

🧠 ABORDAGEM DO PACIENTE COM SUSPEITA DE AVC

(Aula na íntegra – fala completa do professor)

📣 1. Introdução: Por que falar de AVC?

O professor inicia ressaltando: “Vamos falar sobre como que a gente maneja, como que a gente recebe o paciente com suspeita de AVC.”

👉 Importância:

- O AVC é a primeira causa de morte no Brasil desde 2022.
-
- Além da mortalidade, há **grande impacto social e funcional**:
 - sequelas motoras 🦿
 - depressão 😞
 - dependência familiar
 - internações recorrentes
 - perda de produtividade



💬 “É uma cascata de problemas que afeta o paciente, a família e a sociedade.”

🌿 2. Tipos de AVC

🩸 AVC Hemorrágico

Ruptura de artéria → **sangramento intracraniano**.

Causas: hipertensão, aneurismas, malformações.

Complicações: hipertensão intracraniana, risco de morte.

📦 AVC Isquêmico

Obstrução de artéria → **interrupção do fluxo sanguíneo cerebral**.

- Responsável por **≈ 60–66 %** dos casos.
- Causado por trombo ou êmbolo.
- “Cada minuto sem sangue = 1,9 bilhões de neurônios mortos.” ⌚

🧠 “O tempo corre contra o paciente.”



⚙️ 3. Fisiopatologia resumida

- O trombo impede passagem de sangue arterial.
- Faltam **oxigênio + glicose**, levando à morte neuronal.
- O cérebro, tecido nobre, depende de irrigação contínua.



💬 “São essas células que permitem pensar, falar, se mover, enxergar.”


4. Fatores de risco

Principais:

- Hipertensão arterial
- Tabagismo 
- Dislipidemia
- Fibrilação atrial
- Aterosclerose (carótidas, coronárias)
- Diabetes mellitus 
- Obesidade
- Histórico familiar

5. AVC Hemorrágico: detalhes e imagem

 Ruptura de arteríolas → sangramento em núcleos da base (“hemorragia de Charcot”).
Associado a **crise hipertensiva** 

 *Tomografia: hiperdensidade nos núcleos da base (lado direito do paciente).*

6. Passo a passo do manejo




“A gente precisa subir degrau por degrau, desde a suspeita até o manejo completo.”

Etapas:


1. Suspeitar do AVC
2. Avaliar risco de morte (ABCDE)
3. Exame físico e neurológico
4. Exames complementares
5. Controle do tempo
6. Tratamento
7. Reavaliação e reabilitação

7. Passo 1 – Suspeitar de AVC

Identificar sintomas:

- Fraqueza muscular súbita (braço, perna, hemiface) 
- Desvio de rima labial
- Dificuldade para falar ou compreender 
- Perda súbita de visão 
- Desequilíbrio, incoordenação, vertigem
- Rebaixamento do nível de consciência

 **“AVC camaleão”** → apresentações atípicas (visuais, cerebelares, tronco cerebral).

 **Alerta:** “Pergunte sempre: o paciente usa anticoagulante? Qual? Tomou hoje?”

8. Determinar o “tempo zero”


 Registrar:

- Hora em que foi visto normal pela última vez.

(“Não é a hora em que foi encontrado com sintomas, e sim a última vez que estava bem.”)

 Exemplo clínico relatado pelo professor:

Paciente encontrada caída, mas já vestida — dedução: acordou, trocou de roupa e caiu logo em seguida → tempo menor → elegível para trombólise.

 “Uma anamnese rápida, objetiva, mas bem feita salva minutos preciosos.”

9. Diagnósticos diferenciais (“AVC camaleão”)

- Tumor cerebral
- Enxaqueca com aura
- Crise convulsiva
- Distúrbios metabólicos (hipoglicemia)
- Sepsis em idosos
- Distúrbios psiquiátricos

 Sempre pensar em glicemia capilar antes de tudo!

10. Passo 2 – Avaliação ABCDE

Avaliar risco imediato de morte 

A – Via aérea



B – Respiração

C – Circulação

D – Déficit neurológico

E – Exposição





Conduas iniciais:

- Monitor cardíaco e oximetria 
- Acesso venoso periférico 
- Glicemia capilar obrigatória
- PA, FC, FR, SatO₂
- Sem infundir volume de rotina

11. Passo 3 – Exame neurológico

No pré-hospitalar:

• Escala SAMU


- S → Sorria (desvio de rima?) 
- A → Abraço (queda de braço?) 
- M → Música(cante, “repita uma frase”) 
- U → Urgência (suspeita confirmada = encaminhar) 

→ Alteração em 1 item = 72 % de chance de AVC isquêmico.

