 – In-Hospital Care for Stroke

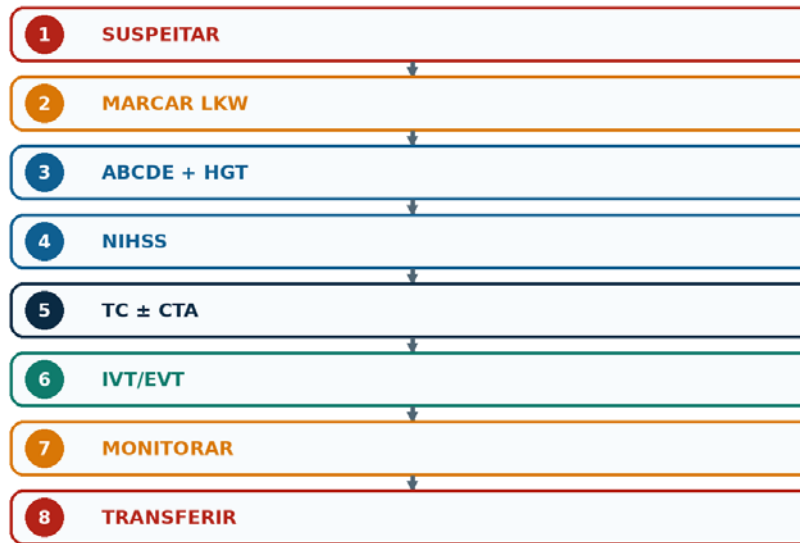
METAS GERAIS A SEREM DEFINIDAS INDIVIDUALMENTE

PA <130/80 mmHg
 LDL <70 mg/dL (alto risco)
 Glicemia 140–180 mg/dL
 Peso IMC 18,5–24,9 (se possível)
 Tabagismo Abstinência total

REGRA DE OURO: TEMPO, EVIDÊNCIA E COMUNICAÇÃO SALVAM VIDAS E PREVINEM NOVO AVC.

29 CHECKLISTS E ALGORITMO DE BOLSO

ALGORITMO DE BOLSO — 60 SEGUNDOS



ANTES DA IVT	APÓS IVT	ANTES DA SAÍDA
☐ LKW e déficit incapacitante ☐ TC sem hemorragia ☐ PA <185/110 ☐ HGT corrigido ☐ peso/dose/teto ☐ riscos/exclusões conferidos	☐ PA/NIHSS nos intervalos ☐ sem antitrombótico 24 h ☐ NPO até disfagia ☐ vigiar sangramento/angioedema ☐ TC/RM em 24 h ou antes se piora	☐ destino e aceite/regulação ☐ SBAR e contatos ☐ imagens/documentos ☐ dose e horário de IVT ☐ monitor/O₂/acessos ☐ plano de deterioração

FRASE DE PLANTÃO: Suspeitar → marcar o tempo → estabilizar → HGT → NIHSS → imagem → reperfusão/transferência → monitorização.

NA PRÁTICA

Imprima esta página como cartão de consulta interna após aprovação.

