



AVC NO PLANTÃO



A cada minuto: ~2 milhões de neurônios são perdidos

Síndrome neurovascular aguda:

Déficit neurológico focal de instalação abrupta relacionado a território vascular

SUSPEITA CLÍNICA — ESCALA DE CINCINNATI



FACE

Peça um sorriso
Assimetria facial?



BRAÇO

Levante os dois braços
Queda de um braço?

FALA

"O Brasil é o país do futebol"
Dificuldade para falar?



1 ITEM ALTERADO

= Suspeita de AVC
ACIONAR PROTOCOLO

AValiação INICIAL QUE MUDA A CONDUTA

E

ENXERGAR

I

IDENTIFICAR

D

DECIDIR

A

AGIR

DIFERENCIAÇÃO — TC DE CRÂNIO SEM CONTRASTE

AVCI — ISQUÊMICO

80%

- TC: área **escura** (hipodensidade) — pode ser normal nas primeiras horas
- Causa: coágulo bloqueia artéria (aterosclerose, FA, lacunar)

Solicitar TC sempre — serve para EXCLUIR hemorragia

AVCH — HEMORRÁGICO

20%

- TC: área **branca** (hiperdensidade) — visível imediatamente
- Causa: HAS (50-70%), coagulopatia, angiopatia amilóide

Localização HAS: núcleos da base > tálamo > cortical > ponte > cerebelo

CONDUTA IMEDIATA

AVCI — ISQUÊMICO

- Hipertensão **permissiva** (não baixar PA de rotina)
- Trombólise** (alteplase) se < 4,5h + TC sem sangue + sem EV contra indicação
- Trombectomia** mecânica se oclusão de grande vaso
- Se sem trombólise: **AAS + Clopidogrel 300mg + Estatina 40mg**

⚠ Sem heparina nas 1ªs 24h pós-trombólise

AVCH — HEMORRÁGICO

- Controle de PA **agressivo** — meta < 140/80 mmHg
- Reverter anticoagulação se em uso
- Neurocirurgia** quando indicada
- HSA: escalas **Hunt & Hess** (clínica) e **Fisher** (TC)

⚠ NÃO dar trombolítico no AVCh

ALGORITMO — METAS DE TEMPO NO PS

TO
Chegada
Triagem

10 min
NIHSS + TC
2 acessos
venosos

15-30 min
Neurologista
Confirma
hipótese

45 min
TC com sangue?
Sim → AVCh / Não → AVCI

60 min
Trombólise EV
ou
Antiagregante