No hospital:

• NIH Stroke Scale (NIHSS / NIAID)

- 11 itens, pontuação 0 a 42.
- Quanto > o valor ⇒ pior o déficit.
- Avalia: consciência, olhar, campo visual, força em membros, fala, coordenação etc.
- Aplicativos ajudam (Stroke Scale NIH App).

 “Eu mesmo abro o app na hora, ninguém decora 42 itens.”

12. Passo 4 – Exames complementares

Laboratoriais essenciais:

- Hemograma + plaquetas
- Sódio / Potássio / Ureia / Creatinina
- TAP / INR / TTPA
- Glicemia

Imagem obrigatória:

• Tomografia de crânio sem contraste


- Diferencia AVC isquêmico × hemorrágico
- Identifica edema citotóxico (isquemia) vs vasogênico (tumor)

 “Edema citotóxico = hipodensidade difusa e borrada.”

13. Passo 5 – Controle do tempo (“Time is Brain”)

Etapa	Tempo ideal
Avaliação médica	≤ 10 min
Tomografia iniciada	≤ 20 min
Tomografia interpretada	≤ 45 min
Trombólise iniciada	≤ 60 min

 10 – 20 – 45 – 60 min

 “Esse é o padrão internacional — qualquer hospital do mundo segue isso.”

14. Passo 6 – Tratamento

Trombólise química (Alteplase – rt-PA)

- Dose: 0,9 mg/kg
 - 10 % em bolus IV
 - 90 % em infusão de 1 h
- Dose máx: 90 mg

• **Critérios de inclusão:**

- 18 anos
- AVC isquêmico confirmado
- Sem sangramento na TC
- Início ≤ 4 h 30 min

• **Exclusão:**

- NIAID ≤ 5
- Lesão > 1/3 do território cerebral
- Cirurgia recente (≤ 14 d)
- Sangramento ativo ou TCE recente
- INR > 1,7 ou Plaquetas < 100 mil
- PA > 185/110 → controlar antes

💬 “Trombólise é a cavalaria chegando pra destruir a fibrina que entupiu a artéria.”

👜 **15. Trombectomia mecânica**

🔗 **Procedimento endovascular (cateterismo cerebral)**

- Indicado se trombo em **artéria grande (carótida, cerebral média)**
- Pode ser feito até **24 h** após início dos sintomas
- Já disponível no **SUS BR**

❤️🩹 **16. Cuidados após trombólise**

✅ **Monitorização intensiva:**

- PA < 185/110 mmHg (Nitroprussiato ou esmolol EV)
- Sem punções ou cateteres por 24 h
- TC de controle em 24 h
- Suspende antiagregantes por 24 h
- Reavaliar NIH a cada 15 min durante a infusão

😊 **17. Paralisia facial × AVC**

👤 **Nem todo desvio de rima é AVC!**

Tipo	Característica	Região acometida
Periférica	Paralisia total (☒ testa + olho + boca)	Lesão do nervo facial VII
Central (AVC)	Paralisia apenas inferior (face inferior), testa preservada	Lesão supranuclear

💬 “Se consegue franzir a testa → lesão central; se não → periférica.”

💧 Tratamento de neurite facial: colírio lubrificante, pomada ocular, corticoide ou antiviral.

18. Passo 7 – Reavaliação e Reabilitação

- Reavaliar pressão, NIHSS, sangramento.
- Manter monitorização constante.
- Encaminhar para **fisioterapia motora e fonoaudiologia** quando necessário.
- Reintegração familiar e social. 🤝

19. Discussão e casos reais citados pelo professor

Caso 1 – Sem protocolo institucional

Mulher 40 anos, queda em elevador → hemiplegia e afasia.

Trombólise realizada em 15 min → “chegou plégica e saiu andando.” 🤝

Caso 2 – Com protocolo ativo

Paciente chega < 1 h, TC normal, INR normal → trombólise segura e efetiva.

 “Se tiver dúvida, discuta com o neurologista.

Mas se o quadro é típico, tempo adequado, e tudo normal, trombolize!”

Perguntas da aula (final)

Pergunta 1:

“Mesmo dentro da janela de 4 h e 30, quando fazer trombectomia em vez de trombólise química?”

Resposta:

“Em lesões extensas, NIHSS muito alto ou trombo de carótida com grande território afetado, a trombectomia é melhor.”

Pergunta 2:

“E se após o Actilize o paciente piora, suspeitando sangramento?”


Resposta:

“Não há antídoto específico.