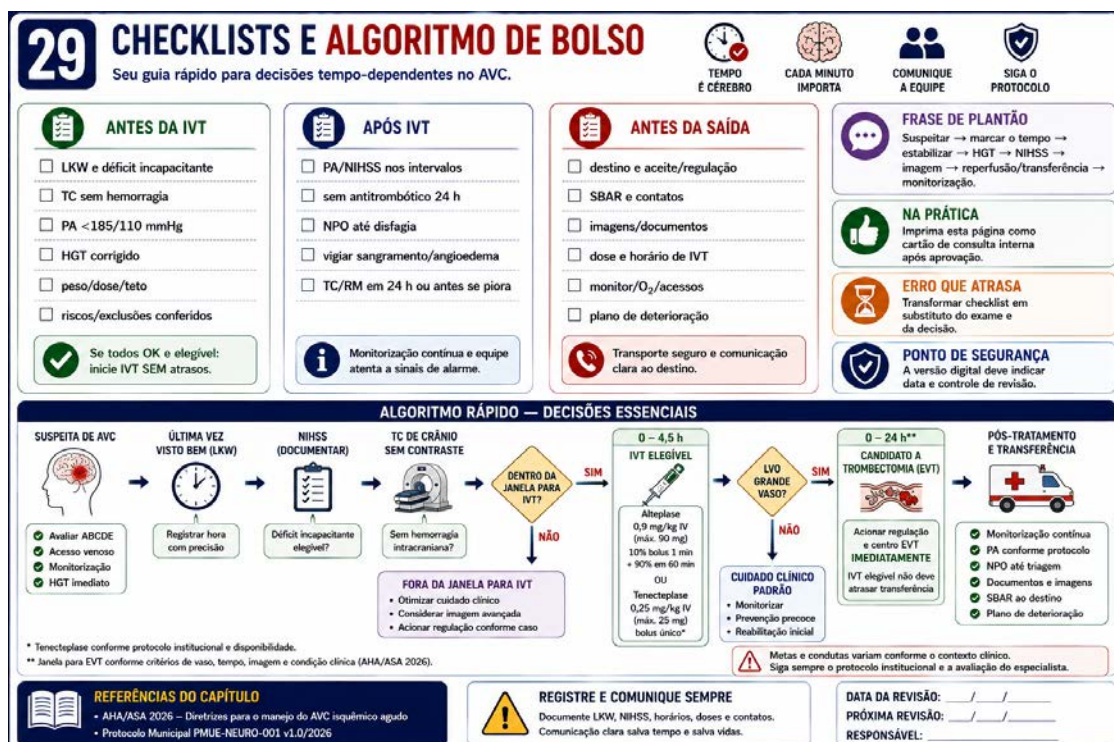
ERRO QUE ATRASA

Transformar checklist em substituto do exame e da decisão.

PONTO DE SEGURANÇA

A versão digital deve indicar data e controle de revisão.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: Síntese autoral do Protocolo Municipal e da AHA/ASA 2026.



30 REFERÊNCIAS E CONTROLE DOCUMENTAL

Prabhakaran S, Gonzalez NR, Zachrison KS, et al. 2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. Stroke. 2026. doi:10.1161/STR.0000000000000513.

Prabhakaran S, Gonzalez NR, Zachrison KS, et al. Correction to: 2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. Stroke. 2026;57(8):e461–e467. doi:10.1161/STR.0000000000000530.

Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier C, et al. 2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. Stroke. 2022;53:e282–e361. doi:10.1161/STR.0000000000000407.

Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, et al. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack. Stroke. 2021;52:e364–e467.

Ministério da Saúde / CONITEC. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. Brasília: Ministério da Saúde; versão oficial vigente consultada.

Ministério da Saúde. AVC — Saúde de A a Z. Diagnóstico e cuidados clínicos de emergência.

Saver JL. Time Is Brain—Quantified. Stroke. 2006;37:263–266. doi:10.1161/01.STR.0000196957.55928.ab.

Protocolo Municipal de Urgência e Emergência — AVC Isquêmico Agudo. Itariri-SP. PMUE-NEURO-001, versão 1.0/2026. Documento interno para revisão e aprovação institucional.

Página de bolso “Atendimento ao AVC Agudo” e transcrição de aula revisada. Materiais internos utilizados apenas como apoio didático e subordinados às fontes superiores.

Prefeitura Municipal de Itariri. Departamento Municipal de Saúde e Portal de Protocolos e Educação Permanente em Saúde. Acesso em 15 ago. 2026.

CONTROLE DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	ALTERAÇÃO	STATUS
1.0	15/08/2026	Criação da apostila; atualização AHA/ASA 2026; inclusão da correção oficial; adaptação regional e checklists.	Para validação institucional

DECLARAÇÃO FINAL: Material educacional. A assistência exige avaliação individual, prescrição médica, conferência da apresentação disponível e observância do protocolo institucional.

NA PRÁTICA

Revisar após nova diretriz, incorporação de fármaco ou mudança regional.

ERRO QUE ATRASA

Manter cópia impressa sem versão/data visíveis.

PONTO DE SEGURANÇA

Substitua e recolha versões obsoletas após aprovação de revisão.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO: Fontes completas numeradas nesta página; hierarquia documental e status institucional descritos na página 2.