Podemos corrigir coagulação com plasma e plaquetas para tentar controlar.


O sangramento é raro (3–9 %), mas precisa monitorar PA e NIHSS a cada 15 min.”

20. Conclusão do professor

 “Espero que tenha contribuído.

Mesmo parecendo complexo, com protocolo e treinamento é perfeitamente possível manejar um AVC de forma segura e rápida.

Tempo é cérebro!”

 “Vou mandar o material, está sendo gravado, e no congresso vamos simular juntos o preparo do actilyse.”

 RESUMO DE BOLSO 

Etapa	Ação	Tempo	Ferramenta
1 Suspeitar	Déficit neurológico agudo	–	Anamnese rápida
2 Avaliar	ABCDE + glicemia	Imediato	Monitorização
3 Exame neurológico	NIHSS / Cincinnati	≤ 10 min	Aplicativo
4 Exames	TC sem contraste + labs	≤ 20 min	Protocolo AVC
5 Tratamento	Trombólise ou Thrombectomia	≤ 60 min	Alteplase 0,9 mg/kg
6 Pós	Controle PA e reavaliação NIHSS	24 h	UTI / AVC
7 Reabilitação	Fisioterapia + fono	Após alta	Equipe multidisciplinar

 **FIM DA AULA – ABORDAGEM COMPLETA DO PACIENTE COM SUSPEITA DE AVC**

 *Texto estruturado e fiel à fala original, otimizado para leitura e ensino.*

RESUMO DE BOLSO – AVC NA EMERGÊNCIA (PS)
AVC ISQUÊMICO E HEMORRÁGICO – CONDUTA NO PS

CSUSPEITA CLÍNICA

Qualquer déficit neurológico súbito!

- Fraqueza em face/braço/perna
- Desvio de rima
- Dificuldade pra falar ou entender
- Perda súbita de visão
- Desequilíbrio / vertigem / rebaixamento

⚠ Perguntar sempre:

- Hora da última vez visto normal
- Uso de anticoagulante? Qual? Quando foi a última dose?

SAVALIAÇÃO INICIAL – ABCDE

- A:** Via aérea + proteção se GCS < 8
- B:** SatO₂ > 94 %
- C:** Acesso venoso × 2 | PA | FC | FR
- D:** Glicemia capilar imediata
- E:** Exposição / temperatura

⚠ Hipoglicemia pode simular AVC!

TESCALAS RÁPIDAS

PRÉ-HOSPITALAR – Escala SABU/CINCINNATI

- S:** Sorria (desvio de rima?)
- A:** Abraço (queda de braço?)
- B:** Balbucie (fala anormal?) → 1 alteração = suspeita de AVC

HOSPITAL – NIHSS (NIAID)

- Pontuação 0–42 → quanto maior, pior
- NIHSS > 6 → indica trombólise

EXAMES ESSENCIAIS

- Hemograma + plaquetas
- Eletrólitos, ureia, creatinina
- TAP/INR, TTPA, glicemia
- TC de crânio sem contraste** (imediate!)

SMETA DE TEMPOS – “Time is Brain”

Etapa	Tempo Máx
Avaliação médica	≤ 10 min
TC iniciada	≤ 20 min
TC interpretada	≤ 45 min
Início da trombólise	≤ 60 min

TROMBÓLISE (rt-PA – ALTEPLASE)

Dose

- 0,9 mg/kg** (máx 90 mg)
 - 10 % bolus EV
 - 90 % infusão em 1 h

✓ Critérios de inclusão

- AVC isquêmico confirmado (TC sem sangramento)
- < 4 h 30 min do início
- ≥ 18 anos
- NIHSS ≥ 6

⊘ Contraindicações

- AVC ou TCE ≤ 3 meses
- Cirurgia maior ≤ 14 dias
- Sangramento ativo
- Plaquetas < 100 mil / INR > 1,7
- PA > 185/110 (controlar antes)
- NIHSS ≤ 5 (déficit leve)
- Lesão > 1/3 território ACM

THROMBECTOMIA MECÂNICA

- Trombo em **carótida / cerebral média**
- Pode ser feita até **24 h**
- Encaminhar centro de referência

EPÓS-TROMBÓLISE

- Monitorizar **PA < 185/110 mmHg**
- Sem punções por 24 h
- Repetir **TC em 24 h**
- Sem AAS ou anticoagulante nas primeiras 24 h
- Reavaliar **NIHSS a cada 15 min** durante infusão

DIFERENCIAR PARALISIA FACIAL

Tipo	Região acometida	Característica
Central (AVC)	Face inferior	Testa preservada
Periférica (neurite facial)	Face total	Testa e pálpebra também paralisadas

RESUMO RÁPIDO

Ação	Tempo	Observação
Suspeita de AVC	–	Anamnese + hora do início
ABCDE + Glicemia	Imediato	O ₂ se Sat < 94 %
NIHSS	≤ 10 min	Escala no app
TC sem contraste	≤ 20 min	Confirmar tipo
Alteplase	≤ 60 min	0,9 mg/kg EV
Thrombectomia	≤ 24 h	Se artéria grande
Reavaliação	Contínua	PA e NIHSS
Reabilitação	Após alta	Fisio + fono

⚠ ALERTAS DO PLANTÃO

- Tempo é cérebro!** Cada minuto = 1,9 bilhão neurônios perdidos.
- Não atrasar TC esperando médico especialista.
- Checar glicemia **SEMPRE** antes de trombolisar.
- Controlar PA antes de alteplase.
- Reavaliar continuamente sinais neurológicos.

“AVC é emergência tempo-dependente — o tratamento precoce salva neurônios e vidas.”

CARTÃO DE EMERGÊNCIA - AVC (Acidente Vascular Cerebral)

RECONHECIMENTO RÁPIDO

Suspeite de AVC se houver:

- Fraqueza facial, braço ou perna (geralmente de um lado)
- Dificuldade para falar ou entender
- Perda súbita de visão, equilíbrio ou consciência

Anote: Hora em que foi visto normal pela última vez.

Pergunte: Usa anticoagulante? Qual e quando foi a última dose?

AValiação Inicial (ABCDE)

- **A:** Garantir via aérea / proteger se GCS < 8
- **B:** O² se Sat < 94 %
- **C:** Acesso venoso x2, PA, FC, FR, glicemia capilar
- **D:** Avaliar nível de consciência (Glasgow)
- **E:** Expor / controlar temperatura

⚠ Hipoglicemia pode simular AVC!

ESCALAS RÁPIDAS CINCINNATI / SAMU

- **S** → Sorria (desvio de rima?)
- **A** → Abraço (queda de braço?)
- **M** → Balbucie (fala anormal?) → 1 alteração = suspeita de AVC

NIHSS (NIAID)

Pontua 0-42 → >6 = grave / indica trombólise

EXAMES IMEDIATOS

- Hemograma + plaquetas
- Eletrólitos / ureia / creatinina
- TAP/INR / TTPA
- Glicemia capilar
- **TC de crânio sem contraste (urgente!)**

TEMPOS-CHAVE

Etapa	Meta
Avaliação médica	≤ 10 min
TC iniciada	≤ 20 min
TC interpretada	≤ 45 min
Início da trombólise	≤ 60 min

AVCI X AVCH



☘ Time is Brain! Cada minuto = 1,9 bilhão de neurônios perdidos.

TROMBÓLISE (rt-PA - ALTEPLASE)

Dose: 0,9 mg/kg (máx 90 mg)

- 10 % bolus EV
- 90 % infusão 1 h

Indicação:

- AVC isquêmico confirmado
- < 4h30min do início
- ≥ 18 anos

Contraindica:

- AVC/TCE ≤ 3m • Cirurgia ≤ 14d
- Sangramento ativo • Plaquetas <100 mil
- INR >1,7 • PA >185/110 (corrigir antes)
- NIHSS ≤5 • Lesão >1/3 território ACM

TROMBECTOMIA MECÂNICA

- Trombo em **carótida / cerebral média**
- Pode ser feita até **24 h**
- Encaminhar ao centro de referência

APÓS TROMBÓLISE

- Monitor PA <185/110 mmHg
- Sem punções por 24 h
- Repetir TC em 24 h
- Não usar AAS/anticoagulante nas 24h
- Reavaliar NIHSS a cada 15 min

DIFERENCIAR PARALISIA FACIAL

Tipo	Região	Característica
Central (AVC)	Face inferior	Testa preservada
Periférica	Face total	Testa e pálpebra caídas

ESCALA DE CINCINNATI



Queda do braço

Alteração na fala

Paralisia facial

REABILITAÇÃO

Encaminhar após estabilização para:

- Fisioterapia motora
- Fonoaudiologia
- Avaliação multiprofissional

Resumo Rápido:

1. Suspeita → AVC
2. ABCDE + Glicemia
3. NIHSS / Cincinnati
4. TC imediata
5. Alteplase 0,9 mg/kg (se elegível)
6. Controle PA / TC 24h
7. Reabilitação

Paralisia de Bell:

